UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RIESGO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN FUNCIÓN DEL SEXO, EDAD Y SU USO POR FAMILIARES

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA: HANNIA ISHTAR MÁRQUEZ VILLEDA

DIRECTORA: DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ

REVISORA: DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES

COMITÉ:

DR. GERMÁN PALAFOX PALAFOX

DRA. VIOLETA FELIX ROMERO

MTRO. DAVID AMAYA MORA

ESTA TESIS FUE APOYADA POR EL PROYECTO UNAM-DGAPA-PAPIIT IV300121 ATENCIÓN PSICOLÓGICA A DISTANCIA PARA LA SALUD MENTAL ANTE LA CONTINGENCIA SANITARIA POR COVID-19 BAJO LA RESPONSABILIDAD PRINCIPAL DE LA DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ.

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX., JUNIO DEL 2022

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Gracias vida por permitirme crecer día a día, por darme la oportunidad de rodearme de personas valiosas que acompañan, aportan y apoyan mi crecimiento personal; por darme tantas oportunidades, sorpresas gratas y permitirme vivir tantos logros. Gracias por darme la oportunidad de seguirme conociendo.

Gracias a mis padres por motivarme, enseñarme y ayudarme incondicionalmente, agradezco todo su amor y dedicación. Esto no es posible sin ustedes, gracias por confiar en mí y darme las lecciones más grandes.

Agradezco a mi familia por motivarme.

Gracias Dra. Silvia, no sería posible de la misma forma sin usted, muchas gracias por toda la atención brindada, por la paciencia y el apoyo. Gracias por motivarme en todo momento a crecer académica y profesionalmente.

Gracias Dra. Lydia, por reconocerme, motivarme aún en los momentos de mayor estrés y confiar en mí, por brindarme su apoyo siempre.

Gracias al comité por sus aportaciones y apoyo.

Gracias a mis amigos por estar en los momentos críticos, por saber cómo hacerme sentir mejor, por escucharme, reconocer mis logros y motivarme.

Índice

Resumen 4
Antecedentes 5
Método 11
  Participantes 11
  Instrumentos 13
  Procedimiento 15
  Análisis de datos 15
Resultados 17
Discusión 54
Referencias 63
Apéndices 77

Resumen

El consumo de sustancias psicoactivas ocasiona riesgos individuales y sociales, resultando importante su monitoreo, ya que en los últimos años se ha caracterizado por ir en incremento e inicio a edades más tempranas. El objetivo del trabajo fue tamizar el nivel de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas en función de variables sociodemográficas en población universitaria. Se trabajó con 5,864 personas mexicanas, con un promedio de 20 años de edad (*DE*= 5,1) de entre 18 y 85 años, el 33,7% mujeres (1979) y 66,3% hombres (3885). Se aplicó un cuestionario constituido por dos secciones: datos sociodemográficos (sexo, edad y el uso de un familiar) y la de la Prueba de tamizaje del consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas (Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test [ASSIST por sus siglas en inglés]; (Humeniuk et al., 2011). Por medio de análisis factoriales confirmatorios fue posible describir las invarianzas de medición de las escalas en función de los grupos de comparación por las variables sociodemográficas. Los hallazgos indicaron validez de contructo e invarianza de medición de las escalas. Por lo que, se encontraron: niveles de riesgo por consumo de alcohol y cannabis diferentes en función del sexo; niveles de riesgo por consumo de tabaco, alcohol y cannabis en función de que un familiar reportara su consumo; y niveles de riesgo por consumo de alucinógenos diferentes en el grupo de 18 y 19 años y el grupo de 25 o más años. El énfasis en la detección e intervención temprana basada en evidencia favorecerá la reducción de consumo en esta población, así como estrategias de prevención desde edades más tempranas.

Palabras clave: riesgo por consumo de sustancias, invarianza de medición, sexo, edad, consumo de un familiar.

Abstract

The consumption of psychoactive substances causes individual and social risks, so its monitoring is important since in recent years it has been characterized by increasing and

starting at younger ages. The objective of the study was to screen the level of risk for the consumption of psychoactive substances based on sociodemographic variables in the college population. We worked with 5,864 Mexicans, with an average age of 20 years (SD= 5.1) between 18 and 85 years, 33.7% women (1,979) and 66.3% men (3,885). A questionnaire consisting of two sections was applied: sociodemographic data (sex, age and the drug-use of a relative) and the ASSIST (Humeniuk et al., 2011). Through confirmatory factor analysis it was possible to describe the invariances of measurement of the scales based on the comparison groups by sociodemographic variables. The findings indicated the construct validity and measurement invariance of the scales. Consequently, several results were found: alcohol-cannabis-risk levels according to sex; tobacco-alcohol-cannabis- risk levels depending on a family member consumption, and hallucinogens-risk levels by age groups. The emphasis on evidence-based early detection and intervention will favor the reduction of consumption in this population, and prevention strategies from earlier ages.

Key words: risk due to substance use, measurement invariance, sex, age, family drugs consumption.

Antecedentes

El Informe Mundial sobre Drogas 2020 de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito destaca que aproximadamente 269 millones de personas de todo el mundo usaron sustancias psicoactivas durante el 2018, siendo los adolescentes y adultos jóvenes quienes representaron la mayoría de quienes lo hicieron. Por lo que más de 35 millones de personas tienen un trastorno por consumo de sustancias. La cannabis fue la sustancia psicoactiva reportada de mayor consumo a nivel mundial en el mismo año, con un estimado de 192 millones de personas que la consumen; 19 millones de personas

consumieron cocaína y 27 millones estimulantes de tipo anfetaminas, consumo que ha ido en aumento.

En México, la prevalencia general de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida es del 10.3%. El 16.2% de los hombres y el 4.8% de las mujeres ha consumido sustancias alguna vez en su vida, Esta prevalencia ha ido en aumento desde el 2002, para ambos sexos. Sin embargo, dicha proporción de mujeres ha incrementado proporcionalmente más que la de los hombres (ENCODAT, 2017).

Como parte de la investigación del consumo de sustancias psicoactivas, se han encontrado diferencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis en función del sexo, edad o tener un familiar que haya consumido sustancias psicoactivas. Tales indicadores también han referido mayor proporción de hombres que de mujeres, en personas que tienen familiares que consuman sustancias psicoactivas y en el grupo 18 a 34 años (Del Barrio & Alonso, 1994; Otten et al., 2007; Alfonso et al., 2009; De la Villa et al. 2010; Ruíz & Ruíz, 2011; Villatoro et al., 2012; ENCODAT, 2017; Herrera-Chávez et al., 2018; Alanís et al., 2021). Las diferencias en la frecuencia de consumo se han obtenido de la prevalencia de uso de sustancias alguna vez en la vida o del riesgo asociado al consumo.

Mediante la revisión de la literatura, se encontró que el contexto familiar tiene relación con el inicio y mantenimiento de consumo de sustancias psicoactivas, ya que los familiares son modelo para la adquisición y mantenimiento de conductas (Bandura & Walters,1979). Por lo que tener un familiar que consuma sustancias psicoactivas puede ser un factor de riesgo para su uso (Medina-Mora et al., 1995; Arévalo et al., 1997; Espada et al., 2008; Ruiz-Risueño & Ruiz-Juan, 2011), mediando en la frecuencia e intensidad del consumo (Secades & Fernández, 2002) así como en el riesgo derivado de ello. Por ejemplo, Yeh en 2006 encontró que los estudiantes cuyos padres consumían alcohol habitualmente, tenían una probabilidad cuatro veces mayor de desarrollar

problemas de consumo de alcohol, por el fácil acceso desde el entorno más cercano que promueve, normaliza y enseña el consumo de sustancias.

En el mismo sentido, resulta importante conocer las diferencias del consumo y nivel de riesgo en función de algunas variables sociales de comparación para conocer los factores que se relacionan con el consumo de sustancias psicoactivas, como la edad, para detectar, por ejemplo, si en la población universitaria se pueden dirigir acciones de prevención o tratamiento.

Siendo el ASSIST un insturmento propuesto por la Organización Mundial de la salud (2010) para la evaluación de los niveles de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas y habiendo sido validado en México con población universitaria (p. ej., Linage & Lucio, 2012) se llevó a cabo una revisión del estado del arte respecto a su uso para comparar tales niveles de riesgo por sexo, edad, u otras condiciones sociales. Sin embargo, no se encontró evidencia de su uso en este tipo de comparaciones de riesgo por condiciones sociales.

Los instrumentos de medición en psicología benefician socialmente al brindar fuentes significativas de información sobre las personas, facilitando la toma de decisiones en la atención de aquello que miden. Estos beneficios resultan de instrumentos bien consolidados que miden lo que pretenden medir y son consistentes en sus resultados.

El riesgo por consumo de sustancias es una variable latente y por lo tanto, no es posible observar, lo que implica que deba medirse de forma indirecta mediante indicadores que pueden obtenerse del auto reporte, como son las respuestas a preguntas relacionadas con el consumo y las onsecuencias asociadas. Por lo tanto, los instrumentos de medición permiten medir lo más cercanamente a las variables latentes de las que se desprende su creación (Ruiz et al., 2010). Al evaluar la validez, se verifica que las variables observables constituyan y midan a la variable latente, permitiendo verificar el grado en que se esté midiendo lo que se pretende medir. Según la American Educational

Research Association (2018), el procedimiento de validación consiste en acumular la evidencia pertinente para proporcionar una base sólida de las interpretaciones de los puntajes obtenidos después de la aplicación, evaluando la validez de las interpretaciones de los puntajes.

Existen diferentes tipos de validez, sin embargo la de constructo es considerada como la principal, ya que integra la validez de contenido y criterio (Messick, 1980). Además de que permite analizar el significado de los resultados de los instrumentos expresada en términos de conceptos psicológicos (Cronbach & Meehl, 1955).

Uno de los instrumentos para la detección del nivel de riesgo por consumo de sustancias es el (ASSIST; Humeniuk et al., 2011) que está constituida por ocho reactivos con los cuales se determina el nivel de riesgo del consumo de sustancias y con esta puntuación se obtiene el tipo de atención requerida. El ASISST evalúa el riesgo por consumo de diez conjuntos de sustancias psicoactivas: alcohol; tabaco; cannabis; cocaína; estimulantes de tipo anfetamina; inhalantes; sedantes o pastillas para dormir; alucinógenos; opiáceos y otras drogas.

Las propiedades psicométricas de los resultados obtenidos por la aplicación de la prueba ASSIST se han evaluado en diferentes escenarios y poblaciones, como en servicios a la salud de atención primaria, población escolar y hospitalaria. En México se han evaluado las propiedades psicométricas en estudiantes de bachillerato, evaluando validez concurrente y confiabilidad test-retest (Linage & Lucio, 2012). En estudiantes universitarios se evaluó la confiabilidad mediante consistencia interna alfa de Cronbach en las escalas de tabaco 0.83, alcohol 0.76 y cannabis 0.73, así como validez concurrente, de constructo y discriminativa (Tiburcio et. al, 2016). Y más recientemente se obtuvo su confiabilidad con personas que sufrían comorbilidades psiquiátricas, evaluando la confiabilidad por consistencia interna alfa de Cronbach de 0.84 (Pellon, 2021). Adicionalmente, se ha comprobado que los resultados de la aplicación de la prueba de

forma autoadministrada son válidos (Tiburcio et al., 2016; Linage & Lucio, 2012; Barreto et al., 2014).

Para comprobar la validez de los resultados obtenidos por la prueba ASSIST, se ha usado validez concurrente (Humeniuk et al., 2007; Hides et al., 2009; Khan et al., 2011; Linage & Lucio, 2012; Barreto et al., 2014; McNeely et al., 2014; Rogers et al., 2014; Rubio et al., 2014; Soto et al., 2014; Wolff & Jing, 2015; Tiburcio et al., 2016; Van Der et al., 2016; López et al., 2021) que consiste en correlacionar los puntajes de la prueba ASSIST con los de otros instrumentos que pretenden medir los mismos riesgos (Hernández, 2003) por medio de esos resultados se comprobó la validez de todas las escalas con correlaciones significativas. Son menos los estudios que han evaluado validez de constructo mediante análisis factoriales confirmatorios y solo ha sido posible obtener datos de vailidez con tres de las diez escalas que se desprenden de la prueba para medir riesgo por cada sustancias evaluada: tabaco, alcohol y cannabis. Una de las condiciones reportadas es la dificultad de recolectar los datos de sufientes participantes para la validación de las demás escalas (López et al., 2021; Tiburcio et al., 2016). Por lo tanto, aún es necesario indagar en México y con población universitaria, la validez de las demás escalas.

Entonces, Tiburcio et al. (2016) reportaron validez de constructo en población universitaria mexicana (n=1023) para dos de las escalas del ASSIST: tabaco y alcohol. El mejor ajuste para el modelo de la escala de tabaco se obtuvo con una correlación derivada de los índices de modificación (IM) entre las preguntas 2 y 3 (r = 0.43) y las preguntas 4 y 6, para obtener un modelo con índices de ajuste dentro de los rangos sugeridos en la literatura (West et al., 2012) (r = 0.18; $X^2(3) = 3.7792$, $p = 0.28631$; CFI = 0.999, RMSEA = 0.016, CI90% RMSEA = 0.000-0.057). Para la escala de alcohol, los IM indicaron necesario correlacionar la pregunta 2 con la 3 (r = 0.29) y la pregunta 6 con la 7

(r = 0.24) para obtener un modelo factorial con índices un buen ajuste (X^2 (7) = 3.9479, *p* = 0.78576; CFI=1.000, RMSEA=0.000, CI90% RMSEA=0.000-0.025).

López et al. (2021) evaluaron también validez de constructo del ASSIST con personas diagnosticadas con trastornos psiquiátricos en España (n=202) para tres de las sub-escalas: tabaco, alcohol y cannabis. El mejor ajuste del modelo para la escala de tabaco se obtuvo con una correlación resultante de los IM entre las preguntas 6 y 7 (r = .246; χ2(3) = 5.298, *p* = .258: CFI = .995, RMSEA = .059, RMSEA 90% IC = .000-.177). Para la escala de alcohol se correlacionó la pregunta 2, 6 (r = .284) y 7 (*r* = .241; χ2[7] = 9.133, *p* = .243) (CFI = .996, RMSEA = .058, RMSEA 90% IC = .000-.148). Para la escala de cannabis la pregunta 2 se correlacionó con las preguntas 3 (*r* = .541) y 6 (*r* = .372) y la pregunta 7 con las preguntas 6 (*r* = .250) y 5 (*r* = .77) para la obtención de un modelo con buenos índices de ajuste (χ2(5) = 5.728, *p* = 0.334; CFI = .999, RMSEA = .040, RMSEA 90% IC = .000-.155).

Adicionalmente, resulta importante evaluar la invarianza de medición porque permite identificar los posibles sesgos de medición de los reactivos. Es decir, con el cálculo de las invarianzas es posible identificar posibles mediciones inexactas que no reflejan el estado real del atributo que se está midiendo entre los grupos de comparación. Estos sesgos están presentes aún cuando una prueba es confiable, ya que puede ser inexacta constantemente y se relacionan a la pertenencia de una persona a un grupo (Millsap, 2011) como lo puede ser el sexo, grupos de edad y tener un familiar que consuma sustancias psicoactivas. Verificar si el sesgo de la evaluación sea muy bajo o nulo, deriva de que sea necesario dejar variar libremente las variables de cargas factoriales (invarianza métrica), los interceptos (invarianza fuerte) o las varianzas únicas de los reactivos (invarianza estricta) cuando se comparan las medias entre los grupos de interés (p. ej., sexo).

Así, el objetivo del presente estudio consistió en tamizar el nivel de riesgo por consumo de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, estimulantes tipo anfetaminas, inhalables, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas en función del sexo, la edad y el uso de sustancias de un familiar directo de los participantes, mediante la aplicación autoadministrada de la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST) y el cálculo de su validez de constructo e invarianza de medición.

Por lo que la aportación del presente estudio, es la evaluación de validez de constructo considerando todas las subescalas del ASSIST y la examinación de la invarianza de medición, para poder establecer si existen sesgos de medición y si es posible realizar comparaciones de medias con los reactivos de las escalas que componen la prueba ASSIST , previo a comparación de los grupos por las variables de interés. Con ello, se aporta evidencia de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en población universitaria, así como las diferencias de su consumo y de nivel de riesgo entre hombres y mujeres, personas con y sin familiares directos que consumen sustancias y entre grupos de edad (18 y 19 años, 20 a 24 años y 25 o más años).

Método

Participantes

Se trabajó con 5,864 personas mexicanas pertenecientes a una comunidad universitaria, con un promedio de 20 años de edad (*DE*=5,1) y un rango entre 18 y 85 años, el 33,7% fueron mujeres (1979) y el 66,3% hombres (3885). En la Tabla 1 se pueden observar los participantes distribuidos según su sexo, edad y si tienen un familiar directo que consuma sustancias psicoactivas.

Tabla 1

Distribución de los participantes agrupados según su sexo, edad y si tienen o no un familiar directo que consuma sustancias psicoactivas.

Edad	Mujeres						Hombres						Total					
	n=1979			33.70%			n=3885			66.30%			n=5854			100%		
	Con familiar		Sin familiar		Total		Con familia		Sin familiar		Total		Con familia		Sin familiar		Total	
	n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*
18 y 19 años	717	54.2%	332	50.5%	1049	53.0%	1677	62.3%	793	66.5%	2470	63.6%	2394	59.6%	1125	60.8%	3519	60.0%
20 a 24 años	399	30.2%	245	37.3%	644	32.5%	787	29.2%	259	21.7%	1146	26.9%	1186	29.5%	504	27.3%	1790	28.8%
25 o más años	206	15.6%	80	12.2%	266	11.2%	229	8.5%	140	11.7%	269	9.5%	435	10.8%	220	11.9%	555	8.5%
Total	1322	66.8%	657	33.2%	1979	33.7%	2693	69.3%	1192	30.7%	3885	66.3%	4015	68.5%	1849	31.5%	5864	100%

Los participantes respondieron por iniciativa propia y aceptaron responder la de acuerdo con el políticas de privacidad establecidas en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (LGPDPPSO, 2017) y en los lineamientos de la Dirección General de Atención a la Comunidad (DGACO, de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM) entre los que se establece el cifrado asimétrico de los datos, la base resguardada en el dominio oficial universitario, con candados de seguridad para el resguardo de la información y el manejo de esta a través del consentimiento informado.

En el consentimiento informado se explicó que la confidencialidad de la información se mantendría a través de la utilización de promedios grupales; que los resultados del estudio se utilizarían con fines de investigación epidemiológica y difusión de resultados; y que los participantes tenían derecho a declinar el uso de su información y participación en cualquier momento del estudio. Se brindaron números telefónicos para obtener atención psicológica a distancia de la Secretaría de Salud y los Servicios de la UNAM. Finalmente, se describieron los beneficios de acceder a las plataformas o llamar para tratar condiciones de salud mental. Se incluyó un apartado de datos para solicitar atención psicológica a distancia donde los participantes podían dar su número de teléfono o correo electrónico para ser contactados. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Aplicada de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Instrumentos

Para este estudio, se aplicó un cuestionario constituido por dos secciones: 1) **información sociodemográfica**: sexo, edad, perfil como comunidad UNAM, si tiene un familiar directo que consuma sustancias; 2) **Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)**, que permite identificar el uso y nivel de riesgo por el consumo de diez tipos de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes tipo anfetaminas, inhalables, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas). Contiene ocho preguntas asociadas a la frecuencia de consumo de cada sustancia; deseo de consumir; problemas y repercusiones que ha presentado la persona en diferentes áreas de su vida; lo que ha dejado de hacer por consumir; la preocupación de terceros por su consumo; intentos fallidos de reducir o eliminar el consumo y si ha consumido drogas por vía inyectada. Con la sumatoria de las preguntas 2 a la 7 (excepto la quinta para tabaco), por sustancia, se asigna el nivel de riesgo correspondiente al tipo de intervención que debería recibir la persona por el riesgo alcanzado, como: consejo

breve, intervención breve o derivación a atención especializada, respectivamente (Humeniuk et al., 2011).

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias, muestra confiabilidad por Alfa de Cronbach total de 0.89 y por escalas: tabaco 0.80, alcohol 0.84, cannabis 0.86, cocaína 0.93, estimulantes de tipo anfetamina 0.94, inhalantes 0.93, sedantes 0.89, alucinógenos 0.77 y opiáceos 0.94 (Humeniuk et al., 2008). Para su calificación, se clasifica la puntuaci. n de riesgo para cada sustancia en tres niveles: riesgo bajo (0-3 puntos; excepto para alcohol que va de 0 a 10 puntos), riesgo moderado (4-26 puntos; excepto para alcohol que va de 10-26) y riesgo alto (mayor 26 puntos para todas las sustancias psicoactivas; Humeniuk et al., 2011). En México, ha mostrado validez concurrente y de constructo en la aplicación autoadminstrada en población universitaria y confiabilidad por Alfa de Cronbach en las escalas de tabaco 0.83, alcohol 0.76 y cannabis 0.73 (Tiburcio et al., 2016).

Con la finalidad de facilitar su lectura y entendimiento, se resumieron los reactivos que componen a cada escala de la siguiente forma: “En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido (…)?” a *“Frecuencia de consumo de (…)”; “En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (…) ?”* a *“Frecuencia de deseo o ansias por consumir…”; “En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (…) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?” a “Frecuencia en que el consumo de (…) ha causado problemas”; “En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (…) ?”* a *“Frecuencia con la que dejó de hacer lo que solía hacer por el consumo de (…)”; “¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de(…) ?* a *“¿Alguna vez alguien ha mostrado preocupación por su consumo de (…)?”* y *¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (…) y no lo ha logrado?” a “¿Ha intentado reducir el consumo de*

(…) sin lograrlo?". Y se utilizó el número del reactivo que se puede observar en el Apéndice B.

Procedimiento

Se utilizó un estudio correlacional causal. Con un muestreo por conveniencia entre agosto de 2018 a diciembre de 2019 en evaluación cara cara, con una duración de 30 minutos, se invitó a los participantes a ingresar a la liga "Mi salud también es mental" y responder el cuestionario descrito previamente y las personas participantes leyeron las siguientes instrucciones:

El momento actual nos demanda una forma de enfrentar como nos sentimos; como resultado podríamos identificar qué hacer al respecto y donde podríamos encontrar una ayuda profesional con evidencia de éxito. En consecuencia, le pedimos complete usted la siguiente información. A partir de lo que responsa, recibirá retroalimentación, recomendaciones para actuar ante las emociones, pensamientos y comportamientos que usted pudiera identificar y presentar. Su participación es voluntaria y la información que nos proporcione es confidencial. Su manejo se hará con base en la política de privacidad de datos personales y transparencia de la universidad.

Análisis de datos

En primer lugar, se realizaron los análisis factoriales confirmatorios (AFC) con el estimador de máxima verosimilitud para proporcionar evidencia de validez de constructo de cada escala que componen la prueba ASSIST: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras sustancias. Se obtuvieron modelos unidimensionales evaluados mediante chi cuadrada e índices de ajuste: *CFI* y *TLI* mayores a .90, valores de *RMSEA* menores a .08, y de *SRMR* menores a .06 fueron evidencia de un ajuste adecuado (West et al., 2012) y reactivos con cargas factoriales superiores a 0.30, excepto el último reactivo de la escala de

alucinógenos. Una vez determinados los modelos de cada escala, se evaluó la confiabilidad de cada escala mediante Alpha de Cronbach.

Después, con el objetivo de conocer la distribución de la prevalencia de consumo alguna vez en la vida y del nivel de riesgo por consumo de las diez sustancias, en función de las variables de interés (sexo, edad y consumo por un familiar) se realizaron análisis descriptivos para obtener el número de participantes y porcentaje, y posteriormente realizar las pruebas de comparación de grupos mediante chi cuadrada, considerando como variable independiente a los grupos de sexo (mujeres y hombres); tener un familiar que consuma sustancias psicoactivas (con o sin familiar) y el grupo de edad (18 y 19 años, 20 a 24 años y 25 o más años) y como variable dependiente la prevalencia de consumo (consumo o no consumo) y nivel de riesgo (bajo, medio y alto) por consumo de las diez sustancias, obtenidas por la prueba ASSIST.

Posteriormente, con el objetivo de examinar las características psicométricas de los reactivos de cada una de las escalas de la prueba ASSIST, en función de los grupos de comparación determinados por las variables de sexo, grupos de edad y si tienen familiares directos que consuman sustancias, se evaluó el ajuste de los modelos obtenidos en el AFC para conocer la invarianza de cada uno de los constructos por grupos. Este procedimiento se basó en un primer modelo de la invarianza de configuración, en el que se estimaron libremente todos los parámetros (cargas factoriales, interceptos y varianzas únicas) en cada grupo; un buen ajuste de este modelo indica que existen el mismo número de factores en los grupos a comparar; también se evaluó el ajuste del modelo de invarianza métrica, en la que se restringieron las cargas factoriales a igualdad entre los grupos de comparación y se mantuvieron libres los interceptos y las varianzas únicas; el modelo de invarianza fuerte incluyó restricciones de igualdad en los interceptos de los reactivos y representa que cualquier diferencia en las medias de los grupos de comparación se debe a diferencias del constructo y no a diferencias por algún

sesgo de medición. En la invarianza estricta, se asumió que las varianzas únicas tuvieran el mismo valor en los grupos y el modelo se pueso a prueba cuando la invarianza fuerte mostró un ajuste adecuado a los datos. El ajuste de los modelos se evaluó también mediante los mismos valores esperados de los índices de ajuste y comparando las diferencias de los valores de *CFI (*valores esperados menores a .01) y de *RMSEA* (valores menores a .015). En caso que algún modelo no ajustara, se examinaron los índices de modificación para identificar su fuente y se estimaron libremente los parámetros con falta de invarianza para los reactivos indicados, entre los grupos de comparación. Cuando se hicieron estas modificaciones, se denominaron “invarianzas parciales”. Debido a que la chi cuadrada es sensible al tamaño de la muestra, se dio más énfasis al *CFI, TLI, RMSEA, SRMR*.

Ya que se determinaron los modelos finales de invarianza de medición para cada comparación de cada grupo, se examinaron las diferencias entre los grupos en las medias latentes de los constructos que señalaron buenos ajustes, para así calcular las medias y desviaciones estándar de los grupos y obtener su tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen.

Y por últmo, se obtuvieron las medias, desviaciones estándar y se realizaron análisis de varianza del consumo de las diez sustancias, considerando variables independientes a las variables sociodemográficas (sexo, edad y el consumo de sustancias por un familiar) y como variable dependiente el puntaje total obtenido del consumo de cada una de las diez sustancias que mide la prueba ASSIST.

Para los análisis de datos descritos se utilizó el software RStudio ® versión 4.1.3 y el de IBM ® SPSS ®, versión 25.

Resultados

Análisis factoriales confirmatorios y confiabilidad

Los resultados de los modelos obtenidos se muestran en la Tabla 2, donde se puede observar los valores de chi cuadrada e índices de ajuste de los modelos obtenidos para cada sustancia, con valores de *RMSEAs* menores a 0.08, *SRMR* menores a 0.06, *TLIs* y *CFIs* mayores a 0.90. Las escalas de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras sustancias, arrojaron valores esperados que indican un buen ajuste del modelo; para la escala de estimulantes de tipo anfetamina no fue posible obtener un buen ajuste aún con los índices de modificación recomendados, ya que el valor de *RMSEA* supera a los valores esperados. Por lo que se realizó un análisis factorial exploratorio y se evaluaron las de las cargas factoriales de los reactivos de cada escala (ver Apéndice A).

Tabla 2

Índices de ajuste y análisis de chi cuadrada para cada escala que mide la prueba ASSIST obtenido por los participantes consumidores de cada sustancia.

Escala	X^2	*gl*	*p*	*RMSEA*	*SRMR*	*CFI*	*TLI*
Tabaco	4.805	2	0.090	0.021	0.005	0.999	0.997
Alcohol	17.07	5	0.004	0.022	0.007	0.998	0.994
Cannabis	11.94	5	0.036	0.028	0.008	0.998	0.994
Cocaína	9.16	5	0.103	0.055	0.013	0.995	0.985
Estimulantes	10.89	4	0.028	0.113	0.037	0.982	0.933
Inhalantes	6.91	5	0.227	0.073	0.034	0.992	0.975
Sedantes	13.11	7	0.069	0.044	0.023	0.992	0.982
Alucinógenos	8.25	6	0.221	0.032	0.022	0.998	0.994
Opiáceos	1.67	4	0.794	0.000	0.036	1.000	1.000
Otras sustancias	7.054	6	0.316	0.047	0.030	0.996	0.990

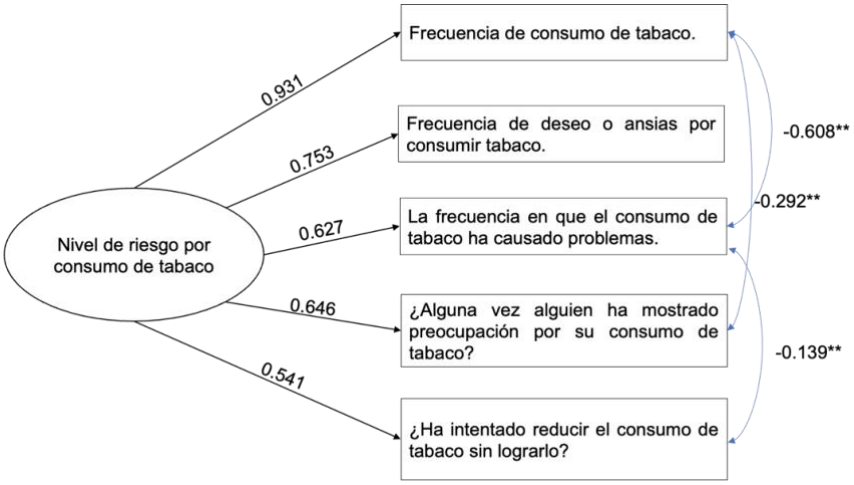
En las Figuras 1 a la 9 se observan los modelos obtenidos por el AFC de las escalas de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras sustancias, junto a las cargas factoriales de los reactivos y el valor de las correlaciones. Se puede observar que, basado en los resultados obtenidos por el AFC, en todas las escalas, excepto estimulantes de tipo anfetamina, se obtuvieron modelos que

adecuados que confirman validez de constructo de los resultados obtenidos, demostrando que las variables observables componen a la variable latente.

En la Figura 1 se muestra el análisis factorial confirmatorio de la escala de tabaco. Donde se puede observar que se estableció la correlación entre los reactivos 2 y 4 (r=-0.292), 2 y 6 (r=-0.139) y entre los reactivos 4 y 7 (r=-0.139).

Figura 1

Análisis factorial confirmatorio de la escala de tabaco con cargas factoriales de los reactivos que componen a la variable latente, las correlaciones establecidas y significancia.

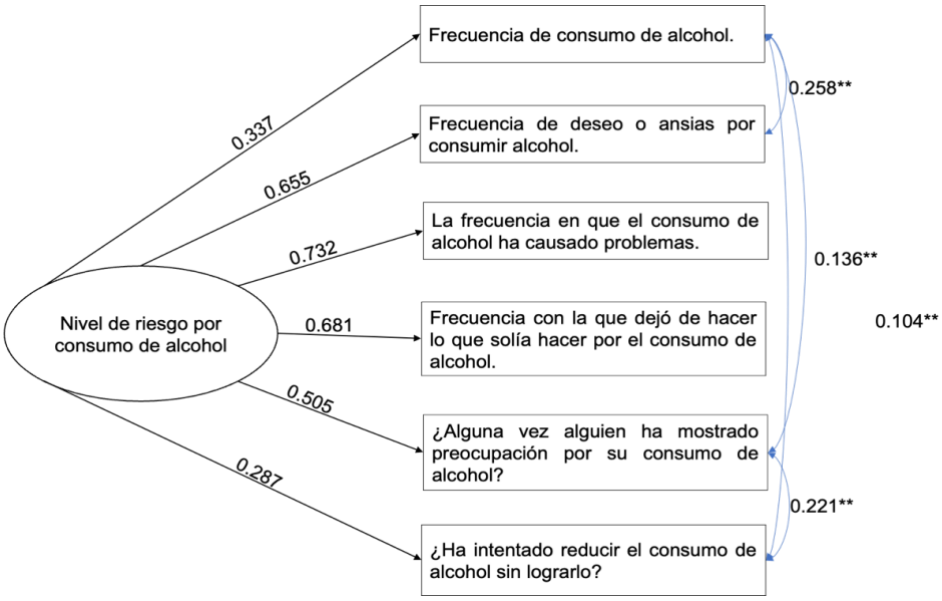


*Nota.***sig. <.01. * sig. <.05.

En la Figura 2 se muestra el AFC de la escala de alcohol. Donde se observa que se estableció la correlación entre los reactivos 2 y 3 (r=0.258), 2 y 6 (r=0.136), 2 y 7 (r=0.104) y entre los reactivos 6 y 7 (r=0.221).

Figura 2

Análisis factorial confirmatorio de la escala de alcohol con cargas factoriales de los reactivos que componen a la variable latente, las correlaciones establecidas y significancia.

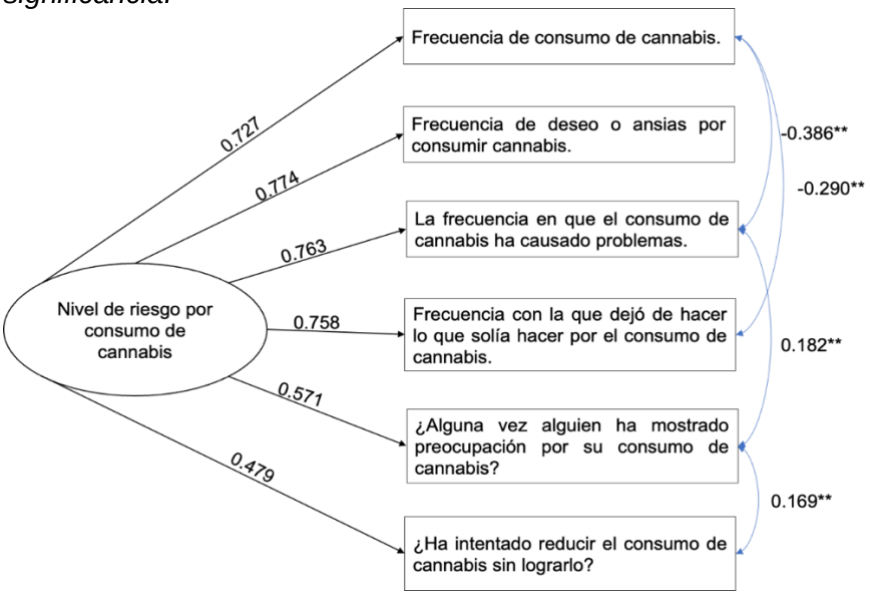


*Nota.***sig. <.01. * sig. <.05.

En la Figura 3 se muestra el análisis factorial confirmatorio de la escala de cannabis. Y se observa que se estableció la correlación entre los reactivos 2 y 4 (r=-0.368), 2 y 5 (r=-0.290), 4 y 6 (r=0.182) y los reactivos 6 y 7 (r=0.169).

Figura 3

Análisis factorial confirmatorio de la escala de cannabis con cargas factoriales de los reactivos que componen a la variable latente, las correlaciones establecidas y significancia.

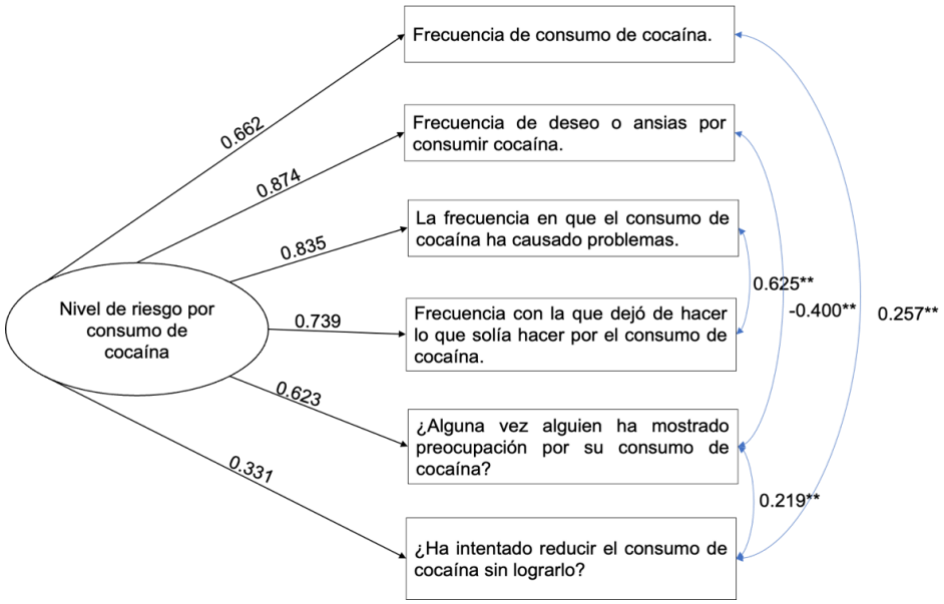


*Nota.***sig. <.01. * sig. <.05.

En la Figura 4 se muestra el análisis factorial confirmatorio de la escala de cocaína. Donde se observa que se estableció correlación entre los reactivos 2 y 7 (r=0.257), 3 y 6 (r=-0.400), 4 y 5 (r=0.625) y entre los reactivos 6 y 7 (r=0.219).

Figura 4

Análisis factorial confirmatorio de la escala de cocaína con cargas factoriales de los reactivos que componen a la variable latente, las correlaciones establecidas y significancia.

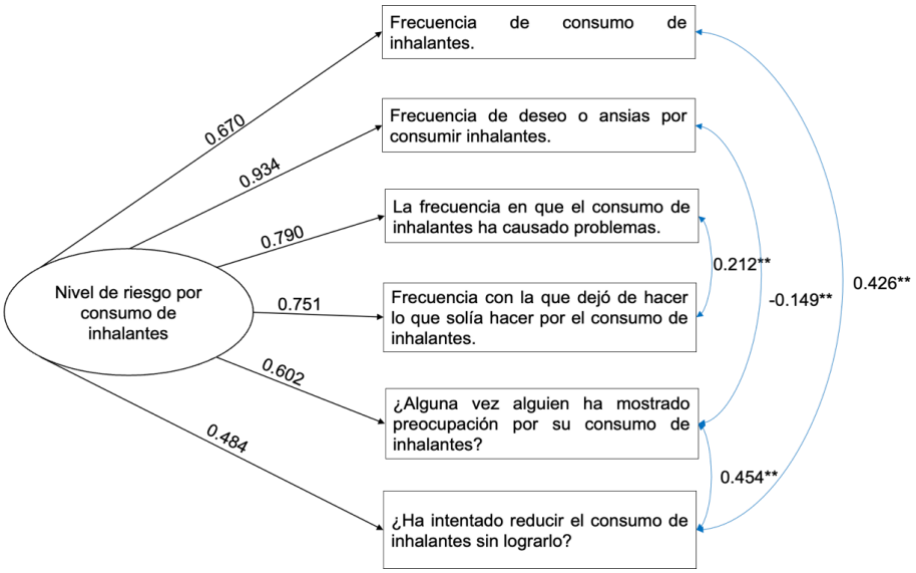


*Nota.***sig. <.01. * sig. <.05.

En la Figura 5 se muestra el análisis factorial confirmatorio de la escala de inhalantes. Se puede observar que se estableción la correlación entre los reactivos 2 y 7 (r=0.426), 3 y 6 (r=-0.149), 4 y 5 (r=0.212) y entre los reactivos 6 y 7 (r=0.454).

Figura 5

Análisis factorial confirmatorio de la escala de inhalantes con cargas factoriales de los reactivos que componen a la variable latente, las correlaciones establecidas y significancia.

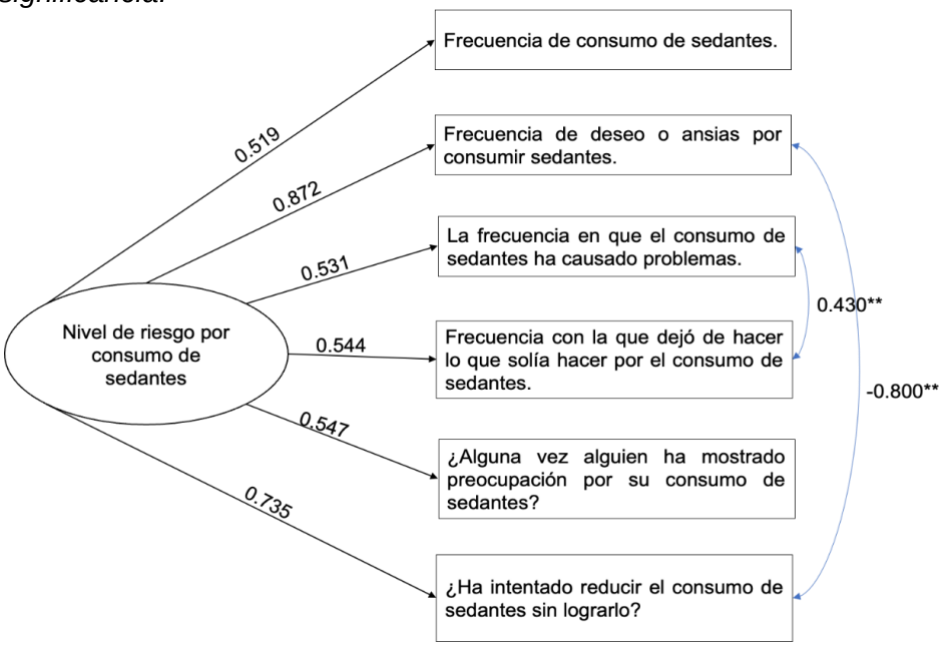


*Nota.***sig. <.01. * sig. <.05.

En la Figura 6 se muestra el análisis factorial confirmatorio de la escala de sedantes. Se puede observar que se establecó la correlación entre los reactivos 3 y 7 (r=-0.800) y los reactivos 4 y 5 (r=0.430).

Figura 6

Análisis factorial confirmatorio de la escala de sedantes con cargas factoriales de los reactivos que componen a la variable latente, las correlaciones establecidas y significancia.

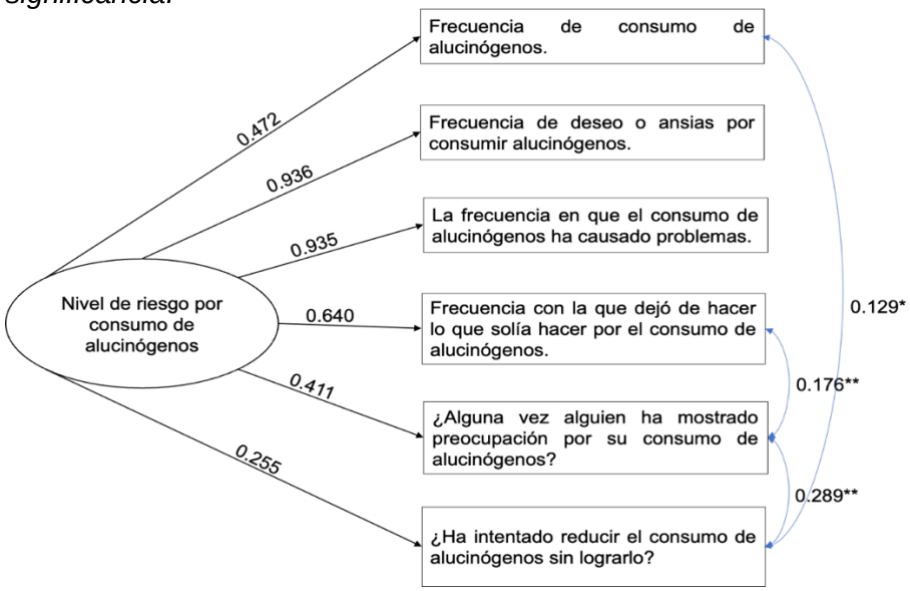


*Nota.***sig. <.01. * sig. <.05.

En la Figura 7 se muestra el análisis factorial confirmatorio de la escala de alucinógenos. En donde se muestran las correlaciones que se establecieron, los reactivos 2 y 7 (r=0.129), 5 y 6 (r=0.176) y los reactivos 6 y 7 (r=0.289).

Figura 7

Análisis factorial confirmatorio de la escala de alucinógenos con cargas factoriales de los reactivos que componen a la variable latente, las correlaciones establecidas y significancia.

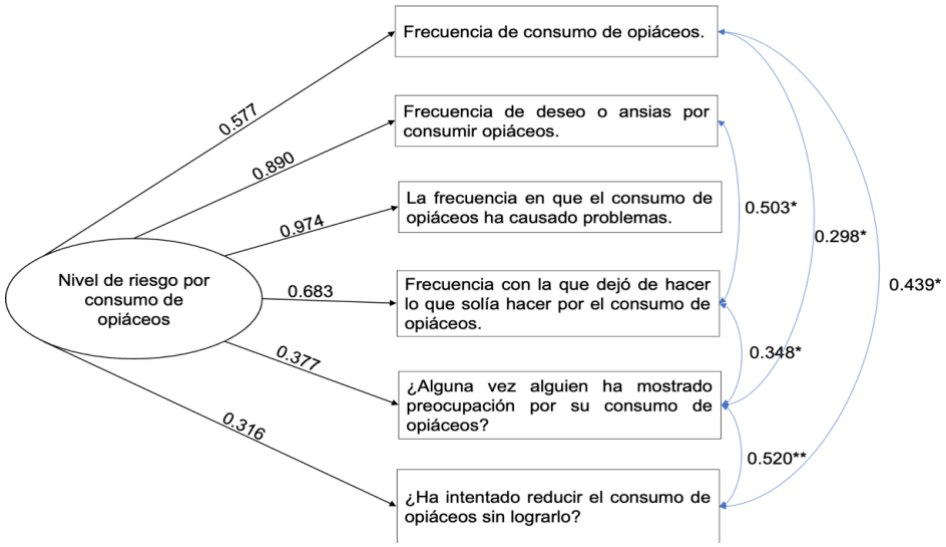


*Nota.***sig. <.01. * sig. <.05.

En la Figura 8 se muestra el análisis factorial confirmatorio de la escala de opiáceos. En donde se muestran las correlaciones que se establecieron, los reactivos 2 y 6 (r=0.439), 2 y 7 (r=0.298), 3 y 5 (r=0.503), 5 y 6 (r=0.348) y los reactivos 6 y 7 (r=0.520).

Figura 8

Análisis factorial confirmatorio de la escala de opiáceos con cargas factoriales de los reactivos que componen a la variable latente, las correlaciones establecidas y significancia.

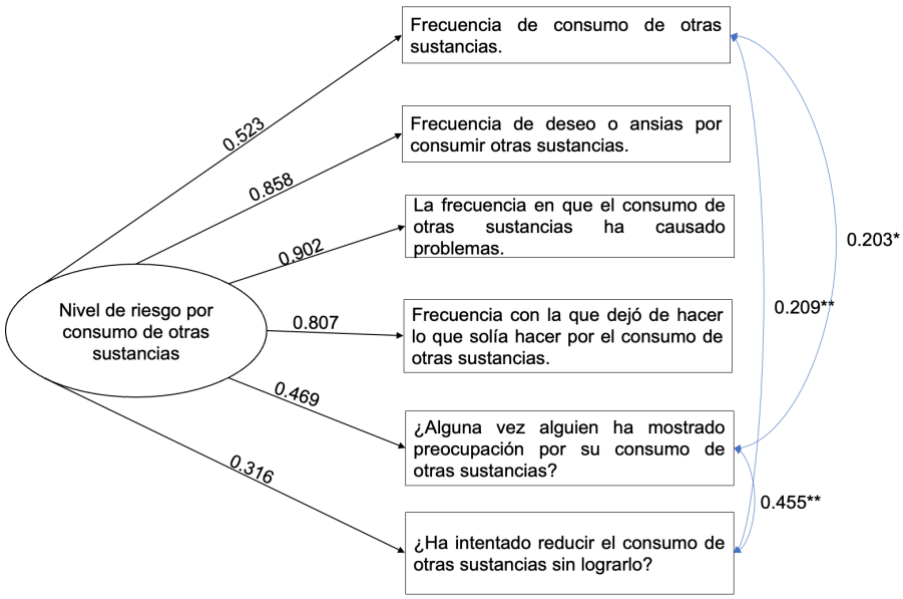


*Nota.***sig. <.01. * sig. <.05.

Por último, en la Figura 9 se muestra el análisis factorial confirmatorio de la escala de otras sustancias. Se puede observar que se estableció la correlación de los reactivos 2 y 7 (r=0.209), 2 y 6 (r=0.203) y los reactivos 6 y 7 (r=0.455)

Figura 9

Análisis factorial confirmatorio de la escala de otras sustancias con cargas factoriales de los reactivos que componen a la variable latente, las correlaciones establecidas y significancia.



*Nota.***sig. <.01. * sig. <.05.

Posteriormente, en la Tabla 5 se presentan los valores de confiabilidad obtenidos para cada escala mediante el alfa de Cronbach, que se encuentran entre 0.725 en la escala de alcohol, hasta 0.841 en la escala de otras sustancias, mientras que el de la escala completa es de 0.826.

Tabla 5

Consistencia interna por alfa de Cronbach de las diez escalas de la prueba ASSIST

Escala	Alfa de Cronbach
Tabaco	0.783
Alcohol	0.725
Cannabis	0.812
Cocaína	0.836
Estimulantes de tipo anfetamina	0.818
Inhalantes	0.840
Sedantes	0.782
Alucinógenos	0.798
Opiáceos	0.800
Otras sustancias	0.841
Global	0.826

Distribución de la prevalencia de consumo de sustancias y sus diferencias

En las siguientes Tablas 6a, 6b y 6c se presentan las distribuciones las personas que han consumido alguna vez en su vida cada una de las sustancias, según los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba ASSIST y cómo se distribuyen en función de las variables sociodemográficas (Tabla 6a= sexo, Tabla 6b= edad y Tabla 6c= tener un familar que consuma sustancias), así como sus porcentajes. También se encuentra el valor de la chi cuadrada de las diferencias entre grupos, así como el valor de la significancia estadística, si es menor a 0.01 o a 0.05.

En la Tabla 6a se muestra la distribución de las personas que consumen o no consumen en función del sexo de los participantes. Se encontró que el alcohol es la sustancia más consumida, en total el 85% de los participantes, el 90.8% de las mujeres y 82.9% de los hombres la han consumido alguna vez en la vida. La prevalencia de consumo de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos y otras sustancias, entre hombres y mujeres es significativamente diferente, señalando mayor prevalencia de consumo en mujeres que en hombres, excepto en la de inhalantes y sedantes, mientras que el consumo de opiáceos es igual.

Tabla 6a

Prevalencia de consumo alguna vez en la vida de las diez sustancias que mide la prueba ASSIST, en función del sexo incluyendo el número de personas y su procentaje, así como el total de la muestra, valor de chi cuadrada y el valor de la significancia.

Prevalencia de consumo de alguna vez en la vida	**Sexo**				Total		X^2
	Mujeres n=1979		Hombres n=3885		n=5864		
	n	*%*	*n*	*%*	n	%	
Tabaco							
No consumo	791	40.0	1852	47.7	2643	45.1	31.407**
Consumo	1188	60.0	2033	52.3	3221	54.9	
Alcohol							
No consumo	271	90.8	644	17.1	935	15.0	11.293**
Consumo	1798	90.8	3221	82.9	4929	85.0	
Cannabis							
No consumo	1240	62.7	2886	74.3	4126	70.4	85.006**
Consumo	739	37.3	999	25.7	1738	29.6	
Cocaína							
No consumo	1823	93.0	3765	97.0	5589	95.3	67.182**
Consumo	156	7.0	120	3.0	275	4.7	
Estimulantes tipo anfetamina							
No consumo	1904	97.0	3825	99.0	5729	97.7	29.390**
Consumo	75	3.0	60	1.0	135	2.3	

Prevalencia de consumo de alguna vez en la vida	Sexo				Total		X^2
	Mujeres n=1979		Hombres n=3885		n=5864		
	n	%	*n*	%	n	%	
Inhalantes							
No consumo	1930	99.8	3861	99.4	5791	98.8	36.826**
Consumo	49	0.2	24	0.6	73	1.2	
Sedantes							
No consumo	1854	94.0	3563	92.0	5417	92.4	7.240*
Consumo	125	6.0	322	8.0	447	7.6	
Alucinógenos							
No consumo	1796	99.1	3704	100	5500	93.8	47.407**
Consumo	183	0.9	181	0.0	364	6.2	
Opiáceos							
No consumo	1962	99.2	3867	99.6	5829	99.5	3.46
Consumo	17	0.8	18	0.4	35	0.5	
Otras sustancias							
No consumo	1934	98.0	3852	99.2	5786	99.0	20.270**
Consumo	45	2.0	33	0.8	78	1.0	

*Nota.***sig. <.01. * sig. <.05.

En la tabla 6b, se observa que el mayor porcentaje de personas que han cosumido alcohol, cannabis, estimulantes tipo anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras sustancias, son los participantes que pertenecen al grupo de edad de 25 o más años, seguido del de 20 a 24 años y por último el de 18 y 19 años. Mientras que el mayor porcentaje de personas que han consumido tabaco y cocaína es en el grupo de 20 a 24 años, seguido del de 25 años o más y después el de 18 a 19 años. Se puede distinguir que el grupo de 18 y 19 años es el de menor prevalencia de consumo de todas las sustancias. Por otra parte, los resultados sugieren diferencias en la prevalencia de consumo de todas las sustancias en función de la edad de los participantes y depende de la sustancia si es mayor en el grupo de 20 a 24 años o de 25 o más años.

Tabla 6b

Prevalencia de consumo de alguna vez en la vida de las diez sustancias que mide la prueba ASSIST, en función del grupo de edad a la que pertenecen los participantes, su distribución y porcentaje, así como el valor de chi cuadrada y el valor de la significancia.

Prevalencia de consumo de alguna vez en la vida	Edad						X^2
	18 y 19 años		20 a 24 años		25 o más años		
	n=3519		n=1690		n=655		
	n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	
Tabaco							
No consumo	1729	49.2	649	38.5	265	40.5	59.443**
Consumo	1790	50.8	1041	61.5	390	59.5	
Alcohol							
No consumo	698	19.9	179	10.6	58	8.9	100.439**
Consumo	2821	80.1	1511	89.4	597	91.1	
Cannabis							
No consumo	2678	76.2	1062	62.9	386	59.0	142.269**
Consumo	841	23.8	628	37.1	269	41.0	
Cocaína							
No consumo	3376	96.0	1599	94.7	613	96.4	9.224*
Consumo	143	4.0	91	5.3	24	3.6	
Estimulantes tipo anfetamina							
No consumo	3472	98.7	1640	97.1	617	94.2	53.515**
Consumo	47	1.3	50	2.9	38	5.8	
Inhalantes							
No consumo	3486	99.1	1666	98.6	639	97.6	10.767*
Consumo	33	0.9	24	1.4	16	2.4	
Sedantes							
No consumo	3334	94.8	1531	90.6	552	84.3	98.682**
Consumo	185	5.2	159	9.4	103	15.7	
Alucinógenos							
No consumo	3336	94.8	1571	93.0	593	90.6	20.093**
Consumo	183	5.2	119	7.0	62	9.4	
Opiáceos							
No consumo	3509	99.8	1676	99.2	644	98.4	20.264**
Consumo	10	0.2	14	0.8	11	1.6	
Otras sustancias							
No consumo	3490	99.2	1661	98.3	635	97.0	23.604**
Consumo	29	0.8	29	1.7	20	3.0	

*Nota.***sig. <.01. * sig. <.05.

En la Tabla 6c se puede observar que la mayor parte de la muestra tienen un familiar directo que consuma sustancias psicoactivas. Se encontraron diferencias

significativas en las prevalencias de consumo de todas las sustancias, siendo menor en los participantes que no tienen un familiar directo que consuma sustancias y mayor porcentaje en los que lo tienen. El mayor número de participantes con un familiar que consuma sustancias psicoactivas está en el consumo de alcohol con 3531 personas.

Tabla 6c

Prevalencia de consumo alguna vez en la vida de las diez sustancias que mide la prueba ASSIST, en función de tener o no un familiar directo que consuma sustancias psicoactivas, incluyendo la distribución y porcentaje de participantes, valor de chi cuadrada y el valor de la significancia.

Prevalencia de consumo de alguna vez en la vida	Familiar directo				X^2
	Sin familiar n=1849		Con familiar n=4015		
	n	*%*	*n*	*%*	
Tabaco					
No consumo	1082	58.9	1561	38.9	197.226**
Consumo	767	41.1	2454	61.1	
Alcohol					
No consumo	451	24.4	484	12.1	143.764**
Consumo	1398	75.6	3531	87.9	
Cannabis					
No consumo	1491	80.7	2635	65.7	136.760**
Consumo	358	19.3	1380	34.3	
Cocaína					
No consumo	1817	99.0	3771	94.0	53.326**
Consumo	32	1.0	244	6.0	
Estimulantes tipo anfetamina					
No consumo	1833	99.2	3896	98.0	24.788**
Consumo	16	0.8	119	2.0	
Inhalantes					
No consumo	1842	99.2	3949	98.4	16.48**
Consumo	7	0.8	66	1.6	
Sedantes					
No consumo	1779	96.3	3638	90.7	56.460**
Consumo	70	3.7	377	9.3	
Alucinógenos					
No consumo	1775	96.0	3725	93.0	22.556**
Consumo	74	4.0	290	7.0	
Opiáceos					
No consumo	1846	99.9	3983	99.3	8.598*
Consumo	3	0.1	32	0.7	
Otras sustancias					
No consumo	1846	99.9	3940	99.0	28.065**
Consumo	3	0.1	75	1.0	

*Nota.***sig. <.01. * sig. <.05.

Distribución del nivel de riesgo y sus diferencias

En las siguientes Tablas 7a, 7b y 7c está representada la distribución de los participantes y porcentaje de nivel de riesgo (bajo, medio y alto) de cada escala según los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba ASSIST en función del sexo (Tabla 7a), grupo de edad al que pertenecen (Tabla 7b) y tener un familar que consuma sustancias (Tabla 7c). También se encuentra el valor de la chi cuadrada de estas diferencias entre grupos, así como el valor de la significancia estadística, si es menor a 0.01 o a 0.05.

En la Tabla 7a se muestra la distribución del nivel de riesgo y sus difererencias en función del sexo. Se puede observar que el porcentaje de nivel de riesgo bajo por consumo de las diez sustancias es mayor en hombres que en mujeres y por lo tanto, en los porcentajes de nivel de riesgo medio y alto son mayores en mujeres, con excepción de los niveles de riesgo por consumo de otras sustancias. Se encontraron diferencias significativas en el nivel de riesgo por consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes tipo anfetamina, inhalantes, alucinógenos y otras sustancias en función del sexo de los participantes, mientras que el nivel de riesgo por el consumo de sedantes y opiáceos son iguales entre hombres y mujeres.

Tabla 7a

Distribución del nivel de riesgo (bajo, medio, alto) de cada sustancia medida por la prueba ASSIST en función de su sexo, valor de chi cuadrada y valor p.

Nivel de riesgo por consumo de cada sustancia	**Mujeres** n=1979		**Hombres** n=3885		X^2
	n	*%*	*n*	*%*	
Tabaco					
Riesgo bajo	1342	69.5	2892	74.0	
Riesgo medio	607	31.0	973	24.8	38.796**
Riesgo alto	30	1.6	20	0.5	
Alcohol					
Riesgo bajo	1549	78.3	3359	86.5	69.412**
Riesgo medio	379	20.3	485	12.6	
Riesgo alto	51	2.8	41	1.0	
Cannabis					
Riesgo bajo	1724	88.0	3638	93.6	67.341**

Nivel de riesgo por consumo de cada sustancia	Mujeres n=1979		Hombres n=3885		X^2
	n	*%*	*n*	*%*	
Riesgo medio	206	10.9	236	6.0	
Riesgo alto	31	1.8	11	0.4	
Cocaína					
Riesgo bajo	1941	98.1	3849	99.1	
Riesgo medio	34	2.3	33	0.8	10.503*
Riesgo alto	4	0.3	3	0.1	
Estimulantes tipo anfetamina					
Riesgo bajo	1933	97.7	3871	99.6	
Riesgo medio	43	2.7	14	0.4	12.371*
Riesgo alto	3	0.3	0	0.0	
Inhalantes					
Riesgo bajo	1964	99.2	3882	99.9	
Riesgo medio	13	0.7	3	0.1	21.959**
Riesgo alto	2	0.2	0	0.0	
Sedantes					
Riesgo bajo	1930	97.7	3763	96.9	
Riesgo medio	44	2.7	118	3.4	5.118
Riesgo alto	5	0.5	4	0.2	
Alucinógenos					
Riesgo bajo	1933	97.2	3840	98.8	
Riesgo medio	43	2.7	45	1.2	15.063**
Riesgo alto	3	3.0	0	0.0	
Opiáceos					
Riesgo bajo	1974	99.7	3878	99.8	
Riesgo medio	4	0.2	7	0.2	1.997
Riesgo alto	1	0.1	0	0.0	
Otras sustancias					
Riesgo bajo	1956	98.8	3875	99.7	
Riesgo medio	21	0.9	10	0.3	19.19**
Riesgo alto	2	0.1	0	0.0	

Nota. *p<.05 ó **p<.01.

En la Tabla 7b se muestra la distribución del nivel de riesgo en función de la edad de los participantes y sus diferencias. Los resultados obtenidos indican que las personas pertenecientes al grupo de 20 a 24 años presentan mayores porcentajes de participantes con nivel alto por consumo de tabaco y cocaína, mientras que el grupo de 25 o más, tiene porcentajes más altos de participantes con nivel de riesgo alto por consumo de alcohol,

cannabis y estimulantes de tipo anfetaminas. Por otro lado, se encontraron diferencias significativas en el nivel de riesgo por consumo de tabaco, alcohol, cannabis, sedantes, opiáceos y otras sustancias en función de la edad de los participantes, mientras que el consumo de cocaína, estimulantes tipo anfetaminas, inhalantes y alucinógenos es igual, independientemente a la edad.

Tabla 7b

Distribución del nivel de riesgo (bajo, medio, alto) de cada escala obtenida por la prueba ASSIST en función del grupo de edad al que pertenecen los participantes, valor de chi cuadrada y valor p.

Nivel de riesgo por consumo de cada sustancia	**18 y 19 años**		**20 a 24 años**		**25 años o más**		X^2
	n=3519		n=1690		n=665		
	n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	
Tabaco							
Riesgo bajo	2613	74.3	1152	68.2	20	0.6	
Riesgo medio	886	25.2	513	30.5	25	1.5	28.567**
Riesgo alto	20	0.6	180	27.8	5	0.9	
Alcohol							
Riesgo bajo	3007	85.5	1363	80.7	538	82.1	
Riesgo medio	470	13.4	290	17.2	104	15.9	23.252**
Riesgo alto	42	1.2	37	2.2	13	2.3	
Cannabis							
Riesgo bajo	3284	93.3	1511	89.3	585	89.3	
Riesgo medio	212	5.6	166	10.1	64	10.1	29.736**
Riesgo alto	23	0.6	13	0.8	6	1.1	
Cocaína							
Riesgo bajo	3481	98.9	1663	98.4	646	98.6	
Riesgo medio	35	1.0	23	1.8	9	0.3	4.792
Riesgo alto	3	0.1	9	1.6	0	0.0	
Estimulantes tipo anfetamina							
Riesgo bajo	3509	99.7	1670	99.3	647	0.2	
Riesgo medio	16	0.5	10	0.8	7	1.4	7.98
Riesgo alto	0	0.0	1	0.1	1	0.2	
Inhalantes							
Riesgo bajo	3510	99.7	1683	99.6	652	99.5	
Riesgo medio	9	0.3	6	0.3	2	0.3	4.61
Riesgo alto	0	0.0	1	0.1	1	0.2	

Nivel de riesgo por consumo de cada sustancia	18 y 19 años		20 a 24 años		25 años o más		X^2
	n=3519		n=1690		n=665		
	n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	
Sedantes							
Riesgo bajo	3446	97.9	1679	99.3	611	93.3	
Riesgo medio	69	2.0	10	0.8	43	0.1	45.073**
Riesgo alto	4	1.0	1	0.1	1	0.1	
Alucinógenos							
Riesgo bajo	3465	98.5	1665	98.5	643	98.2	
Riesgo medio	52	1.5	24	1.4	12	5.5	0.949
Riesgo alto	2	0.1	1	0.1	0	0.0	
Opiáceos							
Riesgo bajo	3509	99.9	1685	99.7	651	99.4	
Riesgo medio	3	0.1	4	0.3	4	0.6	10.920*
Riesgo alto	0	0.0	1	0.0	0	0.0	
Otras sustancias							
Riesgo bajo	3505	99.6	1680	99.4	646	98.6	
Riesgo medio	14	0.4	9	0.9	8	1.0	9.604*
Riesgo alto	1	0.0	1	0.0	1	0.2	

Nota. *p<.05 ó **p<.01.

En la Tabla 7c se muestra la distribución del nivel de riesgo y sus diferencias en función de que los participantes tengan o no un familiar directo que consuma sustancias psicoactivas. Los resultados indican menores porcentajes en los niveles de riesgo medio y alto para el consumo de las diez sustancias, se encontró que el nivel de riesgo por consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, alucinógenos y otras sustancias difiere según los participantes tengan o no un familiar directo que consuma sustancias, siendo menor el porcentaje de participantes que tienen un familiar con estas características en el riesgo bajo y porcentajes mayores en el riesgo medio y alto, sin embargo, el riesgo por consumo de opiáceos es igual independientemente de tener o no un familiar que consuma sustancias psicoactivas.

Tabla 7c

Distribución del nivel de riesgo (bajo, medio, alto) de cada sustancia medida por la prueba ASSIST en función de tener un familiar que consuma sustancias psicoactivas, valor de chi cuadrada y valor p.

Nivel de riesgo por consumo de cada sustancia	**Con familiar** n=4015		**Sin familiar** n=1849		X^2
	n	*%*	*n*	*%*	
Tabaco					
Riesgo bajo	2716	67.6	1518	82.1	
Riesgo medio	1253	21.2	327	18.2	135.366**
Riesgo alto	46	1.1	4	0.2	
Alcohol					
Riesgo bajo	3242	80.7	1666	90.1	
Riesgo medio	693	17.2	171	9.2	82.961**
Riesgo alto	80	1.9	12	0.6	
Cannabis					
Riesgo bajo	3601	89.6	1779	96.2	
Riesgo medio	377	9.4	65	3.5	71.329**
Riesgo alto	37	0.9	5	0.3	
Cocaína					
Riesgo bajo	3948	98.3	1842	99.6	
Riesgo medio	62	1.5	5	0.3	18.220**
Riesgo alto	5	0.1	2	0.1	
Estimulantes tipo anfetamina					
Riesgo bajo	3984	99.2	1845	99.8	
Riesgo medio	29	0.7	4	0.2	6.719*
Riesgo alto	2	0.1	0	0.0	
Inhalantes					
Riesgo bajo	3996	99.5	1849	100.0	
Riesgo medio	17	0.4	0	0.0	8.778*
Riesgo alto	2	0.1	0	0.0	
Sedantes					
Riesgo bajo	3689	91.8	1824	98.6	
Riesgo medio	138	3.4	24	1.3	23.388**
Riesgo alto	8	0.2	1	0.1	
Alucinógenos					
Riesgo bajo	3937	98.0	1836	99.3	
Riesgo medio	77	1.9	11	0.6	16.677**
Riesgo alto	1	0.0	2	0.1	
Opiáceos					
Riesgo bajo	4003	99.7	1849	100.0	
Riesgo medio	11	0.2	0	0.0	5.538
Riesgo alto	1	0.0	0	0.0	
Otras sustancias					
Riesgo bajo	3983	99.2	1848	99.9	
Riesgo medio	29	0.7	1	0.1	12.501*
Riesgo alto	3	0.1	0	0.0	

Nota. *p<.05 ó **p<.01.

Invarianza de medición

Los resultados de la comparación de modelos para examinar la invarianza de medición para las escalas de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, inhalantes, sedantes, alucinógenos y otras sustancias, en función de los grupos de comparación: sexo, edad y tener un familiar directo que consuma sustancias psicoactivas, se muestran en las Tablas 8a, 8b y 8c.

Se observan que las diferencias entre los índices de ajuste indicaron invarianza configural (parámetros de la variable latente estimados libremente entre los grupos), métrica (cargas factoriales restringidas a igualdad entre los grupos), fuerte (interceptos restringidos a igualdad entre los grupos) y estricta (varianzas únicas restringidas a igualdad entre los grupos) para las escalas de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, sedantes, alucinógenos y otras sustancias, conforme a las diferencias entre los índices (Δ), los valores menores a 0.010 para el *CFI* y menores a 0.015 para el *RMSEA*.

En la Tabla 8a se pueden observar los índices de ajuste de la invarianza de las escalas de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, sedantes, alucinógenos y otras sustancias en función del sexo.

Tabla 8a

Diferencias en los índices de ajuste de la invarianza de medición (configural, métrica, fuerte y estricta, y parciales) y para la comparación de medias de las escalas obtenidas por la prueba ASSIST, en función del sexo.

Modelo	*X²(Δdf)*	*CFI*	*TLI*	*RMSEA*	*SRMR*	*ΔX²(Δdf)*	*Δ X²´s p-valor*	*ΔCFI*	*ΔRMSEA*	*ΔTLI*
Tabaco										
Configural	7.03 (4)	0.999	0.997	0.022	0.005	-	-	-	-	-
Métrica	33.22 (8)	0.995	0.987	0.044	0.030	26.19 (4)	0.000	0.004	-0.022	0.010
Metica parcial (2)	13.85(7)	0.999	0.996	0.025	0.016	6.82 (3)	0.000	0.000	-0.003	0.001
Fuerte	50.99 (12)	0.992	0.987	0.045	0.032	17.77 (5)	0.000	0.007	-0.020	0.009
Fuerte parcial (2)	31.42 (10)	0.996	0.992	0.036	0.02	17.573 (3)	0.000	0.003	-0.011	0.004
Estricta parcial (2)	177.950 (14)	0.967	0.954	0.085	0.058	146.52 (4)	0.000	0.029	-0.049	0.038
Estricta parcial (2 y 4)	44.91 (12)	0.993	0.989	0.041	0.023	13.49 (2)	0.000	0.003	-0.005	0.003
Comparación de medias	92.407 (13)	0.984	0.976	0.062	0.047	88.497(1)	0.000	0.009	-0.021	0.013
Alcohol										
Configural	31.82 (10)	0.996	0.989	0.030	0.010	-	-	-	-	-
Métrica	44.41 (15)	0.995	0.99	0.028	0.015	12.59 (5)	0.028	0.001	0.002	-0.001
Fuerte	107.38 (20)	0.985	0.977	0.042	0.025	62.97 (5)	0.000	0.010	-0.014	0.013
Estricta	171.34 (24)	0.975	0.968	0.050	0.033	63.96 (4)	0.000	0.010	-0.008	0.009
Estricta parcial (4)	129.34 (23)	0.982	0.976	0.043	0.029	21.957 (3)	0.000	0.003	-0.001	0.001
Estricta parcial (4 y 6)	171.34 (24)	0.975	0.968	0.050	0.033	87.74 (4)	0.000	0.000	0.000	0.000
Comparación de medias	243.52 (21)	0.962	0.945	0.066	0.050	72.18 (3)	0.000	0.013	-0.016	0.023
Cannabis										
Configural	42.96 (10)	0.99	0.971	0.062	0.016	-	-	-	-	-

Modelo	$X^2(\Delta df)$	*CFI*	*TLI*	*RMSEA*	*SRMR*	$\Delta X^2(\Delta df)$	ΔX^2´s *p-valor*	*ΔCFI*	*ΔRMSEA*	*ΔTLI*
Métrica	137.09 (15)	0.965	0.929	0.097	0.065	94.13 (5)	0.000	0.025	-0.035	0.042
Métrica parcial (3)	94.41 (14)	0.977	0.95	0.081	0.053	51.45 (4)	0.000	0.013	-0.019	0.021
Metrica parcial (2 y 3)	62.22 (13)	0.986	0.967	0.066	0.036	19.25 (3)	0.000	0.004	-0.004	0.004
Fuerte parcial (2 y 3)	67.21 (16)	0.985	0.972	0.061	0.037	4.99 (3)	0.172	0.001	0.005	-0.005
Fuerte parcial (2 y 3 y 6)	54.22 (14)	0.988	0.975	0.058	0.029	4.99 (3)	0.172	-0.002	0.008	-0.005
Estricta parcial (2 y 3)	106.31 (18)	0.974	0.957	0.075	0.045	52.08 (4)	0.000	0.014	-0.017	0.018
Estricta parcial (2, 3 y 4)	63.29 (15)	0.986	0.972	0.061	0.034	5 (1)	0.003	-0.012	0.014	-0.015
Comparación de medias	202.20 (15)	0.96	0.945	0.085	0.06	92.91 (1)	0.000	0.026	-0.024	0.027
Cocaína										
Configural	10.77(8)	0.997	0.989	0.050	0.020	-	-	-	-	-
Metrica	23.28 (13)	0.989	0.974	0.076	0.070	12.15 (5)	0.029	0.008	-0.026	0.015
Metrica parcial (2)	17.79 (12)	0.994	0.984	0.059	0.048	7.02 (4)	0.135	0.003	-0.009	0.005
Fuerte parcial (2)	22.13 (16)	0.993	0.988	0.052	0.052	4.22 (4)	0.377	0.001	0.007	-0.004
Estricta parcial (2)	86.13 (21)	0.929	0.889	0.15	0.079	62.19 (4)	0.000	0.064	-0.098	0.099
Estricta parcial (2 y 6)	23.32 (18)	0.994	0.990	0.046	0.039	62.81 (3)	0.000	-0.001	-0.002	-0.002
Comparación de medias	23.39 (19)	0.995	0.992	0.041	0.039	0.07 (1)	0.000	-0.001	-0.002	-0.002
Estimulantes										
Configural	123.47 (16)	0.748	0.527	0.112	0.315	-	-	-	-	-
Sedantes										
Configural	14.86 (10)	0.994	0.981	0.047	0.023	-	-	-	-	-
Métrica	45.36 (15)	0.960	0.920	0.095	0.063	30.5 (5)	0.000	0.034	-0.048	0.061
Métrica parcial (6)	33.36 (14)	0.975	0.946	0.079	0.056	18.5 (4)	0.000	0.019	-0.032	0.035
Metrica parcial (6 y 5)	22.63 (13)	0.987	0.971	0.058	0.042	7.77 (3)	0.049	0.007	-0.011	0.010
Fuerte	50.63 (20)	0.951	0.926	0.092	0.067	17.27 (7)	0.000	0.036	-0.010	0.034
Estricta parcial (6 y 5)	32.66(20)	0.983	0.975	0.053	0.053	60 (14)	0.000	0.002	0.003	-0.003

Modelo	$X^2(\Delta df)$	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	$\Delta X^2(\Delta df)$	ΔX^2´s p-valor	ΔCFI	ΔRMSEA	ΔTLI
Comparación de medias	25.004 (20)	0.993	0.990	0.033	0.032	6.44 (1)	0.000	-0.010	0.020	-0.015
Alucinógenos										
Configural	11.72 (12)	1.000	1.000	0.000	0.024	-	-	-	-	-
Métrica	17.631 (17)	0.999	0.999	0.014	0.046	5.91 (5)	0.315	0.001	-0.022	-0.014
Fuerte	22.227 (22)	1.000	1.000	0.008	0.049	4.59 (5)	0.467	0.000	-0.003	0.006
Estricta	37.605 (28)	0.990	0.989	0.043	0.076	19.97 (6)	0.018	0.011	-0.003	-0.035
Estricta parcial (7)	20.50 (20)	1.000	1.000	0.000	0.056	15.38 (2)	0.000	0.000	-0.007	0.008
Comparación de medias	29.058 (22)	0.992	0.990	0.042	0.064	8.534 (3)	0.000	0.010	-0.008	-0.042
Otras sustancias										
Configural	6.31 (11)	1.000	1.000	0.000	0.041	-	-	-	-	-
Métrica	34.76 (16)	0.937	0.882	0.173	0.146	28.45 (5)	0.000	0.063	-0.173	0.118
Métrica parcial (4)	19.15 (15)	0.986	0.972	0.084	0.117	12.84 (4)	0.012	0.014	-0.084	0.028
Metrica parcial (4 y 2)	8.14 (14)	1.000	1.000	0.000	0.060	1.83 (3)	0.608	0.000	0.000	0.000
Fuerte parcial (4 y 2)	12.98 (17)	1.000	1.000	0.000	0.093	4.84 (3)	0.000	0.000	0.000	0.000
Estricta parcial (4 y 2)	25.30 (21)	0.986	0.979	0.072	0.147	12.32 (4)	0.000	0.014	-0.072	0.021
Estricta parcial (4, 2 y 7)	15.36 (18)	1.000	1.000	0.000	0.080	2.38 (1)	0.000	0.000	0.072	0.000
Comparación de medias	23.52 (20)	0.988	0.982	0.067	0.145	7.8 (2)	0.000	0.012	-0.067	0.018

Conforme a los índices de modificación, se incorporaron correlaciones de reactivos en cada escala, para la de tabaco se incorporó la correlación entre los reactivos 2 y 4; 4 y 7 y por último, la correlación de los reactivos 2 y 6. En la escala de alcohol, se añadió la correlación entre los reactivos 2 y 3; 6 y 7; 2 y 7 y entre los reactivos 2 y 6. Para la escala de cannabis se estableció la correlación de los reactivos 2 y 4; 2 y 5; 6 y 7 y por último, 4 y 6. En la escala de cocaína, la correlación de los reactivos 4 y 5; 2 y 7; 3 y 6; 6 y 7 y por último, 3 y 4. En el caso de sedantes, se correlacionaron los reactivos 4 y 5; 3 y 7 y los

reactivos 2 y 6. Para alucinógenos, se correlacionaron los reactivos 2 y 7; 6 y 7 y por último, los reactivos 5 y 6. Y por último, en la escala de otras sustancias se correlacionaron los reactivos 6 y 7; 7 y 2; 6 y 2 y por último los reactivos 2 y 5.

En el caso de las escalas estimulantes de tipo anfetamina, opiáceos e inhalantes no fue posible ajustar un modelo para evaluar la invarianza de medición.

Se encontraron invarianzas estrictas parciales en los modelos de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, sedantes y alucinógenos. Para que los modelos ajustaran, fue necesario variar libremente las varianzas únicas de los reactivos 2 y 4 de la escala de tabaco; 4 y 6 de la escala de alcohol; 2, 3 y 4 de la escala de cannabis; 2,6 de la escala de cocaína; 5 y 6 de la escala de sedantes y 7 de la escala de alucinógenos. En la escala de otras sustancias no fue posible obtener invarianza estricta, pues a pesar de seguir las recomendaciones de los índices de modificación, los valores de las diferencias del RMSEA obtenidas son superiores a las esperadas.

Las escalas de alucinógenos y alcohol mostró invarianza fuerte, mientras que tabaco, cannabis, cocaína, sedantes y otras sustancias mostraron invarianza fuerte parcial, indicando la necesidad de variar libremente los interceptos en los reactivos 2, 3 y 6 en la escala de cannabis; en el reactivo 2 de la escala de cocaína; 5 y 6 en la escala de sedantes y los reactivos 2 y 4 de la escala de otras sustancias.

Las escalas de alcohol y alucinógenos mostraron invarianza métrica y las escalas en las que se encontró invarianza parcial métrica fueron tabaco, cannabis, cocaína, sedantes y otras sustancias, indicando la necesidad de variar libremente las cargas factoriales, de los reactivos 2 de la escala de tabaco; 2 y 3 en la escala de cannabis; 2 en la escala de cocaína; 5 y 6 en la escala de sedantes; 2 y 4 en la escala de otras sustancias.

De acuerdo a los ajustes que se hicieron restringiendo las cargas factoriales, interceptos y varianzas únicas en los reactivos ya mencionados, con las escalas que

mostraron hasta invarianza estricta se realizó con esos modelos ajustados la comparación de medias de variables latentes (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, sedantes, alucinógenos) en función del sexo. Al examinar el tamaño del efecto se obtuvieron *d* de Cohen en un rango de 0.014 hasta 0.345 indicando efectos nulos y pequeños, en tabaco 0.197, alcohol 0.242, cannabis 0.345, cocaína 0.035, sedantes 0.043 y alucinógenos 0.014. Se encontraron medias mayores en el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, sedantes y alucinógenos en mujeres que en hombres.

Por último, en la Tabla 8b se muestran las diferencias de los índices de ajuste de la invarianza de medición (configural, métrica, fuerte y estricta) de las escalas de tabaco, alcohol, cannabis, sedantes, alucinógenos y otras sustancias, en función del grupo de edad al que pertenecen las personas: 18 y 19 años, 20 a 24 años o 25 o más años.

Tabla 8b

Diferencias en los índices de ajuste de la invarianza de medición (configuración, métrica, fuerte y estricta, y parciales) y para la comparación de medias de las escalas obtenidas por la prueba ASSIST, en función del grupo de edad al que pertenecen los participantes.

Modelo	*X²(Δdf)*	*CFI*	*TLI*	*RMSEA*	*SRMR*	*ΔX²(Δdf)*	*Δ X²´s p-valor*	*ΔCFI*	*ΔRMSEA*	*ΔTLI*
Tabaco										
Configural	27.25 (6)	0.996	0.979	0.057	0.010	-	-	-	-	-
Métrica	62.69 (14)	0.991	0.980	0.057	0.024	35.44 (8)	0.000	0.005	0.000	-0.001
Fuerte	118.83 (22)	0.981	0.974	0.064	0.030	56.14 (8)	0.000	0.005	0.000	-0.001
Estricta	227.69 (32)	0.962	0.964	0.075	0.050	108.86(10)	0.000	0.010	0.007	0.006
Comparación de medias	239.02 (34)	0.960	0.965	0.075	0.056	11.33(2)	0.003	0.002	0.000	-0.001
Alcohol										
Configural	22.38 (15)	0.999	0.996	0.017	0.008	-	-	-	-	-
Métrica	96.23 (25)	0.988	0.979	0.042	0.028	73.85 (10)	0.000	0.011	0.025	0.017
Métrica parcial (5)	56.41 (23)	0.994	0.989	0.030	0.021	34.033 (8)	0.000	0.005	0.013	0.007
Métrica parcial (5 y 4)	30.09 (21)	0.998	0.997	0.016	0.013	7.71 (6)	0.260	0.030	-0.001	0.035
Fuerte parcial (4 y 5)	127.41 (27)	0.983	0.972	0.048	0.026	71.00 (4)	0.000	0.015	-0.032	0.025
Estricta parcial (4 y 5)	212.14 (34)	0.970	0.961	0.056	0.039	84.72 (7)	0.000	0.013	-0.008	0.011
Estricta parcial (2, 4 y 5)	139.17 (31)	0.982	0.974	0.046	0.031	11.75 (4)	0.019	0.001	0.002	-0.002
Comparación de medias	267.74 (41)	0.962	0.958	0.058	0.047	161.65 (24)	0.000	0.016	0.002	0.003

Modelo	*X²(Δdf)*	*CFI*	*TLI*	*RMSEA*	*SRMR*	*ΔX²(Δdf)*	*Δ X²´s p-valor*	*ΔCFI*	*ΔRMSEA*	*ΔTLI*
Cannabis										
Configural	49.13 (15)	0.991	0.973	0.063	0.018	-	-	-	-	-
Métrica	130.32 (25)	0.972	0.950	0.085	0.052	81.19 (10)	0.000	-0.019	-0.022	-0.023
Métrica parcial (5)	95.48 (23)	0.981	0.962	0.074	0.046	46.35 (8)	0.000	0.009	0.011	0.012
Fuerte parcial (5)	137.19 (31)	0.972	0.959	0.077	0.052	74.97 (18)	0.019	0.009	-0.003	0.003
Estricta parcial (5)	337.33 (41)	0.922	0.914	0.112	0.127	199.27 (10)	0.000	0.050	-0.035	0.045
Estricta parcial (5 y 6)	210.90 (35)	0.953	0.940	0.093	0.076	72.84 (4)	0.000	0.019	-0.016	0.019
Estricta parcial (5, 6 y 7)	89.26 (29)	0.984	0.975	0.060	0.039	48.79 (2)	0.000	-0.012	0.017	-0.016
Estricta parcial (4, 5, 6 y 7)	60.35 (23)	0.990	0.981	0.053	0.025	76.84 (8)	0.000	-0.018	0.024	-0.022
Comparación de medias	337.96 (43)	0.922	0.918	0.109	0.128	0.02 (2)	0.000	0.068	-0.056	0.063
Cocaína										
Configural	38.879 (12)	0.971	0.892	0.156	0.029	-	-	-	-	-
Metrica	87.04 (25)	0.934	0.881	0.164	0.07	48.167 (13)	0.000	0.037	-0.008	0.011
Métrica parcial (5)	95.48 (23)	0.981	0.962	0.074	0.046	7.56 (5)	0.182	-0.010	0.082	-0.07
Fuerte parcial (5)	137.19 (31)	0.972	0.959	0.077	0.052	41.70 (8)	0.000	0.009	-0.003	0.003
Estricta parcial (5)	113.819 (24)	0.975	0.969	0.066	0.038	23.38 (7)	0.000	-0.003	0.011	-0.01
Comparación de medias	337.96 (43)	0.922	0.918	0.109	0.128	224.15 (19)	0.000	0.053	-0.043	0.051

Modelo	*X²(Δdf)*	*CFI*	*TLI*	*RMSEA*	*SRMR*	*ΔX²(Δdf)*	*Δ X²´s p-valor*	*ΔCFI*	*ΔRMSEA*	*ΔTLI*
Sedantes										
Configural	28.98 (21)	0.990	0.978	0.051	0.030	-	-	-	-	-
Métrica	54.60 (31)	0.970	0.956	0.071	0.068	25.62 (10)	0.004	0.020	0.020	0.022
Métrica parcial (5)	45.37 (29)	0.979	0.967	0.062	0.063	16.39 (8)	0.037	0.011	0.011	0.011
Métrica parcial (5 y 4)	38.91 (27)	0.985	0.974	0.054	0.052	9.93 (6)	0.127	0.005	-0.003	0.004
Fuerte parcial (5 y 4)	40.54 (33)	0.990	0.987	0.039	0.052	1.63 (6)	0.000	-0.005	0.015	-0.013
Estricta parcial (5 y 4)	52.25 (37)	0.980	0.976	0.053	0.058	11.71 (4)	0.000	0.010	-0.014	0.011
Comparación de medias	59.98 (41)	0.975	0.973	0.056	0.071	7.72 (4)	0.102	0.002	-0.002	-0.003
Alucinógenos										
Configural	28.79 (18)	0.989	0.973	0.070	0.038	-	-	-	-	-
Métrica	14.60 (12)	0.997	0.993	0.035	0.034	14.19 (6)	0.006	-0.008	-0.035	-0.020
Métrica parcial (5)	42.89 (26)	0.983	0.971	0.070	0.060	14.1 (8)	0.079	0.006	0.000	0.002
Fuerte parcial (5)	49.65 (34)	0.984	0.979	0.062	0.062	6.753 (8)	0.564	-0.001	-0.008	-0.008
Estricta parcial (5)	121.52 (44)	0.985	0.981	0.059	0.069	71.87 (10)	0.000	0.001	-0.003	-0.002
Comparación de medias	44.73 (33)	0.988	0.984	0.054	0.066	76.79 (11)	0.000	-0.003	-0.005	-0.003
Otras sustancias										
Configural	43.07 (18)	0.927	0.818	0.231	0.050	-	-	-	-	-
Métrica	8.14 (14)	1.000	1.000	0.000	0.060	34.93 (4)	0.000	-0.073	-0.231	-0.182
Fuerte	12.47 (20)	1.000	1.000	0.000	0.098	4.33 (6)	0.037	-0.012	-0.054	-0.016

Modelo	*X²(Δdf)*	*CFI*	*TLI*	*RMSEA*	*SRMR*	*ΔX²(Δdf)*	*Δ X²´s p-valor*	*ΔCFI*	*ΔRMSEA*	*ΔTLI*
Estricta	104.09 (50)	0.843	0.859	0.204	0.178	91.62 (50)	0.000	-0.157	0.204	0.141
Estricta parcial (3)	71.44 (44)	0.920	0.918	0.155	0.145	58.97 (24)	0.000	-0.080	0.155	0.082
Estricta parcial (3 y 2)	57.55 (38)	0.943	0.933	0.141	0.101	45.08 (18)	0.004	-0.057	0.141	0.067
Estricta parcial (2,3 y 5)	53.17 (32)	0.938	0.913	0.16	0.091	40.7 (12)	0.001	-0.062	0.160	0.087
Estricta parcial (2, 3,4 y 5)	48.77 (26)	0.934	0.885	0.184	0.085	36.3 (6)	0.000	-0.066	0.184	0.115
Estricta parcial (2, 3, 4, 5 y 6)	44.10 (20)	0.930	0.842	0.215	0.057	31.63 (1)	0.000	-0.070	0.215	0.158
Comparación de medias	45.21 (22)	0.933	0.862	0.201	0.067	12.33 (16)	0.721	-0.003	0.014	-0.02

Conforme a los índices de modificación, en la escala de tabaco se incorporó la correlación entre los reactivos 2 y 4; 4 y 7 y por último de los reactivos 2 y 6. Para la escala de alcohol, según los índices de modificación, se añadió la correlación entre los reactivos 2 y 3; 6 y 7; 2 y 7 y por último la de los reactivos 2 y 6. En la escala de cannabis, según los índices de modificación se estableció la correlación de los reactivos 2 y 4; 2 y 5, 6 y 7 y por último 4 y 6. Para la escala de sedantes, se correlacionaron los reactivos 4 y 5 y los reactivos 3 y 7. En el caso de la escala de alucinógenos, se correlacionaron los reactivos 2 y 7; 6 y 7 y por último, entre los reactivos 5 y 6. Para las escalas de inhalantes, estimulantes de tipo anfetaminas y opiáceos no fue posible obtener un modelo ni medir su invarianza de medición en función de la edad de los participantes. Y para la escala de otras sustancias no hubo ajuste en ningún modelo de invarianza a pesar de los índices de modificación recomendados, los valores del CFI, TLI, RMSEA, SRMR y sus diferencias tienen valores superiores o inferiores que indican que no hay ajuste de los modelos.

En la escala de tabaco, se obtuvo invarianza estricta, mientras que alcohol, cocaína, sedantes y alucinógenos resultaron en invarianzas estrictas parciales y fue necesario variar libremente las varianzas únicas de los reactivos 2, 4 y 5 de la escala de alcohol; los reactivos 4 y 5 de la escala de sedantes y el reactivo 5 de las escalas de cocaína y alucinógenos. Para la escala de cannabis, los valores obtenidos superaron los valores esperados en las diferencias de los índices de ajuste *CFI* y *RMSEA*.

La escala de tabaco mostró invarianza fuerte, mientras que alcohol, cannabis, cocaína, sedantes y alucinógenos mostraron invarianza fuerte parcial, indicando la necesidad de variar libremente los interceptos de los reactivos 4 de la escala de alcohol y sedantes y el reactivo 5 de las escalas de alcohol, cannabis, cocaína, sedantes y alucinógenos.

En la escala de tabaco se obtuvo invarianza métrica, mientras que en las escalas de alcohol, cannabis, cocaína, sedantes y alucinógenos se encontró invarianza parcial métrica y se varió libremente las cargas factoriales del reactivo 5 de las escalas de alcohol, cannabis, cocaína, sedantes y alucinógenos.

De acuerdo a los ajustes que se hicieron restringiendo las cargas factoriales, interceptos y varianzas únicas en los reactivos ya mencionados, se realizó con esos modelos ajustados (que tienen invarianza estricta), la comparación de medias de variables latentes (tabaco, alcohol, cocaína, sedantes y alucinógenos) en función de la edad de los participantes.

Al examinar el tamaño del efecto de las diferencias, las *d* de Cohen fluctuaron entre 0.003 y 0.247, indicando efectos nulos o pequeños en las diferencias, únicamente en las medias de la escala de alucinógenos entre el grupo de 18 y 19 años y el de 25 o más años es de 0.247 resultó en efectos pequeños y destaca que las media es mayor en el grupo de 18 y 19 años.

Por último, en la Tabla 8c se muestran las diferencias de los índices de ajuste de la invarianza de las escalas de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, sedantes, alucinógenos y otras sustancias, en función de tener un familiar directo que consuma sustancias psicoactivas.

Tabla 8c

Diferencias en los índices de ajuste de la invarianza de medición (configuración, métrica, fuerte y estricta, y parciales) y para la comparación de medias de las escalas obtenidas por la prueba ASSIST, en función de tener un familiar que consuma sustancias.

Modelo	*X²(Δdf)*	*sig*	*CFI*	*TLI*	*RMSEA*	*SRMR*	*ΔX²(Δdf)*	*Δ X²´s p-valor*	*ΔCFI*	*ΔRMSEA*	*ΔTLI*
Tabaco											
Configural	12.43 (4)	0.014	0.998	0.991	0.036	0.009	-	-	-	-	-
Métrica	41.60 (8)	0.000	0.993	0.983	0.051	0.026	29.17 (4)	0.000	0.005	0.015	0.008
Fuerte	50.52 (12)	0.000	0.992	0.987	0.045	0.027	8.913 (4)	0.063	0.001	-0.006	-0.009
Estricta	185.17 (17)	0.000	0.966	0.960	0.078	0.056	134.65 (5)	0.000	-0.026	0.033	0.032
Estricta parcial (4)	104.81 (16)	0.000	0.982	0.977	0.059	0.041	54.29 (4)	0.000	-0.006	0.010	0.011
Comparación de medias	189.75 (16)	0.000	0.965	0.956	0.082	0.071	84.94 (1)	0.000	0.021	0.027	0.025
Alcohol											
Configural	22.54 (10)	0.013	0.998	0.993	0.023	0.008	-	-	-	-	-
Métrica	34.67 (15)	0.003	0.997	0.993	0.023	0.014	12.126 (5)	0.033	0.001	0.000	0.000
Fuerte	76.27 (20)	0.000	0.990	0.985	0.034	0.022	41.605 (5)	0.000	0.007	0.011	0.008
Estricta	356.230 (26)	0.000	0.942	0.934	0.072	0.044	279.96 (6)	0.000	-0.048	-0.048	0.051
Estricta parcial (4)	256.17 (25)	0.000	0.960	0.952	0.061	0.040	179.9 (5)	0.000	-0.030	-0.030	0.033
Estricta parcial (4 y 5)	171.17(24)	0.000	0.974	0.968	0.05	0.033	94.89 (4)	0.000	-0.016	0.022	0.017
Estricta parcial (4, 5 y 6)	63.28 (17)	0.000	0.992	0.986	0.033	0.018	7.99 (3)	0.000	-0.002	0.001	-0.001
Comparación de medias	237.72 (21)	0.000	0.961	0.953	0.065	0.050	77.54 (1)	0.000	0.013	0.010	0.015
Cannabis											
Configural	27.12 (10)	0.002	0.995	0.986	0.044	0.013	-	-	-	-	-
Métrica	50.52 (15)	0.000	0.990	0.980	0.052	0.030	23.4 (5)	0.000	0.005	0.008	0.006

Modelo	*X²(Δdf)*	*sig*	*CFI*	*TLI*	*RMSEA*	*SRMR*	*ΔX²(Δdf)*	*Δ X²´s p-valor*	*ΔCFI*	*ΔRMSEA*	*ΔTLI*
Fuerte	56.77 (20)	0.000	0.990	0.985	0.046	0.031	6.27 (5)	0.283	0.000	0.006	-0.005
Estricta	50.52 (15)	0.000	0.990	0.98	0.052	0.030	6.25 (5)	0.000	0.000	-0.006	0.000
Comparación de medias	55.91 (20)	0.000	0.99	0.985	0.045	0.027	5.39 (5)	0.000	0.000	0.007	-0.005
Cocaína											
Configural	4.63 (6)	0.059	1.000	1.000	0.000	0.0100	-	-	-	-	-
Métrica	56.60 (13)	0.000	0.955	0.897	0.156	0.08	51.97 (7)	0.000	0.045	0.156	0.103
Métrica parcial (4)	40.11 (11)	0.000	0.970	0.919	0.138	0.072	35.48 (5)	0.000	0.030	0.138	0.081
Métrica parcial (4 y 7)	26.94 (10)	0.003	0.983	0.948	0.111	0.034	22.31 (4)	0.000	0.017	0.111	0.052
Métrica parcial (4,5 y 7)	22.89 (9)	0.000	0.986	0.953	0.106	0.025	18. 26 (3)	0.000	0.014	0.106	0.047
Métrica parcial (3, 4 ,5 y 7)	22.71 (8)	0.004	0.985	0.943	0.115	0.022	18.08 (2)	0.000	0.015	0.115	0.057
Fuerte (3, 7, 2 y 4)	24.16 (10)	0.000	0.985	0.956	0.101	0.021					
Estricta parcial (4)	37.54 (15)	0.000	0.977	0.954	0.104	0.036	14.83 (8)	0.007	-0.090	0.075	0.095
Estricta parcial (4 y 3)	58.35 (21)	0.000	0.962	0.945	0.114	0.048	12.59 (5)	0.000	-0.009	0.002	0.001
Estricta parcial (4, 3 y 7)	42.93 (18)	0.000	0.974	0.957	0.100	0.035	20.22 (2)	0.000	0.003	-0.012	-0.011
Estricta parcial (4, 3, 7 y 5)	37.54 (15)	0.000	0.977	0.954	0.104	0.036	8.22 (1)	0.000	0.006	-0.008	-0.008
Comparación de medias	41.12 (16)	0.000	0.974	0.952	0.107	0.036	3.55 (1)	0.780	0.003	0.003	0.002
Sedantes											
Configural	3.54 (8)	0.896	1.000	1.000	0.000	0.010	-	-	-	-	-
Métrica	7.657 (13)	0.983	1.000	1.000	0.000	0.021	3.05 (5)	0.692	0.000	0.000	0.000
Fuerte	5.845 (14)	0.970	1.000	1.000	0.000	0.017	4.617 (8)	0.798	0.000	0.000	0.000

Modelo	$X^2(\Delta df)$	*sig*	*CFI*	*TLI*	*RMSEA*	*SRMR*	$\Delta X^2(\Delta df)$	*Δ X²´s p-valor*	*ΔCFI*	*ΔRMSEA*	*ΔTLI*
Estricta	23.03 (23)	0.334	1.000	1.000	0.002	0.035	17.18 (9)	0.046	0.000	-0.002	0.000
Estricta (5)	13.241 (23)	0.947	1.000	1.000	0.000	0.021	7.39 (9)	0.596	0.000	0.002	0.000
Estricta (5 y 7)	10.462 (22)	0.982	1.000	1.000	0.000	0.018	4.61 (8)	0.798	0.000	0.000	0.000
Comparación de medias	7.702 (19)	0.989	1.000	1.000	0.000	0.018	11.057 (2)	0.004	0.000	0.000	0.001
Alucinógenos											
Configural	8.61 (8)	0.376	0.999	0.998	0.021	0.023	-	-	-	-	-
Métrica	17.13 (13)	0.193	0.996	0.990	0.042	0.042	8.514 (5)	0.130	0.003	-0.021	0.008
Métrica parcial (7)	14.60 (12)	0.264	0.997	0.993	0.035	0.034	5.98 (4)	0.200	0.002	-0.014	0.005
Fuerte parcial (7)	19.21 (16)	0.258	0.997	0.994	0.033	0.037	4.61 (14)	0.005	0.006	0.002	-0.001
Estricta parcial (7)	35.44 (21)	0.025	0.986	0.979	0.061	0.040	16.23 (6)	0.004	0.011	-0.028	0.015
Estricta parcial (7 y 3)	23.64 (18)	0.167	0.994	0.991	0.041	0.038	4.43 (2)	0.109	0.003	-0.008	0.003
Comparación de medias	16.19 (14)	0.302	1.000	1.000	0.000	0.030	7.45 (1)	0.000	-0.006	0.041	-0.009
Otras sustancias											
Configural	6.31 (11)	0.852	1.000	1.000	0.000	0.041	-	-	-	-	-
Métrica	8.14 (14)	0.882	1.000	1.000	0.000	0.060	1.83 (3)	0.609	0.000	0.000	0.000
Fuerte	12.47 (15)	0.643	1.000	1.000	0.000	0.098	4.33 (1)	0.037	0.000	0.000	0.000
Estricta	71.14 (27)	0.000	0.853	0.836	0.205	0.348	58.67 (12)	0.000	-0.147	0.205	0.000
Estricta parcial (4)	56.91 (25)	0.000	0.893	0.872	0.181	0.180	14.23 (10)	0.000	-0.107	0.181	0.128

Conforme a los índices de modificación, en la escala de tabaco se incorporó la correlación entre los reactivos 2 y 4; 4 y 7 y por último, el reactivo 2 y 6. Para la escala de alcohol, basado en los índices de modificación, se añadió la correlación entre el

reactivo 2 y 3; 6 y 7; 2 y 7 y por último, entre los reactivos 2 y 6. En la escala de cannabis, según los índices de modificación se estableció la correlación de los reactivos 2 y 4; 5 y 6; 6 y 7 y por último, de los reactivos 4 y 6. En el caso de la escala de cocaína, según los índices de modificación se estableció la correlación de los reactivos 4 y 5; 2 y 7; 3 y 6; 6 y 7 y por último, del reactivo 4 y 6. Para la escala de sedantes, se correlacionaron los reactivos 4 y 5; 3 y 7 y los reactivos 2 y 6. En el caso de la escala de alucinógenos, se correlacionaron los reactivos 2 y 7; 6 y 7; 5 y 6 y por último, los reactivos 4 y 5. Para la escala de otras sustancias se correlacionaron los reactivos 6 y 7; 2 y 7 y por último, los reactivos 2 y 6.

Para las escalas de inhalantes, estimulantes de tipo anfetaminas y opiáceos no fue posible obtener un modelo ni medir su invarianza de medición en función de tener o no un familiar que consuma sustancias.

La escala de cannabis mostró invarianza estricta, mientras que en tabaco, alcohol, cocaína, sedantes y alucinógenos se obtuvo invarianzas estrictas parciales, por ello fue necesario variar libremente las varianzas únicas de los reactivos 4, 5 y 6 de la escala de alcohol; los reactivos 3, 5 y 7 de la escala de cocaína; los reactivos 5 y 7 de la escala de sedantes y los reactivos 3 y 7 de la escala de alucinógenos. En la escala de otras sustancias no fue posible obtener invarianza estricta ya que las diferencias del *CFI* y *RMSEA* no indicaron un buen ajuste del modelo, tampoco ningún índice de ajuste obtuvo valores esperados.

Las escalas tabaco, alcohol, cannabis y sedantes mostraron invarianza fuerte, mientras que cocaína y alucinógenos obtuvieron invarianza fuerte parcial, indicando la necesidad de variar libremente los interceptos del reactivo 4 de la escala de cocaína y el reactivo 7 de la escala de alucinógenos. Para la escala de otras sustancias, no se obtuvo el puntaje esperado que indica un buen ajuste en ningún índice de ajuste ni sus diferencias.

Las escalas en las que se encontró invarianza métrica fueron tabaco, alcohol, cannabis, sedantes y otras sustancias, mientras que en alucinógenos se obtuvo invarianza parcial métrica indicaron la necesidad de variar libremente las cargas factoriales del reactivo 7. Para la escala de cocaína, no fue posible obtener invarianza métrica, a pesar de los índices de modificación que se adaptaron y no permitieron tener un buen ajuste del modelo en esta invarianza, desde el valor superior al esperado del RMSEA.

De acuerdo a los ajustes que se hicieron restringiendo las cargas factoriales, interceptos y varianzas únicas en los reactivos ya mencionados, se realizó con esos modelos ajustados la comparación de medias de variables latentes (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, sedantes, alucinógenos) en función tener o no un familiar directo que consuma sustancias. Al examinar el tamaño del efecto de las diferencias, se obtuvieron *d* de Cohen desde 0.087 hasta 0.262 indicando efectos pequeños: en tabaco 0.203, alcohol 0.262, cannabis 0.233, cocaína 0.167, sedantes 0.087 y alucinógenos 0.164. Las medias mayores fueron obtenidas por los participantes que tienen un familiar que consume sustancias.

Se encontró también medias mayores en el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, sedantes en participantes que tienen un familiar directo que consume sustancias, mientras que el consumo de alucinógenos es mayor para los participantes que no tienen un familiar directo que consuma sustancias.

Medias entre grupos de comparación

En la Tabla 9a, 9b y 9c se representan el número de participantes (*n*); las medias (*M*) del consumo de sustancias obtenidos por la prueba ASSIST en función del sexo, el grupo de edad al que pertenecen los participantes y si tienen un familiar directo que consuma sustancias; valores de *F*; grados de libertad y el valor de la significancia estadística, si es menor a 0.01 o a 0.05.

En la Tabla 9a, se puede observar que destacan diferencias significativas en las medias de consumo de tabaco, alcohol y cannabis entre mujeres y hombres y que estás diferencias apuntan a medias mayores en mujeres que en hombres. Al evaluar el tamaño del efecto, se encontraron efectos pequeños en estas diferencias. Para el consumo de cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras sustancias, no se encontraron diferencias significativas en hombres y mujeres.

Tabla 9a

Medias (M) de las escalas de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras sustancias obtenidas mediante la prueba ASSIST y en función del sexo, así como el número de participantes que consumen cada sustancia (n), desviaciones estándar (DE) y análisis unidireccionales de varianza que incluyen valores F y significancia.

Escala	**Hombres**			**Mujeres**			*F*	*d de Cohen*
	n	*M*	*DE*	*n*	*M*	*DE*		
Tabaco	2033	6.57	6.45	1188	7.91	7.66	28.02**	-0.189
Alcohol	3221	6.23	5.587	1708	7.84	6.72	80.627**	-0.261
Cannabis	999	3.77	4.66	739	5.46	7.37	34.31**	-0.274
Cocaína	120	4.65	6.01	156	4.55	6.51	0.02	
Estimulantes	60	3.58	4.58	75	4.57	6.36	1.02	
Inhalantes	24	2.63	3.14	49	5.22	7.44	2.67	
Sedantes	322	5.59	6.34	125	6.36	8.11	1.13	
Alucinógenos	181	4.52	5,48	183	4.57	5.90	0.01	
Opiáceos	18	5.44	6.53	17	5.18	8.21	0.01	
Otras sustancias	33	4.85	6.62	45	7.02	8.47	1.49	

Escala	Total		
	n	*M*	*DE*
Tabaco	3221	7.07	6.95
Alcohol	4929	6.79	6.05
Cannabis	1738	4.49	6.02
Cocaína	276	4.59	6.28
Estimulantes	135	4.13	5.64
Inhalantes	73	4.37	6.45
Sedantes	447	5.81	6.88
Alucinógenos	364	4.55	5.69
Opiáceos	35	5.31	7.28

Escala	*n*	*M*	*DE*
Otras sustancias	78	6.1	7.75

Nota. **sig. <.01. * sig. <.05.

En la Tabla 9b, se observa que solamente se encontraron diferencias significativas en las medias de consumo de tabaco y alcohol entre los grupos de edad. Un análisis Post hoc indicó que las diferencias significativas están entre los grupos de 18 a 19 años y el grupo de 20 a 24 años, en tabaco sig. =.018, IC95% [-.86, -.68] y en alcohol sig. =.003, IC95% [-.73, -.60], siendo mayor el consumo de ambas sustancias en los participantes de 20 a 24 años.

Tabla 9b

Medias (M) obtenidas mediante la prueba ASSIST, en función del grupo de edad al que pertenecen las personas, así como el número de participantes que consumen cada sustancia (n), la desviación estándar (DE) y análisis unidireccionales de varianza que incluyen valores F y significancia.

Escala	**18 y 19 años**			**20 a 24 años**			**25 o más**			*F*	*d de Cohen*
	n	*M*	*DE*	*n*	*M*	*DE*	*n*	*M*	*DE*		
Tabaco	1790	6.72	6.39	1041	7.49	7.48	390	7.55	7.81	5.10*	-0.110
Alcohol	2821	6.53	5.81	1511	7.19	6.46	597	6.98	6.97	6.34**	-0.107
Cannabis	841	4.66	6.13	628	4.41	6.00	269	4.12	5.68	0.90	
Cocaína	143	4.48	5.86	91	5.14	7.33	42	3.79	5.15	0.72	
Estimulantes	47	4.30	5.09	50	3.88	5.64	38	4.26	6.38	0.08	
Inhalantes	33	4.06	5.23	24	5.17	3.81	16	3.81	7.19	0.28	
Sedantes	185	6.12	6.97	159	5.33	6.85	103	5.97	6.79	0.61	
Alucinógenos	183	5.10	6.02	119	4.23	5.89	62	3.55	4.19	2.02	
Opiáceos	10	4.60	6.67	14	6.79	9.38	11	4.09	4.57	0.47	
Otras sustancias	29	6.14	7.23	29.00	5.55	7.89	20	6.85	8.72	0.16	

Nota.**sig. <.01. * sig. <.05.

En la Tabla 9c se observan diferencias significativas entre las personas con y sin familiares directos en las medias de consumo de tabaco, alcohol y cannabis, con un

tamaño del efecto moderado para cannabis con una *d* de Cohen de 0.580 y tamaños pequeños de 0.328 en las medias de tabaco y de 0.286 en las medias de alcohol de los grupos de comparación según tengan o no un familiar directo que consuma sustancias. Las medias de consumo del resto de las sustancias no mostraron diferencias significativas entre tener o no un familiar que consuma sustancias psicoactivas.

Tabla 9c

Medias (M) de las escalas obtenidas mediante la prueba ASSIST,en función de tener un familiar que consuma sustancias, así como el número de participantes que consumen cada sustancia (n), desviaciones estándar (DE) y análisis unidireccionales de varianza que incluyen valores F y significancia.

Escala	**Sin familiar**			**Con familiar**			*F*	*d de Cohen*
	n	*M*	*DE*	*n*	*M*	*DE*		
Tabaco	2454	7.57	7.29	767	5.46	5.44	54.67**	0.328
Alcohol	1398	5.61	5.038	3531	7.25	6.351	74.957**	-0.286
Cannabis	1380	4.49	6.26	358	3.54	4.88	11.16**	0.580
Cocaína	32	5.06	8.18	244	4.53	6.01	0.20	
Estimulantes	16	2.88	3.82	119	4.3	5.83	0.90	
Inhalantes	7	1.29	0.76	66	4.7	6.7	1.78	
Sedantes	70	5.34	6.8	377	5.89	6.89	0.38	
Alucinógenos	74	3.96	5.66	290	4.7	5.69	1.00	
Opiáceos	3	1.67	1.15	32	5.66	7.53	0.82	
Otras sustancias	3	7.00	10.39	75	6.07	7.74	0.04	

Nota. **sig. <.01. * sig. <.05.

Discusión

El objetivo del presente estudio consistió en tamizar el nivel de riesgo por consumo de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, estimulantes tipo anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras sustancias en función del sexo, la edad y tener un familiar directo que consuma sustancias psicoactivas; todo ello a través de la validación y el análisis de la invarianza de medición del ASSIST.

Se comprobó mediante análisis factoriales la validez de constructo de todas las escalas de la prueba autoadministrada ASSIST en población universitaria. Estos hallazgos permitieron garantizar la validación de las variables latentes nivel de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas y la posibilidad comparar sin sesgo las medias de los reactivos de cada escala (Millsap, 2011), entre los grupos de sexo, edad y los conformados por tener o no un familiar que consuma sustancias psicoactivas.

En segundo término, los hallazgos parecen indicar que en la población universitaria, existe mayor consumo de alcohol y cannabis en mujeres que en hombres, mayor consumo de tabaco, alcohol y cannabis en los participantes que tienen un familiar directo que consuma sustancias y el consumo de alucinógenos es superior en participantes de 18 y 19 años que en los participantes de 25 o más años.

La prevalencia de consumo de alguna vez en la vida de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos y otras sustancias es mayor en mujeres, mientras que la prevalencia de consumo de todas las sustancias es mayor en los participantes de 25 años o más y en los participantes que tienen un familiar que consuma sustancias psicoactivas.

El nivel de riesgo por consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, alucinógenos y otras sustancias es mayor en mujeres, por otra parte, el nivel de riesgo por consumo de tabaco, alcohol, cannabis, sedantes, opiáceos y otras sustancias es mayor en los participantes de 20 a 24 años y de 25 años o más y en los participantes con un familiar directo que consuma sustancias es mayor el nivel de riesgo por consumo de todas las sustancias, excepto opiáceos.

Con este estudio se puede confirmar que el consumo de sustancias se puede ver influido por tener familiares que consuman sustancias psicoactivas, ya que los resultados indicaron que la prevalencia de consumo de las diez sustancias es mayor en los

participantes que tienen un familiar que consuma sustancias, confirmando que un familiar con estas características, puede incrementar la probabilidad de que otros familiares inicien a consumir sustancias (Arévalo et al., 1997; Méndez & Espada; 1999; Espada et al., 2008; Ruiz-Risueño & Ruiz-Juan, 2011; Villatoro et al., 2012), favoreciendo la disponibilidad de las sustancias en el entorno más inmediato, que es uno de los principales factores de riesgo para el consumo de sustancias (Medina-Mora et al., 1995).

Adicionalmente, el nivel de riesgo por consumo de las diez sustancias también difiere y es mayor el porcentaje de participantes que tienen un familiar en el nivel de riesgo medio y alto, mientras que el porcentaje de participantes con nivel de riesgo bajo es mayor en los participantes que no tienen un familiar con estas características. Estos resultados indican que un familiar que consume podría influir tanto en el inicio del consumo y como en su mantenimiento e incremento, que son las variables asociadas al nivel de riesgo y que tener un familiar que consuma sustancias es un factor de riesgo por la disponibilidad de la sustancia desde el contexto más cercano, aprendizaje, mayor tolerancia al consumo e incluso consumo de un familiar directo se pueden presentar otros factores de riesgo (Medina-Mora et al., 1995; Becoña-Iglesias, 2001; Yeh, 2006; ENCODAT, 2017). Estos resultados indican la necesidad de poner atención desde esta perspectiva, porque dentro de las consecuencias sociales del consumo, está el influir directa o indirectamente en el consumo de otras personas. Y por último, las medias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis, que son las sustancias psicoactivas más consumidas en México, también difieren en función de tener un familiar (Medina-Mora et al., 2002). Cabe señalar que el alcohol es la puerta de entrada al consumo de sustancias psicoactivas y su consumo es un factor de riesgo para el consumo de tabaco, mientras que el consumo de alcohol y/o tabaco es factor de riesgo para el consumo de cannabis (Arévalo et al., 1997; Vázquez & Becoña, 2000; Herrera et al., 2004; Maturana, 2011) otra característica relevante de estas tres sustancias es su disponibilidad, incluso para el caso

de cannabis, pues aún siendo ilegal, la prevalencia de su consumo tanto en el mundo como en México, lo confirma. Que el consumo del resto de la sustancias que sea igual, independientemente del consumo de un familiar, señala que el consumo de esas sustancias podría sugerir evaluar el ámbito de la presión de los pares, en el que otras personas incitan o promueven el consumo de misma sustancia; no solo por modelamiento de un familiar (Sánchez-Zamorano et al., 2006; Herrera-Chávez, et al., 2018). Es decir, contextos donde la disponibilidad y tolerancia es mayor comparado con la familia, sobre todo porque en su mayoría son drogas ilegales.

Con respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, el consumo de alcohol y cannabis es significativamentente mayor en mujeres, mientras que el consumo del resto de las sustancias es igual en ambos sexos. Referente al alcohol, se ha reportado una reducción en la edad de inicio y un consumo más excesivo en mujeres (Caraveo-Aduaga et al., 1999). La prevalencia de consumo y el nivel de riesgo difiere significativamente en todas las sustancias excepto opiáceos y sedantes (en nivel de riesgo). Un hallazgo significativo es que los porcentajes de los niveles de riesgo medio y alto son mayores (excepto el riesgo medio de sedantes) en mujeres que en hombres y lo mismo ocurre en los porcentajes de la prevalencia de consumo de todas las sustancias, aún considerando que la muestra estuvo compuesta mayormente por hombres.

Los hallazgos actuales sugieren que el consumo de sustancias psicoactivas de las mujeres que participaron en el presente estudio comprende mayores riesgos que los hombres, con prevalencias y promedios más altos. Además, que las medias del consumo de tabaco, cocaína, estimulantes, inhalantes, sedantes, alucinógenos y opiáceos sean iguales, señala que el consumo de las mujeres que participaron en este estudio iguala o supera el consumo de los hombres. Si bien a lo largo de los años, el consumo ha incrementado en ambos sexos, en las mujeres la proporción de incremento a lo largo de los años ha sido mayor que en los hombres (ENCODAT, 2017). Estos resultados,

contrastan con los del estudio realizado por Tiburcio et al. en 2016, en el que también evaluaron el consumo en población universitaria, obteniendo porcentajes de prevalencias de consumo alguna vez en la vida mayores en hombres y menores en mujeres, comparado con las obtenidas en este estudio. Por el tipo de muestreo no probabilístico, es posible que la muestra obtenida esté compuesta mayormente de hombres que tienen menor consumo promedio y mujeres con mayor consumo y que sean estas dos variables las que expliquen que los resultados sean diferentes a los obtenidos por la ENCODAT en 2017. El tamaño del efecto pequeño de estas diferencias confirma la baja medida en que estos resultados se pueden mostrar en la población (Ledesma et al., 2008). Sin embargo, no deja de ser necesario poner atención al incremento de consumo de mujeres y conocer más de las causas que originaron el mayor consumo, sobre todo porque son las mujeres quienes menos asisten a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas (ENCODAT, 2017).

Con respecto a las diferencias en función del grupo de edad al que pertenecen los participantes, se encontró que las medias de consumo tienden a ser iguales, independientemente del grupo de edad al que pertenecen los participantes, únicamente difieren las medias de consumo de alucinógenos entre el grupo de 18 y 19 años y el grupo de 25 o más años y es mayor en el primero, indicando un mayor consumo. También hay diferencias en el nivel de riesgo por el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, sedantes, opiáceos y otras sustancias, que tiende a tener mayor porcentaje de participantes de 18 y 19 años el nivel de riesgo bajo, mayor porcentaje de participantes de 20 a 24 años en el riesgo medio y en el riesgo alto los de 20 a 25 años, solo en sedantes porcentaje de participantes de riesgo bajo es mayor en el grupo de 20 a 24 y en el riesgo medio está compuesto principalmente por participantes de 18 y 19 años y en el caso de opiáceos, el riesgo medio tiene mayor porcentaje de participantes de 25 años o más y el riesgo alto está compuesto principalmente de participantes de 20 a 24 años. En el caso de las

prevalencias de consumo de todas las sustancias difieren significativamente y se encontraron mayores porcentajes de prevalencias en el grupo de 25 años o más, con excepción de la prevalencia de tabaco alcohol y cocaína, que fue mayor en el grupo de 20 a 24 años. Se pudo observar que la prevalencia de consumo tiende a incrementar conforme a la edad de los participantes, pues el mantenimiento de consumo a lo largo de los años favorece el incremento del consumo e incrementa la probabilidad de experimentar con otras sustancias también (Medina-Mora et al., 2002).

Los hallazgos del presente estudio sugieren la necesidad de proponer estrategias de atención a esta población, la mayoría de los participantes tienen un riesgo bajo por consumo de sustancias y es viable la implementación de estrategias de prevención selectiva a los participantes que aún no consumen e indicativa a los que iniciaron a consumir. También destaca la importancia de incrementar estrategias para la detección y atención en el consumo de sustancias en población universitaria, porque como se ha visto, a lo largo de los años ha incrementado la prevalencia de consumo de sustancias, la edad de inicio de consumo de sustancias ha disminuido y a su vez, desde lo individual el consumo tiende a incrementar con el paso del tiempo si no se interrumpe (ENCODAT, 2017) de lo anterior surge la urgencia de detectar y atender en el menor riesgo por consumo de sustancias, de no ser así el la dificultad de atención y recursos incrementa.

Por otra parte, se aportó evidencia de la invarianza de medición, que no se había evaluado previamente en las escalas de la prueba ASSIST. En primer lugar, con respecto a la comparación entre hombres y mujeres, en función del buen ajuste de los modelos de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, sedantes y alucinógenos, es necesario tener presente los sesgos (varianzas únicas), al comparar sus promedios obtenidos por las escalas de la prueba ASSIST, en los reactivos que miden la frecuencia de consumo de tabaco, cannabis o cocaína; la frecuencia de deseo o ansias por consumir cannabis; la frecuencia en que el consumo de tabaco, alcohol o cannabis ha causado problemas; la frecuencia

con la que dejó de hacer lo que solía hacer por el consumo de sedantes y si alguien ha mostrado preocupación el consumo de alcohol, cannabis, cocaína o sedantes.

En la escala de otras sustancias no fue posible obtener un modelo con ajuste adecuado de invarianza estricta, por lo que no es recomendable hacer comparaciones de medias entre los grupos de hombres y mujeres.

En segundo lugar, al comparar a participantes que tienen o no un familiar directo que consuma sustancias, en función del buen ajuste de los modelos de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, sedantes y alucinógenos es necesario tener presente los sesgos (varianzas únicas) al comparar sus medias de las escalas de la prueba ASSIST, los reactivos que miden la frecuencia de deseo o ansias por consumir cocaína o alucinógenos; la frecuencia en que el consumo de tabaco o alcohol ha causado problemas; la frecuencia con la que dejó de hacer lo que solía hacer por el consumo de alcohol, cocaína o sedantes; si alguien ha mostrado preocupación por su de consumo de alcohol y si intentó reducir el consumo de cocaína, sedantes o alucinógenos sin lograrlo.

La escala de cannabis se encontró un buen ajuste sin necesidad de restringir las varianzas únicas de ningún reactivo, por lo que es posible hacer comparaciones de medias en función de que los participantes tengan un familiar directo que consuma sustancias con los siete reactivos de esta escala. Mientras que en la escala de otras sustancias no fue posible obtener invarianza estricta, lo que sugiere no hacer comparaciones entre medias.

Y por último, en los grupos de edad de los participantes, en función del buen ajuste de los modelos de tabaco, alcohol, cocaína, sedantes y alucinógenos, resulta recomendable considerar los sesgos (varianzas únicas), al comparar medias de esas escalas, los reactivos que miden la frecuencia de consumo de alcohol; la frecuencia en que el consumo de alcohol o sedantes ha causado problemas y la frecuencia con la que dejó de hacer lo que solía hacer por el consumo de alcohol, cocaína, sedantes o

alucinógenos. Para la escala de tabaco, se encontró un buen ajuste en la medición de invarianza, sin restringir las varianzas únicas de ningún reactivo, indicando que es posible hacer comparaciones de medias entre los grupos de edad. Sin embargo, en las escalas de cannabis y otras sustancias no se recomienda hacer comparaciones de medias por no obtener evidencia de invarianza estricta.

No se evaluó la invarianza de medición en las escalas de estimulantes tipo anfetamina, inhalantes ni opiáceos ya que fueron pocas las personas que consumen estas sustancias y esto impidió que sus modelos convergieran.

Según los resultados obtenidos por la evaluación de la invarianza de medición, es posible realizar comparaciones de medias de las escalas de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, sedantes y alucinógenos en función del sexo; las escalas de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, sedantes y alucinógenos según los participantes tengan un familiar directo que consuma sustancias y por último, para la comparación de medias en función de los grupos de edad es posible con las escalas de tabaco, alcohol, cocaína, sedantes y alucinógenos, consideando los reactivos que tuvieron que ser restringidos en sus varianzas únicas para poder asegurar que no existe sesgo en las propiedades psicométricas de la aplicación de la prueba ASSIST. También es importante mencionar que los reactivos que fueron restringidos a igualdad en los grupos de comparación señalan la existencia de variables extrañas que impiden que la medición sea igual para hombres y mujeres; participantes con y sin un familiar directo que consuma sustancias y a los grupos de edad (18 y 19 años, 20 a 24 años y 25 años o más).

Es importante destacar que a pesar de que se encontró que la mayor proporción de los participantes tienen un riesgo bajo por consumo de sustancias, no deja de ser importante poner atención en el número de participantes que tienen riesgo medio y alto, en este estudio el 86.5% de los participantes tienen riesgo bajo por consumo de alcohol, 12.6% riesgo medio y 1% riesgo alto, el riesgo medio corresponde a intervención breve y

el riesgo alto a derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento, considerando que en la Ciudad de México hay 1.38 profesionales de la salud capacitados en promoción de la salud y prevención del comportamiento adictivo por cada 100 mil habitantes (Morales-Chainé et al., 2019) y que la brecha de atención en México del trastorno por consumo de sustancias es del 82.9% (Kohn, 2017) es preocupante pensar que un porcentaje tan pequeño de personas podría recibir atención. Estas cifras son un claro indicador de que las necesidades de atención a la salud mental en general y del consumo de sustancias, específicamente, no están siendo cubiertas adecuadamente.

El presente estudio tiene como finalidad aportar evidencia del monitoreo de los factores de riesgo que influyen en el consumo, prevalencia y riesgo por el consumo de diez sustancias psicoactivas y por otra parte, evaluar las propiedades psicométricas de la Prueba de Detección de Consumo de Tabaco, Alcohol y Sustancias (ASSIST) para garantizar la buena medición y con ello, detección oportuna desde la atención primaria, ya que esta prueba se distingue por su fácil aplicación y la evaluación del nivel de riesgo por consumo de diez sustancias psicoactivas, en poco tiempo (Humeniuk et al., 2011).

Basado en los resultados obtenidos, es necesaria la implementación de más programas de prevención, promoción de la salud y detección temprana basada en evidencia a edades más tempranas, así como la derivación oportuna en la población universitaria con la finalidad de reducir la probabilidad de que el consumo y riesgo incremente y con ello, que aumenten también los problemas asociados al consumo.

Los resultados de este estudio, como se había mencionado previamente, se recolectaron de un estudio transversal, de la aplicación de un instrumento de medición autoadministrado y con reactivos dirigidos de forma retrospectiva, adicionalmente, los datos fueron recabados mediante una muestra por conveniencia, por lo que existe el riesgo de que los resultados no representen a la población universitaria.

Estudios próximos, además de considerar solamente a población consumidora para los análisis factoriales confirmatorios, de invarianza de medición y de diferencias, deberán de excluir también a aquellos participantes que no han consumido sustancias en los últimos 3 meses, con el objetivo de disminuir la probabilidad de obtener en estos varianzas negativas que interfieren en el análisis de los datos; así como recolectar una muestra más grande que incluya a una mayor cantidad de consumidores de estimulantes tipo anfetaminas, opiáceos e inhalantes y procurar obtener una muestra equivalente en las variables sociodemográficas de interés y realizar un modelo de ecuaciones estructurales para conocer la relación predictiva las variables latentes. Referente a esta línea de investigación, es recomendable en próximos estudios evaluar también la validez discriminativa de los puntos de corte de la prueba ASSIST que determinan los niveles de riesgo, estos puntos de corte están establecidos de manera universal, sin embargo, estudios han encontrado puntos de corte distintos con mejores ajustes en sensibilidad y especificidad en poblaciones específicas (Hides, 2009; Van Der et al., 2016; López et al., 2021; Tiburcio et al., 2016).

Referencias

Alfonso, J. P., Huedo-Medina, T. B., & Espada, J. P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 25(2), 330–338. Recuperado a partir de https://revistas.um.es/analesps/article/view/87961

Ali R., Awwad E., Babor T., Bradley F., Butau T., Farrell M, et al. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*.97(9):1183-94.

Aliaga, J. (2006); Psicometría. Test psicométricos, confiabilidad y validez.

American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2018*). Estándares para pruebas educativas y psicológicas (*M. Lieve, Trans.). Washington, DC: *American Educational Research Associal.*

Andrade L., Caraveo J., Berglund P. & Arbor A. (2000). Crossnational comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Who International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bulletin World Health Organization* 2000;78(4):413-426.

Arellanez, J. L., & Diaz, D. B., & Wagner, F., & Pérez, I. V.(2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 27(3),54-64.

Arévalo, J.M., Masip, G.P., y Abecia, L.C. (1997). Consumo de alcohol en una muestra de estudiantes universitarios. *Revista Española de Drogodependencias*, 22, 15-34.

Ariza, C., & Nebot, M. (2002). Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Revista Española de Salud Pública*, *76*, 227-238.

Barreto, H. A., de Oliveira, C. & Boerngen-Lacerda, R. (2014). Development of a self-report format of ASSIST with university students. *Addictive behaviors*, *39*(7), 1152–1158. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.03.014

Becoña-Iglesias, E. (2001). Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas.En R. Secades Villa y J. R. Fernández Hermida (Eds.), Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias . Madrid: Plan Nacional sobre la Drogas.

Borges G, Wang PS, Medina-Mora M., Lara C & Chiu WT. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *Am J Public Health*. 2007;97(9):1638–43.

Caballero-Hidalgo, A., González, B., Pinilla, J., & Barber, P. (2005). Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 440-447.

Carrillo L., Reyes, J. M., Escamilla, M. L., & González, V. (2021). Conducta alimentaria y consumo de alcohol durante el distanciamiento social por COVID-19 en México: un estudio exploratorio. *Ciencia Y Sociedad*, *46*(2), 7–30. https://doi.org/10.22206/cys.2021.v46i2.pp7-30

Caraveo-Anduaga, J. J., Colmenares-Bermúdez, E., & Saldívar-Hernández, G. J. (1999). Diferencias por género en el consumo de alcohol en la Ciudad de México. *Salud pública de México*, 41, 177-188.

Christoff, A. O., Barreto, A., & Boerngen-Lacerda, R. (2016). Development of a computer-based format for the alcohol, smoking, and substance involvement screening test (ASSIST) with university students. *Substance use & misuse*, 51(9), 1207-1217.

Colás, B. P ., De Pablos, P . J. (2012). Aplicaciones de las tecnologías de la información y la comunicación en la investigación cualitativa. Universidad de Sevilla. *Revista española de Pedagogía*. LXX (251) enero-abril: 77-92.

CONADIC (2021). Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas. México: Autor

Cronbach, L.J. (1984). *Essentials of psychologi - cal testing (4a edición).* New York: Harper.

Cronbach, L.J. (1988). Internal consistency of test: Analyses old and new. Psychometrika, 53, 1, 63-70.

Cronbach, L.J. & Meehl, P.E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin, 52,* 281 -302.

Del Barrio G., V. y Alonso S., C. (1994). Búsqueda de sensaciones y consumo de drogas legales en escolares. Clínica y Salud, 1: 69-81.

DOF - Diario Oficial de la Federación. (2020). Retrieved August 29, 2021, from Dof.gob.mxwebsite: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020

Dupre, D., Miller, N., Gold, M., & Rospenda, K. (1995). Initiation and progression of alcohol, marijuana, and cocaine use among adolescent abusers. *American Journal on Addictions*, *4*(1), 43-48.

Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. Terapia psicológica, 32(1), 65-74. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007

Espada, J. P., Pereira, J. R. y García-Fernández, J. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes, Psicothema, 20 (4), 531-537.

Gask, L., Klinkman, M., Fortes, S., & Dowrick, C. (2008). Capturing complexity: The case for a new classification system for mental disorders in primary care. European Psychiatry, 23(7), 469–476. doi:10.1016/j.eurpsy.2008.06.006

González, N. L., Sarriés, A. G., de Jalón Aramayo, E. G., & Urra, E. L. (2008). Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. Atención primaria, 40(6), 285-289.

Henry-Edwards S, Humeniuk R, Ali R, Monteiro M, Poznyak V. Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2003.

Herrera-Chávez, K., Linares-Rubio, M., y Díaz- Barajas, D. (2018). Ambiente familiar e influencia social asociados al consumo de drogas ilegales y alcohol en adolescentes. Revista de Educación y Desarrollo.46: 61-71. Disponible en http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo /anteriores/46/46_Herrera.pdf

Herrera-Vázquez, Magdalena, Wagner, Fernando A, Velasco-Mondragón, Eduardo, Borges, Guilherme, & Lazcano-Ponce, Eduardo. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. Salud Pública de México, 46(2), 132-140. Recuperado en 28 de mayo de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000200007&lng=es&tlng=es.

Hides, L., Cotton, S. M., Berger, G., Gleeson, J., O'Donnell, C., Proffitt, T., ... & Lubman, D. I. (2009). The reliability and validity of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in first-episode psychosis. Addictive Behaviors, 34(10), 821-825. https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=6409327&orden=0

Hides, L., Cotton, S. M., Berger, G., Gleeson, J., O'Donnell, C., Proffitt, T. & Lubman, D. I. (2009). The reliability and validity of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in first-episode psychosis. Addictive Behaviors, 34(10), 821-825. https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=6409327&orden=0

Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T. F., Farrell, M., Formigoni, M. L., Jittiwutikarn, J. & Simon, S. (2007). Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction*, 103(6), 1039-1047.

Humeniuk, R., Henry-Edwards S., Ali R., Poznyak V. & Monteiro M. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y

Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. México: INPRFM , 2017 [citado marzo 12, 2018]. Disponible en:

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumode Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas. Villatoro-Velázquez JA., Resendiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández,I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPREM; 2017.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública;Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Avila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx,

Jenkins, R., Goldberg, D., Kiima, D., Mayeya, J., Mayeya, P., Mbatia, J. & Paton, J. (2002). Classification in Primary Care: Experience with Current Diagnostic Systems. *Psychopathology*, 35(2-3), 127–131. doi:10.1159/000065132

Källmén, H., Berman, A. H., Jayaram-Lindström, N., Hammarberg, A., & Elgán, T. H. (2019). Psychometric properties of the AUDIT, AUDIT-C, CRAFFT and ASSIST-Y among Swedish adolescents. European addiction research, 25(2), 68-77.

Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales. México: Mc Graw Hill.

Khan, R., Chatton, A., Nallet, A., Broers, B., Thorens, G., Achab-Arigo, S.,& Zullino, D. (2011). Validation of the French version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). European addiction research, 17(4), 190-197.

Klimenko, O., Álvarez, N., Gutiérrez, Y., Velásquez, C. (2018). Factores de riesgo y protección frente al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de un colegio rural del departamento de Antioquia. Revista Katharsis, 26: 52-68, Disponible en DOI: https://doi.org/10.25057/25005731.1085

Kohn, R. (2017). La brecha de tratamiento en la región de las Américas. Documento técnico: “Un informe para la Organización Panamericana de la Salud “

Ledesma, R., Macbeth, G. & Kohan, N. (2008). Tamaño del efecto: revisión teórica y aplicaciones con el sistema estadístico. *Revista Latinoamericana de Psicología,* 40(3),425-439.[fecha de Consulta 28 de Mayo de 2022]. ISSN: 0120-0534. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511493002

Lee, J. D., Delbanco, B., Wu, E., & Gourevitch, M. N. (2011). Substance use prevalence and screening instrument comparisons in urban primary care. Substance Abuse, 32(3), 128-134.

Linage R., M., & Lucio Gómez-Maqueo, E. (2013). Propiedades psicométricas del ASSIST en un grupo de estudiantes mexicanos.

Llobera, J. La derivación de pacientes de la atención primaria a la especializada*,Gaceta Sanitaria*, Volume 2, Issue 9, 1988, Pages 271-275, ISSN 0213-9111, https://doi.org/10.1016/S0213-9111(88)70939-5

López-Lazcano, A. I., López-Pelayo, H., Balcells-Oliveró, M., Segura, L., & Solé, A. G. (2021). Validación de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en pacientes con trastorno psiquiátrico ingresados en una unidad de agudos. *Adicciones.*

López, A., Alina Rigabert, M. Nieves Gómez Llano, Gabriel Rubio. (2019). Cribado de riesgos derivados del consumo de drogas utilizando la herramienta ASSIST (Alcohol, smoking and substances involvement screening test) en pacientes de atención primaria: estudio transversal, *Atención Primaria*, Volume 51, Issue 4,Pages

200-207,ISSN 0212-6567,https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.021.(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716305406)

Irebolloca. (2021). Informe Mundial sobre las Drogas 2021 de UNODC: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras la juventud subestima los peligros del cannabis. Retrieved August 30, 2021, from Unodc.org website: https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/2021_06_24_informe-mundial-sobre-las-drogas-2021-de-unodc_-los-efectos-de-la-pandemia-aumentan-los-riesgos-de-las-drogas--mientras-la-juventud-subestima-los-peligros-del-cannabis.html

Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22 (1): 98-109. DOI: 10.1016/S0716- 8640(11)70397-2. Disponible en:https://www.sciencedirect.com/science/article /pii/S0716864011703972

McNeely J, Strauss SM, Rotrosen J, Ramautar A, Gourevitch MN. Validation of an audio computer-assisted self-interview (ACASI) version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) in primary care patients. (2016) Addiction. 111(2):233-44. doi: 10.1111/add.13165. Epub 2015 Oct 26. PMID: 26360315; PMCID: PMC4899945.

Medina-Mora, M. E., Peña-Corona, M. P., Cravioto, P., Villatoro, J., & Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas*?. Salud Pública de México*, 44(Supl. 1), s109-s115.

Medina-Mora, M. E., Villatoro, J. A., López, E. K., Berenzon, S., Carre o, S., & Juárez, F. (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica de México*, 131, 383-394.

Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Fleiz, C., Téllez, M. M., Mendoza, L.R., Romero, M.,... Guisa, V. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Ins- tituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www. inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud. gob.mx, www.insp.mx

Medrano, L ., & Pérez, E. (2018) .Manual de Psicometría y evaluación Psicológica. Córdoba/ Editorial Brujas.pdf

Méndez, F. X. y Espada, J. P. (1999). *Papel de la familia en el inicio del consumo de alcohol*. IV Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Granada.

Messick, S. (1980). Test validity and ethics of assessment. American Psy - chologist, 35, 1012-1027.

Millsap, R. E. (2011). Statistical Approaches to Measurement Invariance. New York: Routledge. doi.org/10.4324/9780203821961

Morales-Chainé, S., López, M. A., Martínez, R. M. J., & Martín del Campo, S. R. (2019). Profesionales para la promoción de la salud y prevención del comportamiento adictivo en México. *Inebria*, *5*(2).

Mota Ronzani, Telmo, & Fuentes, C., & Belchior D., & Pinto, H., & Leon, M., & Cruvinel, E. (2019). Intervenciones breves para el abuso de sustancias en América Latina: una revisión sistemática. *Psicologia em Estudo*, 24( ),e44393.[fecha de Consulta 17 de Septiembre de 2021]. ISSN: 1413-7372. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287162798037

Muñiz, J. (2010). Las teorías de los test: teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 57-66.

Navarro, A. S., Gorn, B. S., & Juárez, F. L. (2021). Evaluación del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos: un enfoque desde la economía conductual. *Revista*

Internacional De Investigación En Adicciones, *7*(1), 7–15. https://doi.org/10.28931/riiad.2021.1.02

Newcombe, D. A., Humeniuk, R. E., & Ali, R. (2005). Validation of the world health organization alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): report of results from the Australian site. Drug and alcohol review, 24(3), 217-226.

O'Grady, K. E., Gryczynski, J., Mitchell, S. G., Ondersma, S. J., & Schwartz, R. P. (2016). Confirmatory factor analysis of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in community health center patients. *The American journal on addictions*, *25*(4), 259-263.

O'Malley, P. y Johnston, L. (2002). Epidemiology of alco- hol and other drug use among American college stu- dents. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 23-39.

Olfson, M., Broadhead, W.E., Weissman, M.M., Leon, A.C., Farber, L., Hoven, C., Kathol R. Subthreshold psychiatric symptoms in a primary care group practice. Arch Gen Psychiatry. (1996) Oct;53(10):880-6. doi: 10.1001/archpsyc.1996.01830100026004. PMID: 8857864.

ONU El consumo global aumenta a pesar de que el COVID-19 tiene un impacto de gran alcance en los mercados mundiales de drogas. (2020). Retrieved August 30, 2021, from Onu.org.mx website: https://www.onu.org.mx/el-consumo-global-aumenta-a-pesar-de-que-el-covid-19-tiene-un-impacto-de-gran-alcance-en-los-mercados-mundiales-de-drogas/

Organización Mundial de la Salud (2017). Atención primaria de salud. Recuperado de hlp://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

Organización Mundial de la Salud. Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Ginebra: OMS; 2008.

Organización Panamericana de la Salud. El alcohol y la COVID-19: lo que se debe saber. Washington, DC: OPS; (2020a).

Organización Panamericana de la Salud. El consumo de alcohol durante la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; (2020b).

Otten, R., Engels, R., Van de Ven, M. & Bricker, J. B. (2007). Parental Smoking and Adolescent Smoking Stages: The Role of Parents' Current and Former Smoking, and Family Structure*. Journal of Behavioral Medicine, 30(2), 143 154.* doi:10.1007/s10865-006-9090-3

Pellon, G., Herrera-Estrella, M., Freyre, J., Martínez, X., & Cuellar-García, M. (2021). Validation of Internal Consistency of the Assist Scale in the Clinical Population of the Fray Bernardino Álvarez Psychiatric Hospital, Mexico.

Pérez, P, Calzada, N, Rovira, J, & Torrico, E. (2012). Estructura factorial del test ASSIST, aplicación del análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Trastornos Adictivos, 14(2), 44–49. https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-estructura-factorial-del-test-assist-X1575097312484107

Piedra, S., Narváez, A., Jácome, P., Terán, R., Barreto, D., Aguirre, R., & Noboa, H. (2019). Consumo de riesgo de drogas utilizando la herramienta ASSIST modifcado en estudiantes, docentes y personal administrativo de una universidad pública. VozAndes, 19-25.

Puig, A.; Cortaza, L. y Pillón, S. (2011). Consumo de alcohol entre estudiantes mexicanos de medicina. Revista Latino Americana de Enfermagem, 19, 714-721.

Quiroga, H., Mata, A., Zepeda, H., Cabrera, T., Herrera, G., Reidl, L., y Villatoro, J. (2003). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes universitarios. En: Consejo Nacional Contra las Adicciones (Ed.), Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, (pp. 85-89). México, Consejo Nacional Contra las Adicciones.

Rogers, R., Baird, J., He, J. K., Charles A., M. D. & Michael Mello, M. D. (2014). Using the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) to

determine substance abuse prevalence in the RI trauma population. Rhode Island Medical Journal, 97(2), 42.

Rubio, G., Martínez-Raga, J., Martínez-Gras, I., Ponce, G., De la Cruz, J., Jurado M., & Zarco, J. (2014). Validation of the Spanish version of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Psicothema*, 26(2), 180-185. doi: 10.7334/psicothema2013.172

Ruiz Juan, F., & Ruiz Risueño, J. (2011). Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, *27*(2), 350–359. Recuperado a partir de https://revistas.um.es/analesps/article/view/122971

Ruiz-Risueño, J., & Ruiz-Juan, F.(2011). Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles*. Anales de Psicología,* 27(2),350-359.[fecha de Consulta 25 de Mayo de 2022]. ISSN: 0212-9728. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16720051011

Ruiz, M. A., Pardo, A., & San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del psicólogo*, *31*(1), 34-45.

Sampieri Hernández, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2003). Metodología de la investigación. México: McGrawHill.

San Luis, A. H. G., Avendaño, A. M. A., Reyes, D. R., & Riestra, B. I. G. (2018) Atención primaria en adicciones: Necesidades percibidas por un grupo de terapeutas. ALTERNATIVAS PSICOLÓGICAS (39)

Sánchez-Zamorano, L. M., Hernández-Avila, M., & Lazcano-Ponce, E. (2006). El consumo inmoderado de alcohol como factor predictor de la persistencia del consumo de tabaco en jóvenes. *Salud pública de méxico*, *48*, s41-s47.

Secades, R., y Fernández-Hermida, J.R. (2002). Factores de riesgo familiares para el uso de drogas: un estudio empírico español. En J.R. Fernández- Hermida y R. Secades

(Coords.): Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias (pp. 61-112). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Sirera, J. P. (2008). El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. Papeles del psicólogo, 29(3), 281-290.

Soto, G., Portilla, R., Huepe, D., Rivera, A., Escobar, J., Salas, N., Castillo, Carniglia, A. (2014). Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Adicciones, 26(4), 291 302

Sullivan, H.S. (1953). The interpersonal theory of psychiatry. Nueva York: Norton.

Tausch, A., Oliveira, S., Martinez, C., Cayetano, C., Barbosa, J., Hennis, J. (2022). Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations, The Lancet Regional Health - Americas, Volume 5, 100118, ISSN 2667-193X, https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118.

Tiburcio, M., Rosete-Mohedano, G., Rey, N., Vélez, M., García, C., & Cisneros, P. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 28(1), 19-27.

Torregrosa, M. S., Inglés, C. J., Delgado, B., Martínez-Monteagudo, M. C., & García-Fernández, J. M. (2007). Frecuencia del consumo de drogas legales: diferencias de edad en la adolescencia.

United Nations Office on Drugs an Crime, World Drug Report 2017 (United Nations publication, Sales No. E.14.XI.7).

Van Der Westhuizen, C., Wyatt, G., Williams, J. K., Stein, D. J., & Sorsdahl, K. (2016). Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test in a low-and middle-income country cross-sectional emergency centre study. *Drug and alcohol review*, 35(6), 702-709.

Vázquez, F., & Becoña, E. (2000). Factores de riesgo y escalada cannabinoide. Adicciones, 12(5), 175-184. doi: http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.680tion. (Original work published 2014)

Villatoro, J., Moreno, M., Gutiérrez, M., Sánchez, V., Bre- tón, M., Gaytán, F., ... Amador, N. (2012). *Consumo de drogas, alcohol tabaco y sus factores asociados en estudiantes de bachillerato y universitarios*. En: L. Reidl, (coordinado- ra). Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas (pp. 12-139). Eds. UNAM y Porrúa.

Viñes, J.J.. (2007). La efectividad de la detección precoz de las enfermedades. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(1), 11-27. Recuperado en 15 de octubre de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000100002&lng=es&tlng=es

Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and Delay in Initial Treatment Contact After First Onset of Mental Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):603–613. doi:10.1001/archpsyc.62.6.603

West, S. G., Taylor, A. B., & Wu, W. (2012). Model fit and model selection in structural equation modeling. In R. H. Hoyle (Ed.), *Handbook of structural equation modeling* (pp. 380-392). New York, NY: Guilford Press.

WHO ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol, Smok- ing and Substance Involvement Screening Test (AS- SIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, *97*, 1183–1194. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00185

Wicki, M., Kuntsche, E. y Gmel, G. (2010). Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. *Addictive Behaviors*, 35, 913-924.

Wolff, N., Jing S. (2015). Screening for Substance Use Disorder Among Incarcerated Men with the Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test (ASSIST): A

Comparative Analysis of Computer-Administered and Interviewer-Administered Modalities. Journal of Substance Abuse Treatment, Volume 53, Pages 22-32, ISSN 0740-5472, https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.01.006.

Yeh, M.Y. (2006). Factors associated with al- cohol consumption, problem drinking, and related consequences among high school students in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 60,* 46–54, available via: http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1440- 1819.2006.01459

Yu, J., & Williford, W. R. (1992). The Age of Alcohol Onset and Alcohol, Cigarette, and Marijuana Use Patterns: An Analysis of Drug Use Progression of Young Adults in New York State*. International Journal of the Addictions*, 27(11), 1313–1323. doi:10.3109/10826089209047353

Apéndices

Apéndice A
Análisis factorial exploratorio y cargas factoriales

En la Tabla A1 se muestra el análisis factorial exploratorio de la escala de estimulantes, demostrando un modelo unifactorial con cargas factoriales mayores a 0.679.

Tabla A1

Análisis factorial exploratorio de la escala de estimulantes de tipo anfetamina con las cargas factoriales de cada reactivo

Reactivos	Cargas factoriales
Frecuencia de consumo de estimulantes de tipo anfetamina	0.679
Frecuencia de deseo o ansias por consumir estimulantes de tipo anfetamina	0.814
Frecuencia en que el consumo de estimulantes de tipo anfetamina ha causado problemas	0.849
Frecuencia con la que dejó de hacer lo que solía hacer por el consumo de estimulantes de tipo anfetamina	0.783
¿Alguna vez alguien ha mostrado preoucpación por sus hábitos de consumo de estimulantes de tipo anfetamina?	0.739

¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de estimulantes de tipo anfetamina sin lograrlo?	0.706

En la Tabla A2 se observan las cargas factoriales estandarizadas y no estandarizadas de los reactivos que componen a cada una de las diez escalas. Los modelos tuvieron ajustes adecuados con cargas factoriales mayores a 0.20. Las cargas factoriales de la escala de tabaco oscilaron entre 0.541 y 0.913, en la escala de alcohol entre 0.287 y 0.732, la escala de cannabis entre 0.497 y 0.758, cocaína 0.331 y 0.874, inhalantes 0.484 y 0.934, en la escala de sedantes entre 0.519 y 0.872, en alucinógenos 0.255 a 0.935, opiáceos 0.316 y 0.974 y en otras sustancias entre 0.316 y 1.015.

Tabla A2

Cargas factoriales estandarizadas y no estandarizadas de cada escala de la prueba ASSIST

Reactivos	Carga factorial estandarizada	Carga factorial no estandarizada
Tabaco		
Frecuencia de consumo de tabaco	0.913	1.000
Frecuencia de deseo o ansias por consumir tabaco	0.753	0.875
La frecuencia de consumo de tabaco ha causado problemas	0.627	0.441
Alguna vez alguien ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de tabaco	0.646	0.686
¿Ha intentado reducir el consumo de tabaco sin lograrlo?	0.541	0.816
Alcohol		
Frecuencia de consumo de alcohol	0.377	1.000
Frecuencia de deseo o ansias por consumir alcohol	0.655	2.664
La frecuencia de consumo de alcohol ha causado problemas	0.732	2.115
Frecuencia con la que dejó de hacer lo que solía hacer por el consumo de alcohol	0.681	2.300
Alguna vez alguien ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de alcohol	0.505	1.933
¿Ha intentado reducir el consumo de alcohol sin lograrlo?	0.287	1.273
Cannabis		
Frecuencia de consumo de cannabis	0.727	1.000
Frecuencia de deseo o ansias por consumir cannabis	0.774	1.015

La frecuencia de consumo de cannabis ha causado problemas	0.763	0.704
Frecuencia con la que dejó de hacer lo que solía hacer por el consumo de cannabis	0.758	0.926
¿Alguna vez alguien ha mostrado preocupación por su consumo de cannabis?	0.571	0.669
¿Ha intentado reducir el consumo de cannabis sin lograrlo?	0.497	0.745
Reactivos	Carga factorial estandarizada	Carga factorial no estandarizada
Cocaína		
Frecuencia de consumo de cocaína	0.662	1.000
Frecuencia de deseo o ansias por consumir cocaína	0.874	1.464
La frecuencia de consumo de cocaína ha causado problemas	0.835	1.278
Frecuencia con la que dejó de hacer lo que solía hacer por el consumo de cocaína	0.739	1.176
¿Alguna vez alguien ha mostrado preocupación por su consumo de cocaína?	0.623	1.001
¿Ha intentado reducir el consumo de cocaína sin lograrlo?	0.331	0.648
Inhalantes		
Frecuencia de consumo de inhalantes	0.670	1.000
Frecuencia de deseo o ansias por consumir inhalantes	0.934	1.319
La frecuencia de consumo de inhalantes ha causado problemas	0.790	1.117
Frecuencia con la que dejó de hacer lo que solía hacer por el consumo de inhalantes	0.751	1.307
¿Alguna vez alguien ha mostrado preocupación por su consumo de inhalantes?	0.602	1.051
¿Ha intentado reducir el consumo de inhalantes sin lograrlo?	0.484	1.229
Sedantes		
Frecuencia de consumo de sedantes	0.519	1.000
Frecuencia de deseo o ansias por consumir sedantes	0.872	1.656
La frecuencia de consumo de sedantes ha causado problemas	0.531	0.659
Frecuencia con la que dejó de hacer lo que solía hacer por el consumo de sedantes	0.544	0.907
¿Alguna vez alguien ha mostrado preocupación por su consumo de sedantes?	0.547	0.886
¿Ha intentado reducir el consumo de sedantes sin lograrlo?	0.735	1.607
Alucinógenos		
Frecuencia de consumo de alucinógenos	0.472	1.000
Frecuencia de deseo o ansias por consumir alucinógenos	0.936	2.169
La frecuencia de consumo de alucinógenos ha causado problemas	0.935	2.439
Frecuencia con la que dejó de hacer lo que solía hacer por el consumo de alucinógenos	0.640	1.400

¿Alguna vez alguien ha mostrado preocupación por su consumo de alucinógenos?	0.411	1.004
¿Ha intentado reducir el consumo de alucinógenos sin lograrlo?	0.255	0.658
Opiáceos		
Frecuencia de consumo de opiáceos	0.577	1.000
Frecuencia de deseo o ansias por consumir opiáceos	0.890	1.068

Reactivos	Carga factorial estandarizada	Carga factorial no estandarizada
La frecuencia de consumo de opiáceos ha causado problemas	0.974	1.562
Frecuencia con la que dejó de hacer lo que solía hacer por el consumo de opiáceos	0.683	0.950
¿Alguna vez alguien ha mostrado preocupación por su consumo de opiáceos?	0.377	0.515
¿Ha intentado reducir el consumo de opiáceos sin lograrlo?	0.316	0.056
Otras sustancias		
Frecuencia de consumo de otras sustancias	0.523	1.000
Frecuencia de deseo o ansias por consumir otras sustancias	0.858	1.804
La frecuencia de consumo de otras sustancias ha causado problemas	0.902	2.447
Frecuencia con la que dejó de hacer lo que solía hacer por el consumo de otras sustancias	0.807	1.936
¿Alguna vez alguien ha mostrado preocupación por su consumo de otras sustancias?	0.496	1.332
¿Ha intentado reducir el consumo de otras sustancias sin lograrlo?	0.316	0.823

Apéndice B

Cuestionario y Prueba ASSIST

1. Sexo:

( ) Femenino ( ) Masculino

2. Edad: ____ años

3. Perfil como comunidad UNAM:

( ) Estudiante ( ) Egresado/a ( ) Académico/a ( ) Trabajador/a

4. ¿Tienes algún familiar directo que presente (o haya presentado) consumo de sustancias (tabaco, alcohol y/u otras drogas)?

( ) Sí ( ) No

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST V3.1)

Introducción

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas). Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas que han sido recetadas por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por otros motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PREGUNTA 6 I ¿Un amigo, un familiar o alguien más *alguna vez* ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

PREGUNTA 7 I ¿Ha intentado *alguna vez* reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			