



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES**

Gravedad de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas: Una propuesta de evaluación

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
NAYBI CRISTINA LORÍA ALFARO

TUTORA:
DRA. MARCELA ALEJANDRA TIBURCIO SAINZ
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑÍZ

JURADO:
DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES (REVISORA)
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DRA. MAURA JAZMÍN RAMÍREZ FLORES (EXTERNO)
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DRA. SHOSHANA BERENZON GORN (SUPLENTE)
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑÍZ
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA (SUPLENTE)
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Contenido

Resumen	4
INTRODUCCIÓN: El Creciente Problema de las Adicciones, Prevalencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas	5
Consumo de Sustancias en América	11
Consumo de Sustancias en México	13
Modelo Biopsicosocial como Marco Conceptual del Problema de las Adicciones	19
Las Consecuencias del Consumo de Sustancias en Distintas Áreas de la Vida	21
Consumo de Sustancias Psicoactivas y Salud Mental	23
<i>Comorbilidad Psiquiátrica</i>	24
<i>Consecuencias Psicológicas y Emocionales del Consumo de Sustancias</i>	29
Consumo de Sustancias Psicoactivas y Salud Física	31
<i>Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias</i>	32
<i>Dependencia a las Sustancias Psicoactivas</i>	33
Repercusiones Sociales del Consumo de Sustancias	35
<i>Consecuencias a Nivel Familiar</i>	36
<i>Consecuencias en la vida de pareja</i>	37
<i>Consecuencias Legales</i>	38
<i>Consecuencias a Nivel Escolar</i>	39
<i>Consecuencias Laborales</i>	41
Aciertos y Desaciertos en la Evaluación de los Problemas Asociados al Consumo de Sustancias	42
Estado Actual de la Investigación Internacional	43
Medición de los Problemas Asociados al Consumo de Drogas en México	51
Justificación	53
Objetivos	60
Definición de Variables	60
Método	61
Fase I: Identificación de problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas	62
<i>Participantes.</i>	63
<i>Instrumento.</i>	63
<i>Procedimiento.</i>	64
<i>Resultados.</i>	66
Fase II: Construcción del Instrumento	71
A) Jueceo	71
Participantes	71

Instrumento	71
Procedimiento	72
<i>B) Piloteo</i>	74
Participantes	74
Instrumento	74
Procedimiento	74
Resultados	74
Fase III: Validación de la Escala de Medición	76
<i>Participantes</i>	76
<i>Instrumento</i>	77
<i>Procedimiento</i>	77
Consideraciones Éticas	78
Plan de Análisis.	78
<i>Resultados.</i>	78
Características de los Participantes	78
Análisis Discriminante.	81
Análisis Factorial	84
Discusión	89
Conclusiones	98
Limitaciones	99
Anexos	112

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo explorar la percepción que tienen las personas que consumen sustancias psicoactivas acerca de la gravedad de los problemas asociados a este consumo. Para ello se realizó un estudio en tres fases; en la primera se identificaron las áreas que implican mayor problema mediante grupos focales, en la segunda se llevó a cabo un jueceo para construir una escala tipo Likert que se validó en la tercera y última fase. La escala evalúa el nivel de afectación de distintas áreas de la vida de una persona (física, psicológica, social, laboral, escolar y familiar) como consecuencia del consumo de sustancias. La muestra incluyó 264 participantes de la Ciudad de México, San Luis Potosí y Mérida. Los criterios de inclusión consistieron en acudir a tratamiento por consumo de alguna sustancia psicoactiva y ser capaz de leer y firmar el consentimiento informado. Se obtuvo una escala de 33 reactivos, con propiedades psicométricas adecuadas y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Los hombres perciben mayor gravedad de sus problemas en casi todas las áreas, excepto en el aspecto psicológico. Es importante continuar explorando esta línea de investigación para evaluar con mayor precisión el impacto del consumo de sustancias en la vida de las personas que las consumen.

Palabras clave: escala, problemas asociados, sustancias psicoactivas, gravedad, tratamiento.

INTRODUCCIÓN: El Creciente Problema de las Adicciones, Prevalencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas

El más reciente Informe Mundial sobre Drogas (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2023) señala que el número de personas que consumió drogas al menos una vez en el año 2021 fue de 296 millones, aproximadamente el 5.8 % de la población mundial entre los 15 y 64 años. Esto representa un 23% más que en el año 2011, sin embargo, estos datos en parte se deben al crecimiento demográfico. Se estima que 39.5 millones de personas en todo el mundo padecían trastornos por consumo de drogas en 2021, pero solo 1 de cada 5 personas con trastornos por consumo de drogas recibió tratamiento farmacológico.

Otro dato que se ha mantenido constante en los últimos años, como se señala en el informe más reciente, es que la marihuana es la sustancia ilegal más consumida a nivel mundial. Se calcula que 219 millones de personas la usaron al menos una vez en el año 2021 (4.3% de la población adulta mundial), y, aunque a nivel mundial los consumidores de cannabis son en su mayoría hombres (alrededor del 70 por ciento), la brecha de género se está reduciendo en algunas subregiones.

En comparación, los opioides siguen siendo el grupo de sustancias que más contribuye a los daños graves relacionados con las drogas, incluidas las sobredosis mortales. Se estima que, en 2021, 60 millones de personas consumieron opioides con fines no médicos, 31.5 millones de las cuales consumieron opiáceos (principalmente heroína). La mayoría de los trastornos por consumo de drogas están relacionados con el cannabis y los opioides, que también son las drogas que llevan a la mayoría de las personas a buscar tratamiento por drogas, pero los opioides siguen siendo las drogas más letales (UNODC, 2023).

Los investigadores han observado aumentos en el uso de sustancias y las sobredosis de drogas en los Estados Unidos desde que la pandemia COVID-19 fue declarada emergencia nacional en marzo de 2020. La pandemia COVID-19 también presenta desafíos únicos para las personas con trastornos por uso de sustancias y aquellos en recuperación, por ejemplo, las personas con trastornos por uso de sustancias corren un mayor riesgo de tener complicaciones por COVID-19 (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2021).

Con respecto a las diferencias por sexo, la mayoría de las personas que consumen drogas son hombres, sin embargo, las mujeres presentan patrones específicos en el abuso de sustancias. La prevalencia del uso no médico de opioides y tranquilizantes en mujeres se mantiene a un nivel comparable con el de los hombres, y en algunos casos es mayor. Si bien las mujeres pueden comenzar a consumir sustancias más tarde en la vida que los hombres, una vez que han iniciado, tienden a aumentar el consumo de alcohol, marihuana, cocaína y opioides más rápidamente que los hombres, generando mayor número de trastornos y problemas asociados al consumo (UNODC, 2023).

En cuanto a las vulnerabilidades en diversos grupos de edad, los daños asociados al consumo de drogas son mayores en los jóvenes, en comparación con las personas adultas. El Informe Mundial Sobre Drogas (2023) sugiere que el periodo de la adolescencia temprana (12-14 años) a la tardía (15-17 años) es de alto riesgo para el inicio del consumo de sustancias psicoactivas. En 2021, el 5.3% de los adolescentes de 15 a 16 años en todo el mundo (13.5 millones de personas) habían consumido cannabis en el último año. El cerebro adolescente aún se está desarrollando y el consumo de drogas puede tener efectos negativos a largo plazo. El inicio temprano del consumo de drogas puede conducir a un desarrollo más rápido de la dependencia que en los adultos y a otros problemas en la edad

adulta. A pesar de que la marihuana es una droga comúnmente elegida por los jóvenes, el consumo de sustancias en esta población difiere de un país a otro y depende de las circunstancias sociales y económicas. En adolescentes, la probabilidad de desempleo, los problemas de salud física, las relaciones sociales disfuncionales, las tendencias suicidas, la enfermedad mental e incluso una menor esperanza de vida, son consecuencias importantes del consumo de sustancias.

En 2018, 35.6 millones de personas padecían trastornos por consumo de drogas. La pobreza, la educación limitada y la marginación social pueden aumentar el riesgo de trastornos por consumo de drogas y agravar sus consecuencias. Estos trastornos, a su vez, alimentan el círculo de la desventaja, ya que agudizan aún más los riesgos de desempleo, pobreza y falta de vivienda. De manera similar, las mujeres, las minorías étnicas y los inmigrantes, los grupos sexualmente diversos, las personas desplazadas por los conflictos armados o los desastres y las personas que viven en entornos rurales también pueden verse afectadas de manera desproporcionada por los trastornos por consumo de drogas y/o tener problemas para obtener servicios de tratamiento (OEA, 2019).

Según las estimaciones del Informe Mundial sobre Drogas (UNODC, 2023) el impacto del consumo nocivo de drogas en la sociedad en general ha aumentado en los últimos años, según el parámetro de los AVAD (Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad), que permite calcular el número de años de vida sana perdidos. En 2021, se calcularon 230 millones de muertes relacionadas con el consumo de tabaco, 93 millones asociadas al consumo de alcohol y 31 millones relacionadas con el consumo de drogas.

Se estima que las muertes relacionadas con el consumo de drogas ascendieron a unas 500,000 en 2019, un 17.5 % más que en 2009. Las enfermedades hepáticas atribuidas a

la hepatitis C son una de las principales causas de muertes relacionadas con las drogas y representan más de la mitad del número total de muertes atribuidas al uso de drogas (UNODC, 2023).

Las sobredosis de drogas representan una cuarta parte de las muertes relacionadas con las drogas. Los opioides siguen representando los daños más graves relacionados con las drogas, incluidas las sobredosis mortales, cuando se utilizan con fines no médicos. A nivel mundial, dos tercios de las muertes relacionadas directamente con las drogas se deben a los opioides. Más hombres que mujeres mueren por sobredosis de drogas, pero el riesgo excesivo de mortalidad en las mujeres que consumen drogas suele ser mayor que en los hombres (debido principalmente a tasas de mortalidad más bajas entre las mujeres de la misma edad en la población general). Afortunadamente, en la última década se ha observado una disminución de las muertes atribuidas al VIH/SIDA entre las personas que consumen drogas (UNODC, 2023).

Aunque es bien sabido que el consumo de drogas comúnmente lleva a una persona a necesitar tratamiento y se ha demostrado que los servicios especializados son efectivos; la oferta y el acceso a estos (tratamiento del trastorno y de las dolencias conexas) es limitado. Menos de una de cada siete de las personas afectadas reciben tratamiento cada año (UNODC, 2020). Esto es más preocupante debido a que, según las estadísticas, existe mayor subutilización del tratamiento especializado entre la población latinoamericana (Pinedo, Zemore y Rogers, 2018).

Los cambios en la vida cotidiana que se vivieron en los momentos más críticos de la pandemia de COVID-19 (recesión económica y confinamiento), probablemente provocaron un aumento en los hábitos nocivos de consumo de drogas. Un ejemplo es que, en 2020, los

períodos de confinamiento impulsaron el incremento del consumo de cannabis desde el punto de vista tanto de las cantidades consumidas como de la frecuencia de consumo. Con el aumento del desempleo y la falta de oportunidades las personas desfavorecidas consumieron más drogas, sufrieron trastornos por este consumo y recurrieron a actividades ilegales vinculadas a las drogas (producción, venta, transporte) En América del Norte, las muertes por sobredosis impulsadas por el consumo de fentanilos alcanzaron niveles sin precedentes durante la pandemia (UNODC, 2022).

De hecho, a pesar de que el consumo de drogas está más extendido en los países desarrollados que en los países en desarrollo y de que la prevalencia del consumo de drogas es mayor en los sectores de nivel socioeconómico alto, los trastornos por consumo de drogas tienen mayor prevalencia en las personas de menor nivel socioeconómico. Los datos de varios países apuntan a la existencia de un vínculo entre los hábitos nocivos de consumo de drogas, los trastornos y los bajos ingresos. Es probable que las restricciones económicas acentúen los riesgos para los grupos de población más vulnerables, incluidas las personas que consumen drogas (UNODC, 2020).

La disponibilidad de intervenciones de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas varía enormemente, según los datos preliminares sobre 30 países de todas las regiones del mundo. La cobertura de estos servicios varía también en función del tipo de droga y del país. En el período 2015-2018, el porcentaje de personas con trastornos por consumo de drogas que recibieron tratamiento osciló entre menos del 1 % y el 86 %. Si bien sigue siendo difícil determinar si se han hecho progresos generales en el logro de esa meta, la cobertura del tratamiento de los trastornos por consumo de drogas sigue siendo muy baja en muchos países. Además, las medidas de confinamiento impuestas durante la pandemia

de COVID-19 podrían haber reducido aún más el acceso al tratamiento para muchas personas.

Hay pruebas abrumadoras de que el costo del tratamiento de los trastornos por consumo de drogas con base empírica es mucho menor que el de no tratar la drogodependencia. El tratamiento de los trastornos por consumo de drogas basado en datos científicos no solo ayuda a reducir los daños relacionados con las drogas, sino que también mejora la salud, el bienestar y la recuperación de las personas que padecen trastornos por consumo de drogas y, al mismo tiempo, reduce la delincuencia relacionada con las drogas y refuerza la seguridad pública y la obtención de resultados positivos en la comunidad, por ejemplo, mediante la reducción de la población sin hogar y el desempleo (UNODC, 2020).

Para colmar la enorme brecha en la prestación de servicios de tratamiento con base empírica es preciso que estos se enmarquen en el sistema público de salud y que se tengan especialmente en cuenta las necesidades específicas de determinados grupos de población, como las personas con enfermedades concomitantes, los niños y adolescentes, las mujeres (incluidas las embarazadas) y las personas de diferente orientación sexual e identidad de género. Las personas sin hogar, socialmente marginadas, que viven en la pobreza y que tienen escasa formación, las personas que viven en zonas remotas y rurales, las minorías étnicas, los refugiados y emigrantes, los trabajadores sexuales y las personas en contacto con el sistema de justicia penal también han de recibir una consideración especial en la prestación de servicios de tratamiento y atención de la drogodependencia (UNODC, 2020).

Consumo de Sustancias en América

Según el Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019 (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2019), el consumo de alcohol total per cápita en esta región fue superior al promedio mundial. Por otra parte, la información internacional, muestra que en los últimos cinco años se incrementó la tasa de episodios de consumo excesivo, tanto en hombres como en mujeres de las Américas. También indicó que el consumo de alcohol estuvo relacionado con más de 300,000 muertes en la región.

En general, el nivel de consumo de alcohol en la región de las Américas se mantuvo estable durante los últimos estudios. Los países con mayor consumo actualmente son Argentina (incrementó de 46.8% en 2008 al 52.9% en 2017) y Uruguay (se ha mantenido con 52% desde el 2001), seguidos por Estados Unidos (se mantuvo en 51% entre 2002 y 2016). Otros países que han incrementado su consumo de alcohol en los últimos años son: Chile (de 40.4% en 1994 a 46% en 2016) y México, que incrementa de 19.1% al 35.9% (2002-2016) (OEA, 2019).

En cuanto al consumo de tabaco, en América del Norte, Estados Unidos muestra el registro más alto con el 19.1%, seguido de México con el 17.6%. En América Central, Belice presenta un registro del 12.7%, seguido de Costa Rica con el 10.5%. América del Sur presenta los registros más altos de América, destacándose Chile (33.4%), Uruguay (29.5%) y Argentina (28.7%) como los países con más personas que fuman. A diferencia de otras drogas, donde el consumo tiende a concentrarse en la población más joven, en el caso del tabaco se observa que los adultos jóvenes (18-34 años) presentan la prevalencia más alta de consumo del último mes, seguidos por la población adulta de 35-64 años. En todos los países el menor consumo se observa en los adolescentes de 12-17 años (OEA, 2019).

Por otro lado, el consumo de marihuana es más frecuente entre la población adolescente y adulta joven. En la mayoría de los países (excepto Paraguay y Perú), la mayor prevalencia del último año de consumo de marihuana se encuentra en el segmento de 18 a 34 años. En este grupo, Chile y Estados Unidos presentan mayor consumo (más de 25%), seguidos de Canadá (25%) y Jamaica (20%). El grupo etario de 12 a 17 años es el segundo con mayor consumo. En América del Norte, la prevalencia del consumo en el último año en la población general es mayor en Estados Unidos y Canadá (14%), mientras que en México es de 2.1% (incrementando de 0.6% a 2.1% entre 2002 y 2016). En América del Sur, Chile presenta un consumo de marihuana del 14.5%, mientras que en Argentina y Uruguay es menor al 10%. Entre los países del Caribe, Jamaica destaca con un registro del 15.5% (OEA, 2019).

La prevalencia del último año de consumo de inhalables en la población general se encuentra debajo de 0.1%. Casi la mitad de los países de los cuales se tiene información, presentan una prevalencia del último año por debajo o igual al 0.1%. Sin embargo, en cada subregión hay un país que sobresale significativamente por su consumo con relación al resto: Estados Unidos (0.6%), Belice (1%), Bolivia (0.3%) y Barbados (0.8%). Similar a otras sustancias, se identifica el consumo de inhalables más alto en poblaciones jóvenes, de entre 12 y 17 años en la mayoría de los países (Chile, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, México, Panamá y Uruguay).

En las Américas se encuentran 8.5 millones de personas (1.3% de la población) que consumieron cocaína en el último año, representando la mitad de los consumidores a nivel global. Por otra parte, en América del Sur (Bolivia, Colombia y Perú) se encuentra la totalidad de la producción de cocaína de origen vegetal. En América del Norte la cocaína ocupa el tercer lugar en la demanda de tratamiento. Por su parte, en gran parte de América

Latina y el Caribe la demanda de tratamiento por problemas debidos al consumo de cocaína se ubica en segundo lugar. Estados Unidos tiene el nivel más alto de consumo de cocaína, con una prevalencia del 1.9%, seguido por Argentina y Uruguay (1.6%) y Canadá (1.5%). México, Costa Rica, Belice, Chile, Brasil, Colombia y Venezuela están en un rango intermedio de consumo de cocaína (de 0.5% a 1.1%).

Existe una creciente preocupación por el consumo de metanfetaminas en los Estados Unidos y Canadá, junto con las indicaciones de la expansión de la fabricación de anfetamina y el aumento de las incautaciones en partes de América Central. El aumento de los datos sobre incautaciones muestra que los mercados para los Estimulantes de Tipo Anfetamínico (ETA) han aumentado un 22% en los últimos tres años, y la metanfetamina representa al menos las tres cuartas partes del total (OEA, 2019).

Por último, muy pocos países de la región proporcionaron información sobre el consumo de medicamentos estimulantes usados sin prescripción médica, según las encuestas realizadas en la población general. En Estados Unidos la prevalencia del último año del consumo de este tipo de fármacos registró un 2.1% y en Canadá un 0.3%, dando cuenta que el consumo de este tipo de medicamentos está mucho más generalizado en los Estados Unidos que en Canadá. Conocer esta información (por región y por sustancia) es indispensable para comenzar a entender los problemas relacionados con el consumo de sustancias y la gravedad con la que estos se presentan en la vida de personas que consumen.

Consumo de Sustancias en México

Según los últimos datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT] (Villatoro et al., 2017) en México el consumo de cualquier droga incrementó de 1.8% a 2.9% entre el 2011 y 2016; mientras que el de drogas ilegales pasó de

1.5% a 2.7% y el de marihuana incrementó de 1.2% a 2.1% en la población total. Por otro lado, se reportó que el 0.6% de la población mexicana tuvo dependencia a las drogas en el último año. Esta información coincide con el aumento que se ha observado en general en el continente americano.

Como parte del estudio acerca del consumo de sustancias psicoactivas en la actualidad, el Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas realizó una encuesta en la que participaron 17,267 personas (62% mujeres y 37% hombres), mayores de 18 años. De estos participantes, el 35.8% había consumido en los últimos 12 meses sustancias como alcohol, tabaco, drogas ilegales o medicamentos sin prescripción (43.2% hombres y 31.3% mujeres). Destaca que 60.5% de los participantes en la encuesta indicaron no haber consumido ninguna sustancia y 3.7% decidió no contestar (Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], 2021).

Las sustancias con mayor prevalencia de consumo entre la población mexicana fueron alcohol (32.5%), tabaco (24.6%) y marihuana (14.6%). En el caso de las mujeres, se identificó que 28.1% consumieron alcohol, 20.6% tabaco y 11.2% marihuana. Mientras que el 39.7% de los hombres consumió alcohol, 31.2% tabaco y 20.2% marihuana, lo que indica que los hombres presentaron mayores prevalencias de consumo en comparación con las mujeres. Cabe mencionar que, aunque el consumo de tranquilizantes y opioides regularmente no presentan prevalencias significativas en estudios como encuestas nacionales o reportes de demanda de tratamiento, en esta ocasión ocuparon el 4° (12.6%) y 5° (12%) lugar, respectivamente (CONADIC, 2021).

Otro aspecto relevante del estudio fue conocer cómo cambió el consumo de sustancias en el contexto del confinamiento. En este sentido, se encontró que el consumo

de tabaco y alcohol se mantuvo igual, 33.2% y 41.5% respectivamente, mientras que el 59.9% de los consumidores de drogas ilegales manifestaron haber dejado el consumo durante el confinamiento por COVID-19, probablemente debido a la dificultad de conseguir las sustancias (CONADIC, 2021).

En cuanto a las dificultades relacionadas al consumo de drogas, la ENCODAT (Villatoro et al., 2017) reporta que, para la población con dependencia, los hombres de 12 a 17 años mencionan como principal dificultad “realizar tareas domésticas”, mientras que las mujeres de la misma edad refieren dificultades en su “capacidad de trabajar o estudiar”. Esto tomando en cuenta que la población ya es dependiente y disfuncional¹ en algún área de su vida.

Por otra parte, en la población de 18 a 34 años incrementaron las prevalencias alguna vez con respecto a 2011 en consumo de cualquier droga (11.3% a 15%), drogas ilegales (10.6% a 14.5%) y marihuana (8.7% a 12.8%). En este grupo de edad también hay diferencias por sexo en cuanto a las dificultades relacionadas con el consumo. Los hombres reportan mayores dificultades en la vida social, mientras que las mujeres reportan dificultades al realizar tareas domésticas. Con respecto al número de días perdidos por su consumo, tanto hombres como mujeres de este mismo rango de edad, fueron quienes reportaron mayor cantidad (38.5 y 23, respectivamente).

La marihuana es la droga que más se consume actualmente en México y la que mayor crecimiento ha tenido, tanto en hombres como en mujeres. La percepción de riesgo

¹ La Organización Panamericana de la Salud (2023) define que el uso repetido y prolongado favorece el desarrollo de trastornos por dependencia, crónicos y recurrentes, caracterizados por necesidad intensa de la sustancia y pérdida de la capacidad de controlar su consumo, a pesar de consecuencias adversas en el estado de salud o en el funcionamiento interpersonal, familiar, académico, laboral o legal.

del consumo de marihuana ha disminuido por debajo del 40%, mientras que otras sustancias como la cocaína o los inhalables alcanza valores mayores al 62%. En la Ciudad de México, particularmente, la percepción de riesgo de la marihuana es solamente en el 26% de la población, esto quiere decir que, la mayoría de la gente no percibe el consumo de marihuana como un riesgo ni percibe los daños que provoca el mismo. Esta puede ser la principal causa de que se normalice y aumente el consumo desde temprana edad (Villatoro et al., 2017).

Durante el 2016, se registró que 60,582 personas acudieron a 1,125 centros de tratamiento en todo el país. De estas personas, el 47.3% acudió a tratamiento voluntariamente, mientras que el 44.1% fue llevado por amigos o familiares. Respecto a las drogas de inicio, los usuarios de centros de tratamiento suelen iniciar con el consumo de alcohol (45.8%), tabaco (28.7%), marihuana (14.8%), inhalables (4.6%) y cocaína (2.6%). De los consumidores de drogas en el último año, el 8% reporta haber acudido a tratamiento; mientras que, de los dependientes a alguna sustancia, 20.4% ha asistido a tratamiento alguna vez en su vida. Por otro lado, aun cuando se mantuvo el consumo de sustancias psicoactivas, 62.7% de los participantes no buscaron o no creyeron necesitar algún tipo de ayuda relacionado con su consumo; 17.5% aunque no buscó la ayuda si consideró necesitarla y solo 7.7% buscó ayuda con profesionales de la salud (CONADIC, 2021).

La demanda de tratamiento por consumo de sustancias es un indicador que, en ausencia de estudios periódicos como las encuestas nacionales, puede usarse como referencia del uso de los servicios, de las tendencias en la prevalencia y del consumo problemático de sustancias. Durante el año 2020, 101142 personas demandaron tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en los Centros de Atención Primaria en

Adicciones (CAPA), Centros de Integración Juvenil (CIJ) y Centros No Gubernamentales, de los cuales, el 84.6% fueron hombres y 15.4% mujeres (CONADIC, 2021).

Los usuarios de sustancias psicoactivas que demandaron tratamiento presentaron una edad promedio de 25.4 años, 8.26% de los usuarios fueron menores de edad (11 a 17 años), en tanto que 91.74% fueron mayores de edad (18 a 72 años); 71% fueron personas solteras y 29% casadas o viviendo en unión libre; 43% de las personas contaban con estudios de secundaria, 28.2% de bachillerato, 16.9% primaria, 8.6% profesional y 1.8% no contaba con ningún tipo de estudio; 40.6% de las personas contaban con empleo, el 37.1% dijo estar desempleados y 15.8% eran estudiantes (CONADIC, 2021).

Las sustancias cuyo consumo causó mayor demanda de tratamiento fueron los Estimulantes de Tipo Anfetamínico (ETA), que incluyen a las anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis o estimulantes de uso médico con el 30.2% de los casos, seguidos del alcohol con el 24.5% y la marihuana con el 15.1%. Respecto a las diferencias de género, las principales sustancias por las que las mujeres solicitaron ayuda fueron el alcohol con el 30% de los casos, seguido de los ETA con el 26.6% y la marihuana con el 14.3% de los casos; mientras que entre los hombres las principales sustancias fueron los ETA con el 30.9%, seguidos del alcohol con 23.5% y la marihuana con el 16.4% de los casos.

En 2020, más de 33,200 personas acudieron a algún servicio de urgencias por trastornos mentales del comportamiento debido al uso de sustancias. El consumo de alcohol registró el mayor número de urgencias médicas con 18,325 casos, seguido por el uso de múltiples drogas con 8,428 casos y en el tercer lugar el uso de cocaína con 1,486 casos. De acuerdo con datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de 2010 a 2019 se han registrado 28,122 fallecimientos por trastornos mentales y del comportamiento

debido al uso de sustancias, 26,705 fueron por consumo de alcohol, 225 por consumo de tabaco y 1,192 por consumo de drogas ilícitas. De estas, el uso de inhalables fue la sustancia relacionada con un mayor número de muertes (159), seguido por los opiáceos (82), la cocaína (54) y por otro tipo de estimulantes (47) (CONADIC, 2021).

Otra fuente de información sobre fallecimientos y consumo de sustancias la proporciona el Servicio Médico Forense (SEMEFO), a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones (SISVEA). Esta información es obtenida mediante un cuestionario que recaba datos sobre toda persona fallecida mayor de cinco años que es transferida al SEMEFO. En 2020, 1,735 personas fallecieron teniendo como causa asociada el consumo de sustancias psicoactivas, siendo 1,565 hombres y 170 mujeres y acumulando el mayor número de casos entre las personas de 20 a 34 años. El alcohol fue la sustancia con mayor número de muertes asociadas, tanto en hombres (939) como en mujeres (113), seguido por los ETA, que tiene mayor presencia entre hombres (263) que mujeres (22) (CONADIC, 2021).

Las encuestas nacionales muestran que las prevalencias de consumo en el último año presentaron un importante aumento de 2011 a 2016, especialmente el uso de marihuana entre adolescentes, no obstante, al ser el consumo en el último año un indicador de uso, la demanda de tratamiento proporciona más información sobre el consumo problemático. En este sentido, vemos que en los últimos años se ha acentuado la demanda de atención por consumo de ETA y ha disminuido la demanda por consumo de alcohol y de marihuana. En el periodo de estudio hubo un incremento importante en la detección de casos de consumo de Fentanilo y se comienza a ver un alza en la demanda de atención por uso de alucinógenos (CONADIC, 2021).

Modelo Biopsicosocial como Marco Conceptual del Problema de las Adicciones

Una vez revisada la prevalencia en cuanto al consumo de sustancias tanto a nivel internacional como nacional, es necesario profundizar en los modelos utilizados en el campo de la adicción, que han intentado explicarla a lo largo de los años. Según evoluciona el fenómeno, varios paradigmas y teorías ofrecen explicaciones válidas, por lo que se van generando distintas perspectivas del concepto de adicción y los fenómenos asociados al mismo. Básicamente existen tres perspectivas: el modelo biomédico, el psicosocial y el sociocultural. En el modelo biopsicosocial (Engel, 1987) se enfatiza tanto la mejoría del estado de salud general como la prevención de enfermedades. También se asume que la autoeficacia ayuda al control en un proceso de adicción.

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA, 2021) define la adicción como “una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Las drogas modifican el cerebro, su estructura y funcionamiento se ven afectados; estos cambios pueden ser de larga duración y conducir a comportamientos peligrosos” (párr. 2).

Volkow et al. (2016) mencionan que el modelo cerebral o biomédico de las adicciones no es asumible desde la perspectiva psicológica ni social, por lo que se considera que este modelo se olvida de la relevancia del ambiente y la capacidad que tienen los humanos de responder a los incentivos. También señalan que sería más probable que las personas que necesitan tratamiento por problemas relacionados a la salud mental o al consumo de alcohol y otras sustancias se reintegren a la sociedad si recibiesen cuidados integrales y consistentes.

De manera similar, Satel y Lilienfeld (2014) mencionan que, en la adicción, la activación intensa de ciertos sistemas cerebrales dificulta que los consumidores puedan detenerse, y los factores genéticos influyen en la intensidad y calidad del efecto subjetivo de la droga, así como en la potencia del deseo de consumo y la severidad del síndrome de abstinencia. La investigación del cerebro está produciendo información valiosa sobre los mecanismos neuronales asociados con el deseo, la compulsión y el autocontrol, descubrimientos que algún día podrían aprovecharse mejor para uso clínico.

Como se puede observar en la definición anterior, se dejan de lado factores sociales y culturales. Esta visión un tanto reduccionista, puede verse influida por factores como el financiamiento de la investigación, los intereses de industrias médicas o farmacéuticas o intereses personales de profesionales de la medicina (Sixto y Olivar, 2018).

En contraparte, el modelo biopsicosocial es una propuesta integradora, comprehensiva y sistémica que entiende que una adicción es causada por varios factores de distinta naturaleza. Como su nombre lo indica, este modelo incluye factores biológicos, psicológicos y sociales. Los factores biológicos incluyen la química del cuerpo y del cerebro (órganos, genética, hormonas, etc.) Las creencias, emociones y actitudes forman parte de los factores psicológicos. Los factores sociales involucran al ambiente y la familia. Todos estos factores pueden influir en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas, pero también pueden promover buenos hábitos y mejorar estados emocionales de las personas (Sperry, 2008). El modelo biopsicosocial de la adicción afirma que todos estos factores deben ser tomados en cuenta para la prevención y el tratamiento, ya que influyen en la adquisición, mantenimiento y abandono del consumo de drogas (Becoña, 2018).

Hall et al. (2015) señalan que la adicción es un trastorno biológico, psicológico y social; reivindicando la necesidad de situar a los aspectos psicosociales en el mismo nivel de consideración que las explicaciones biológicas, incorporando todos los datos posibles al diagnóstico del problema. Su crítica al modelo biomédico se centra en que la adicción no necesariamente es una enfermedad crónica, ya que hay personas que dejan el consumo sin tratamiento. También critican las limitaciones que tienen los modelos animales para explicar ciertos hechos, como los ratones que prefieren refuerzos naturales a pesar de que han sido entrenados para la autoadministración de sustancias.

Como lo refiere el modelo, el consumo de sustancias es un fenómeno complejo y multifactorial, es por eso por lo que las personas que experimentan los problemas asociados a este requieren de una atención adecuada a las características de su condición. La atención puede variar según el tipo de sustancia, el patrón de consumo, las condiciones físicas, psicológicas y sociales, previas y asociadas con el consumo, la existencia de comorbilidad con otros trastornos mentales u otras condiciones crónicas, entre otras variables (OEA, 2013).

Se considera al modelo biopsicosocial el más adecuado según los objetivos de esta investigación, ya que, como lo señalan Hall, et al. (2015) la adicción es un problema que debe abordarse mediante diversos enfoques clínicos y de salud pública, porque no solo tiene componentes genéticos o cerebrales, sino también hay variables ambientales relacionadas.

Las Consecuencias del Consumo de Sustancias en Distintas Áreas de la Vida

Las diferentes drogas impactan y modifican múltiples sistemas y órganos, especialmente el cerebro. Los estudios con imágenes cerebrales muestran que los sujetos

con dependencia a sustancias psicoactivas presentan una disfunción en aquellas regiones del cerebro que son críticas para la toma de decisiones, el aprendizaje, la memoria y el control de la conducta (NIDA, 2018).

Existen estructuras del cerebro humano que continúan madurando hasta los 25 años, especialmente aquellas relacionadas con funciones mentales complejas y con la capacidad de controlar los impulsos. Las drogas modifican el equilibrio de la neuroquímica cerebral y las señales que conducen los complejos procesos de maduración de esas estructuras, por lo que el consumo durante esta etapa puede traer repercusiones a largo plazo. Es por todo esto que se resalta la necesidad de que los profesionales de la salud hagan notar a los consumidores de drogas cómo estas sustancias afectan su salud, sus actividades cotidianas, así como el entorno personal en el que se desenvuelve, resaltando la problemática social, personal y de salud que el consumo puede ocasionarles tanto a ellos como a quienes los rodean (OEA, 2013).

En el caso de las drogas ilegales, es común considerar que cualquier uso es abuso de la sustancia. Este también es el caso del tabaco y los inhalables, aunque no sean sustancias ilegales en el sentido estricto. Normalmente, los problemas asociados al consumo de sustancias se evalúan a través de estudios epidemiológicos, en los que se mide la prevalencia, esto es, el número de usuarios en cuanto al tamaño de la población (Medina-Mora et al., 2001) y la presencia o ausencia de ciertos problemas asociados al consumo. Por el contrario, existen pocas mediciones a nivel individual de la gravedad percibida por parte de los usuarios en cuanto a los problemas asociados al consumo que pueden presentar.

A pesar de esto, se sabe que las consecuencias, dependiendo del tipo de droga, son muy diferentes si se trata de una persona que experimenta con sus efectos una o dos veces, si acostumbra a ingerir drogas en ocasiones específicas de manera regular o si las usa

diariamente por periodos prolongados de tiempo; es decir, dependiendo de los patrones de consumo.

Aunque el consumo de sustancias está relacionado principalmente con problemas de salud mental y físicos, éste también puede causar problemas sociales considerables, como los relacionados con la familia, los amigos, la ley, el trabajo o los estudios y la economía. Estos problemas por el consumo de sustancias pueden surgir como resultado de una intoxicación aguda, consumo regular o dependencia y es posible que una misma persona tenga problemas por todas esas causas.

Dejar de consumir drogas es solo una parte de un proceso de recuperación que es complejo y largo. Cuando una persona inicia el tratamiento, a menudo la adicción ha creado graves consecuencias en su vida y probablemente haya desestabilizado su salud y la forma en que se desenvuelve en su entorno familiar, su trabajo y la comunidad. Como la adicción puede afectar tantos aspectos de la vida de una persona, se considera que el tratamiento debe abarcar las necesidades del individuo como un todo para tener éxito. Para asistir en la recuperación, los asesores psicológicos pueden elegir entre una variedad de servicios que cubren las necesidades médicas, mentales, sociales, laborales, familiares y legales específicas de cada paciente (NIDA, 2018).

Consumo de Sustancias Psicoactivas y Salud Mental

Muchas personas que tienen un problema con el consumo de sustancias psicoactivas también tienen algún problema de salud mental. Un problema de sustancias psicoactivas puede empeorar un problema de salud mental y viceversa (NIDA, 2021). Por lo tanto, se puede considerar que la relación entre los trastornos mentales y el consumo de sustancias es bimodal. Por un lado, el uso continuado de una sustancia puede conducir a experimentar

problemas de salud mental; por otro, algunos trastornos pueden cursar con un mayor consumo de sustancias (Guillamón, 2006).

Algunas personas con trastornos pueden consumir para intentar aliviar los síntomas psiquiátricos, lo cual con el tiempo puede exacerbar el trastorno mental y aumentar el riesgo de crear adicción. El tratamiento de todos los problemas coexistentes debe ser simultáneo (Kelly y Daley, 2013).

La cercanía entre trastornos mentales y trastornos inducidos por sustancias se da, en parte, porque las mismas áreas del cerebro se ven afectadas, pero también puede influir el hecho de que ambos compartan algunas causas subyacentes, como los cambios en la composición del cerebro, las vulnerabilidades genéticas y el contacto temprano con el estrés o el trauma. Más de uno de cada cuatro adultos que padecen un problema de salud mental grave, también tienen un problema de abuso de sustancias. Los problemas por uso de sustancias se observan más frecuentemente asociados a ciertos problemas de salud mental como depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia y trastornos de la personalidad (U.S. Department of Health and Human Services, 2017).

Comorbilidad Psiquiátrica

En psicología, el término comorbilidad se aplica cuando se emiten múltiples diagnósticos para el mismo individuo. La complejidad de estos casos impide hacer un diagnóstico simple, por lo que el paciente puede tener más de una enfermedad mental.

Cuando dos trastornos o enfermedades ocurren en la misma persona, simultánea o secuencialmente, se describen como comórbidas. La comorbilidad también implica interacciones entre las enfermedades que afectan el curso y el pronóstico de ambas

(Pascual et al., 2017). La Organización Mundial de la Salud [OMS] define la comorbilidad o

diagnóstico dual como la coexistencia de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico en el mismo individuo. En otras palabras, la comorbilidad en este contexto se refiere a la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, uno de los cuales se deriva del consumo problemático de sustancias (OMS, 2011).

La patología dual es la denominación aplicada en el campo de la salud mental, para aquellos sujetos que sufren de forma simultánea o a lo largo del ciclo vital de una adicción y otro trastorno mental. Las adicciones pueden ser a sustancias o comportamentales, mientras que los trastornos mentales hacen referencia a ansiedad, estado de ánimo, espectro de la esquizofrenia y la psicosis, déficit de atención con hiperactividad y diferentes rasgos y trastornos de personalidad (antisocial, límite o borderline, esquizotípico, evitativo y obsesivo, entre otros) (Pascual et al., 2017).

Como se mencionó anteriormente, en algunos casos, los trastornos mentales como la ansiedad, la depresión o la esquizofrenia pueden surgir antes de la adicción; en otros casos, el consumo de sustancias psicoactivas puede desencadenar o empeorar esos trastornos de salud mental, particularmente en las personas que tienen ciertas vulnerabilidades específicas (Moss y Munt, 2003). Sin embargo, esto varía dependiendo de muchos factores y no hay evidencia de que generalmente uno se dé antes que el otro. Lo que sí se sabe es que existe mayor probabilidad de padecer trastornos psicopatológicos como depresión, síndrome amotivacional y trastornos psicóticos al consumir sustancias psicoactivas de forma recreacional y habitual (Rubino et al., 2012).

La co-ocurrencia de problemas de salud mental y de consumo de sustancias es alta entre los individuos que buscan tratamiento por algún trastorno por consumo de sustancias.

De los 8.2 millones de adultos en 2016 con algún trastorno mental y un desorden por uso de sustancias en el último año, menos de la mitad (48.1%) recibió servicios de salud en un centro especializado. Entre los adultos con algún trastorno que percibieron la necesidad de servicios de salud mental pero no los recibieron, la incapacidad para pagar el costo de la atención fue la razón más comúnmente reportada para no recibir los servicios (Park-Lee et al., 2017). Además, las personas que tienen síntomas de algún trastorno tienden a tener síntomas de trastornos por consumo de sustancias más severos, mayor deterioro funcional y mayores problemas sociales, interpersonales y legales (Torrens et al., 2012).

Uchtenhagen y Zieglänsberger (2004) concluyeron que el diagnóstico psiquiátrico más común entre los consumidores de drogas es el trastorno de la personalidad, que afecta a un porcentaje de población situado entre el 50 % y el 90 %, seguido de un trastorno afectivo (del 20 % al 60 %) y de trastornos psicóticos (20 %).

Aproximadamente la mitad de las personas que padecen una enfermedad mental durante su vida también experimentarán un trastorno por uso de sustancias y viceversa. Aunque hay menos estudios entre los jóvenes, las investigaciones sugieren que los adolescentes con algún trastorno por consumo de sustancias también tienen altas tasas de enfermedades mentales concurrentes; más del 60% de los adolescentes en programas de tratamiento por consumo de sustancias también cumplen con los criterios de diagnóstico de otra enfermedad mental (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2021).

Los datos muestran altas tasas de trastornos por consumo de sustancias y trastornos de ansiedad comórbidos, que incluyen trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y trastorno de estrés postraumático. Los trastornos por consumo de sustancias

también coexisten con una alta prevalencia con trastornos mentales, como depresión y trastorno bipolar, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), enfermedad psicótica, trastorno límite de la personalidad y trastorno de personalidad antisocial (SAMHSA, 2021).

Los pacientes con esquizofrenia tienen tasas más altas de consumo de alcohol y, tabaco, y trastornos por consumo de drogas que la población en general. La superposición es especialmente pronunciada con las enfermedades mentales graves. La enfermedad mental grave entre personas de 18 años o más se define como: tener, en cualquier momento durante el año pasado, un trastorno mental, de comportamiento o emocional diagnosticable que causa un deterioro funcional grave y que interfiere o limita una o más actividades de la vida. Las enfermedades mentales graves incluyen depresión mayor, esquizofrenia y trastorno bipolar. Aproximadamente 1 de cada 4 personas con trastorno mental grave también tiene un trastorno por consumo de sustancias.

Los datos de una gran muestra representativa en E.E.U.U. sugirieron que las personas con trastornos mentales, de personalidad y por consumo de sustancias tenían un mayor riesgo de uso no médico de opioides recetados. Las investigaciones indican que el 43% de las personas en tratamiento por uso no médico de analgésicos recetados tienen un diagnóstico o síntomas de trastornos de salud mental, en particular depresión y ansiedad (SAMHSA, 2021)

En cuanto a la población mexicana, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Comorbilidad Psiquiátrica (Medina-Mora, et al., 2007), 26.1% de las personas entre 18 y 65 años reportaron haber tenido un trastorno alguna vez en la vida. De estos, 12% reportó dos trastornos y 5% reportó tres o más. Los trastornos de ansiedad fueron los más comunes

(14.3%), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (9.2%). El trastorno con mayor prevalencia en México fue el de abuso de alcohol (7.6%), seguido por trastorno depresivo mayor (7.2%) y fobia específica (7%).

Por otra parte, según la Encuesta Mundial de Salud Mental (Medina-Mora, et al., 2009), aproximadamente una tercera parte de la población (37%) que presentó un trastorno de abuso de sustancias (alcohol o drogas), presentó también un trastorno afectivo (31,5%), de ansiedad (30,9%) y del impulso (29,1%) (en esta categoría se agruparon los trastornos por déficit de atención, de conducta y oposicionista). Si se considera solamente a la población con abuso o dependencia de sustancias ilícitas, la comorbilidad aumenta a 56%; es decir, la probabilidad de una persona con trastorno por el uso de sustancias ilícitas de padecer también un trastorno mental es mayor que cuando la dependencia es de alcohol.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2015), los trastornos por consumo de alcohol son responsables de 6.9% de años de vida sana perdidos por discapacidad (APD) en personas de 15 a 59 años, mientras que a los trastornos debidos al uso de drogas se les adjudica 2.9%. Entre todos los trastornos, el porcentaje mayor de APD correspondía a los trastornos depresivos unipolares. En los hombres, este tipo de trastorno ocupa el segundo lugar entre todas las enfermedades, después de los trastornos por consumo de alcohol. Es por esto, que la comorbilidad psiquiátrica tiene un papel muy importante en el campo de las adicciones, convirtiendo en indispensable y necesaria la exploración activa de la psicopatología siempre que se evalúe a un paciente con consumo de sustancias (González-Saiz et al., 2011).

Aunque los trastornos por consumo de drogas se presentan comúnmente con otros trastornos mentales, eso no significa que uno cause el otro, de hecho, los estudios sugieren

tres posibilidades para esta comorbilidad común. Existen factores de riesgo comunes que pueden contribuir tanto a la enfermedad mental como al trastorno por consumo de drogas. Por ejemplo, algunas personas tienen un gen específico que las expone a un mayor riesgo de padecer una enfermedad mental como adultos si consumieron marihuana con frecuencia en la adolescencia.

Un gen también puede incidir en la forma en que una persona responde a una droga (si el consumirla la hace sentir bien o no). Los factores ambientales, tales como el estrés o el trauma, pueden causar cambios genéticos que se transmiten de generación en generación y pueden contribuir a que se presente una enfermedad mental o un trastorno por consumo de drogas (NIDA, 2019).

Por otra parte, se han identificado ciertos estados de salud mental como factores de riesgo para el trastorno por consumo de drogas. Por ejemplo, algunos estudios sugieren que las personas que sufren una enfermedad mental pueden usar las drogas o el alcohol como manera de automedicarse. Cuando una persona comienza a padecer una enfermedad mental, los cambios en el cerebro pueden aumentar el efecto gratificante de las drogas, y así la persona queda predispuesta a seguir consumiendo la droga. Por otra parte, el consumo de drogas también puede modificar el cerebro en formas que hacen que la persona sea más propensa a padecer una enfermedad mental (NIDA, 2019).

Consecuencias Psicológicas y Emocionales del Consumo de Sustancias

La Organización Mundial de la Salud (2011) indica que los riesgos psicológicos asociados al consumo de sustancias son tan importantes como los físicos. Cada grupo de

sustancias actúa de forma diferente en el cerebro y tiene distintos efectos, sin embargo, existen ciertas consecuencias generales del consumo excesivo de sustancias.

Entre las consecuencias a nivel psicológico que trae consigo el consumo de sustancias, se encuentran principalmente aquellas relacionadas con dificultades a nivel cognitivo como el déficit en el procesamiento de información, la dificultad para resolver problemas, la pérdida de memoria, los problemas de atención y concentración, la desorientación, la confusión, la falta de motivación y el aletargamiento.

Por otro lado, también se consideran consecuencias importantes aquellas relacionadas con conductas que pueden representar algún daño tanto para la persona que consume como para los demás, por ejemplo: conducta violenta o agresiva, ansiedad, depresión, pensamientos e intentos suicidas, paranoia, pánico, psicosis (particularmente en personas con historial familiar de esquizofrenia), dificultad para dormir, deseo intenso de consumir, estrés, manías, cambios del estado de ánimo, pensamientos irracionales, conducta impredecible y síntomas de abstinencia. El consumo de sustancias también se ha relacionado con deterioro cognitivo en ciertas funciones ejecutivas como la capacidad de planificar, resolver problemas y controlar conductas (OMS, 2011).

Las consecuencias psicológicas que provoca el consumo de sustancias son distintas dependiendo de la sustancia y el patrón de consumo, pero algo que tienen en común con las consecuencias en otras áreas de la vida es que, no necesita haber una dependencia para presentarlas. La persona que consume comienza a modificar sus actitudes y comportamientos, poniendo en primer lugar el consumo de sustancias, lo que le lleva a tener consecuencias negativas en distintos ámbitos de su vida. Una vez comenzado el consumo frecuente, las personas tienen que reaprender a afrontar situaciones de estrés, a controlar sus emociones y a manejar varios factores desencadenantes que les pueden

causar problemas y pérdidas. Es por esto, que la parte psicológica es de gran importancia y debe tener un papel primario en el tratamiento.

Consumo de Sustancias Psicoactivas y Salud Física

El consumo de sustancias afecta de forma significativa órganos y sistemas del cuerpo humano. Las consecuencias en la salud que un individuo que consume sustancias puede tener, dependen del nivel de consumo que presente. Los problemas relacionados con la intoxicación aguda pueden surgir como resultado de un solo episodio de consumo de drogas, como, por ejemplo: ataxia, vómito, fiebre, sobredosis, pérdida de conciencia, accidentes y lesiones.

Por otro lado, el consumo regular de sustancias puede causar una gran variedad de problemas físicos específicos relacionados con los órganos internos y el cerebro (problemas de sueño, ansiedad, daño en el hígado, etc.) Los problemas que surgen por el consumo dependiente de una sustancia resultan semejantes a los observados por el consumo regular, aunque más severos. La severidad de los síntomas depende de cada sustancia (OMS, 2011).

El consumo de sustancias psicoactivas y las consecuencias que tienen en la salud de quienes las consumen, son parte principal del problema de las drogas, pero no su único componente, ya que existen diferentes factores que influyen en la prevalencia del consumo actual (OEA, 2019).

Las personas que tienen un consumo excesivo de sustancias a menudo tienen problemas de salud relacionados con éste, entre los cuales se encuentran las enfermedades pulmonares o cardíacas, embolias, cáncer o problemas de salud mental. Existen diversos exámenes médicos que pueden comprobar los efectos perjudiciales del consumo de sustancias psicoactivas a largo plazo en todo el organismo (NIDA, 2018).

Algunos daños en el organismo causados por ciertas sustancias son ya identificados, por ejemplo, el tabaco puede producir varios tipos de cáncer; la metanfetamina puede causar problemas dentales graves; los opioides pueden originar una sobredosis y causar la muerte y los inhalables pueden dañar o destruir las células nerviosas del cerebro o del sistema nervioso periférico (el sistema nervioso fuera del cerebro y la médula espinal). Sin embargo, hay muchas otras afectaciones físicas que se relacionan con el abuso de sustancias, como ciertas infecciones (VIH, hepatitis C, endocarditis, celulitis infecciosa, entre otras) (El-Bassel et al., 2014).

Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias

El consumo de sustancias psicoactivas puede causar una embriaguez que nubla el juicio y aumenta la posibilidad de tener conductas de riesgo. Debido al deterioro de la capacidad de juicio, es probable tener prácticas sexuales irresponsables, accidentes, conducta delictiva, suicidio y violencia, las cuales pueden causar la muerte o la aparición enfermedades.

Existen estudios que indican que el primer consumo de alcohol antes de los 15 años tiene relación con un mayor riesgo de problemas de alcoholismo en la edad adulta (Probst et al., 2018). Por lo tanto, cualquier consumo de alcohol en la adolescencia se considera de alto riesgo y guarda una estrecha relación con otras conductas riesgosas, tales como la conducción en estado de ebriedad, el consumo de tabaco, autolesiones, episodios de violencia y conductas sexuales de riesgo. Entre los jóvenes de 15 a 19 años, el consumo de alcohol es el factor de riesgo más importante, ya que su uso en edades tempranas puede afectar el desarrollo neurológico, el rendimiento escolar, las relaciones interpersonales, entre otros (OEA, 2019).

Quien conduce un automóvil o maquinaria bajo la influencia de alguna sustancia psicoactiva, pone en riesgo su vida y la de otras personas. Después del alcohol, la marihuana es la droga que más frecuentemente se asocia a la conducción con capacidades disminuidas, lo que provoca movimientos entre carriles, poca velocidad de reacción y falta de atención al camino.

Por otro lado, el consumo de sustancias psicoactivas inyectadas representa una conducta de riesgo relacionada al consumo, ya que se pueden transmitir infecciones como las mencionadas anteriormente y, debido a la vía de administración, se puede desarrollar una dependencia rápidamente (NIDA, 2018). Se calcula que más de 11 millones de personas se inyectaron drogas en 2018, práctica a la que se debe aproximadamente el 10 % de las infecciones por el VIH de todo el mundo. Más de un millón de personas que se inyectan drogas viven con el VIH y 5.5 millones con hepatitis C. De hecho, en 2017, la mitad de las muertes atribuidas al consumo de drogas fueron enfermedades hepáticas causadas por la hepatitis C (UNODC, 2020).

Otra de las conductas de riesgo asociadas al consumo de sustancias, es el consumir durante el embarazo o la lactancia, pues se puede provocar que el bebé sufra de abstinencia al nacer, una afección conocida como síndrome de abstinencia neonatal. Los síntomas serán distintos dependiendo de la droga que consumió la madre, pero pueden incluir temblores, problemas para dormir y alimentarse, y hasta convulsiones (Ross y Peselow, 2012).

Dependencia a las Sustancias Psicoactivas

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) define la dependencia como un estado en el cual la autoadministración de sustancias psicoactivas produce daños al individuo y a la sociedad. Se incluye una distinción entre dependencia física: estado en el

cual el organismo se ha adaptado de tal forma a la presencia de una droga que, cuando se suspende, provoca síntomas de abstinencia, los cuales se manifiestan con distensión y dolor; y psicológica: estado caracterizado por preocupaciones emocionales y mentales relacionadas con los efectos de las drogas y que se manifiesta por una conducta de búsqueda continua.

Por lo general, la dependencia está relacionada con el consumo más frecuente de una sustancia y en dosis más altas se presentan situaciones como: tolerancia, problemas serios de salud física y mental, disfuncionalidad de la vida cotidiana, deseos intensos o ansias, incumplimiento de obligaciones, rupturas en las relaciones personales, dificultad para dejar de consumir a pesar de los problemas, síndrome de abstinencia (ansiedad, irritabilidad, insomnio, etc.).

Para evaluar el nivel de daño ocasionado por el consumo de sustancias psicoactivas, es necesario considerar la vía de administración, el poder adictivo de la sustancia, la tolerancia y la magnitud del síndrome de abstinencia asociado al consumo. El medio por el que se administran las sustancias desempeña una función importante en sus efectos. Cuando las drogas se administran por vías que producen efectos placenteros más rápidamente, su potencial de adicción es más alto que cuando se utilizan por otras vías (Medina-Mora et al., 2001).

Una persona que consume sustancias psicoactivas usualmente quiere que los efectos duren tanto como sea posible. El proceso de metabolismo de la droga limita la duración de su acción. La exposición repetida ocasiona que la droga se metabolice más rápido y que la duración e intensidad del efecto deseado se reduzca considerablemente. A fin de obtener los mismos efectos, la persona tiene que aumentar tanto la dosis como la frecuencia con

que se administra la sustancia. Sin embargo, los efectos continúan disminuyendo y es cuando se desarrolla la dependencia.

Repercusiones Sociales del Consumo de Sustancias

El consumo excesivo de sustancias puede impedir que una persona se desempeñe adecuadamente en distintos ámbitos de la vida. Este consumo puede alterar la relación de la persona que consume con la sociedad en general y con sus grupos sociales cercanos, ya que deja de cumplir sus roles como cuidador, estudiante, trabajador, entre otros.

Las consecuencias sociales negativas que puede causar el consumo de sustancias están relacionadas con comportamientos de la sociedad hacia el individuo que consume o viceversa. El aislamiento, el rechazo social y la estigmatización, es decir, cuando otras personas lo etiquetan como “drogadicto” y se le atribuyen comportamientos y características como: irresponsable, flojo, ladrón, etc., son algunas de las consecuencias del consumo. Por otro lado, el consumo de sustancias acarrea secuelas sociales, como el incremento de delincuencia, desintegración de las instituciones, baja productividad, incremento de accidentes y mortalidad (Ruíz et al., 2014).

En otros ámbitos interpersonales como la vida de pareja y familiar, el consumo de sustancias produce deterioro y desorganización. También puede haber afectaciones en el ámbito escolar y laboral, ya que se pierde el interés, aumenta el ausentismo y hay falta de concentración (Medina-Mora et al., 2001). El consumo excesivo de sustancias trae una variedad de problemas a toda la población, incluyendo problemas de salud mental y problemas sociales. Esta tendencia refleja fuentes de estrés que incluyen características y experiencias tales como disfunción familiar, baja tolerancia a la frustración, vínculos interpersonales afectados y debilidad (SAMHSA, 2021).

Consecuencias a Nivel Familiar

La familia es reconocida como una de las variables más relevantes en el origen y mantenimiento del consumo de sustancias. La asociación entre el funcionamiento familiar y el consumo en los hijos ha sido objeto de numerosas investigaciones (Vilaregut et al., 2000; Coviello et al., 2004; Steinglass et al., 1987). Al ser el grupo primario de una persona, la familia, debe lidiar con las consecuencias negativas de la adicción como: deterioro de las relaciones, hostilidad, manipulación, desequilibrio afectivo, problemas de comunicación, entre otros (Ruíz et al., 2014). Es así como la familia se perfila como el grupo que sufre los estragos del consumo de manera más inmediata y directa (Natera et al., 1999).

Por otra parte, la familia puede ser un factor de riesgo o de protección dependiendo de cómo lleven a cabo sus funciones, el ambiente generado y las reglas establecidas. Existen ciertas características de la vida en familia que pueden proteger a sus miembros de acceder a las drogas como: integración familiar, apoyo, normas claras y consejo de los padres (Velasco, 2000; Pinazo y Ferrer, 2001).

Estudios realizados con familias mexicanas indican que existen mitos, valores, tradiciones y creencias que generan barreras en la búsqueda de ayuda. Desde este punto de vista, la presencia de una integrante de la familia que consume implica un fracaso en el cumplimiento de las expectativas familiares y de género. Por ello, es común que los integrantes de la familia experimenten sentimientos de vergüenza, culpa y temor que con frecuencia los pueden llevar a ocultar la problemática existente, en un intento por solucionarla dentro de la familia (Natera et al., 1999).

Consecuencias en la vida de pareja

Como se menciona anteriormente, las sustancias suelen afectar a quienes las consumen, pero también pueden afectar el bienestar de quienes están cerca de ellos. Las personas que consumen sustancias a menudo vacilan entre los extremos emocionales y los desacuerdos cotidianos, en una relación pueden convertirse en un conflicto intolerable. Una persona con adicción a menudo tiene periodos depresivos, una gran capacidad para manipular a la gente y de hacerles sentir responsables de ayudarlos. Esto puede acabar con la interacción de iguales, ya que la persona que consume se convierte en alguien que debe ser controlado y protegido. El malestar que genera una adicción no es individual, sino de un conjunto de personas que de una u otra forma acompaña, comparte o evita la dependencia (Callejo, 2018).

Las parejas en las que uno de los miembros abusa de las drogas o el alcohol suelen ser infelices. A medida que empeora el consumo, comienza a quitarle cada vez más tiempo a la pareja, pasando factura al crear una distancia emocional entre los miembros de la pareja que es difícil de superar. Estas parejas también suelen discutir mucho, lo que a veces puede volverse violento. A menudo, es la pelea en sí misma la que puede crear un entorno o una situación en la que la pareja que tiene problemas con la bebida o las drogas utiliza estas sustancias para reducir su estrés. Cuando el uso de sustancias finalmente se convierte en una de las principales razones para pelear o discutir, se vuelve un círculo vicioso, en el que el uso de sustancias causa conflicto y el conflicto conduce a un mayor uso de sustancias como una forma de reducir la tensión.

En un primer momento, cuando alguien consume drogas se produce un aumento del interés sexual, pero si se consume una dosis alta y a largo plazo todas las sustancias

psicoactivas acarrear consecuencias indeseables de una mayor o menor gravedad sobre la conducta sexual (Pérez et al., 2012). En cuanto al consumo de sustancias y la vida en pareja y la sexualidad, se conocen ciertas consecuencias, por ejemplo: dificultad en el orgasmo femenino, disfunción eréctil en el hombre, anorgasmia, trastornos de la excitabilidad, bloqueo en la ovulación, coito doloroso, desinterés por el sexo, sequedad vaginal y conflictos en general con la pareja por conductas celosas o predisposición a la violencia (Callejo, 2018).

Consecuencias Legales

Al ser un acto con repercusiones en el ámbito social, el consumo de sustancias se relaciona también con lo jurídico-legal. En esta dimensión se ha prescrito que la producción, intercambio y consumo de cualquiera de las sustancias estupefacientes, se penaliza con prisión. Dentro de las repercusiones sociales destaca por su importancia la delincuencia, entendida como aquella conducta que por un hacer u omitir algo infringe la ley penal, en donde el sujeto puede actuar como autor, cómplice, encubridor o desarrollar cualquier acción punible (Neuman, 2001).

Cuando el consumo de alguna sustancia psicoactiva empieza a causar problemas en diferentes aspectos de la vida, la persona que consume tiene un elevado riesgo de realizar conductas antisociales que impliquen consecuencias legales y de otros tipos. Las conductas antisociales relacionadas con el abuso de sustancias son comúnmente las conductas relacionadas con obtener la sustancia. Legalmente, el tráfico de drogas está tipificado como delito contra la salud pública. Otro tipo de conducta antisocial son los delitos contra la propiedad: hurtos, robos con o sin violencia encaminados a obtener dinero para comprar sustancias y los delitos contra la vida (Sánchez-Carbonell, 2004).

De manera desafortunada, en la actualidad este tipo de conductas se presentan en jóvenes de edades cada vez más tempranas, quienes se ven involucrados en robos, asesinatos, tráfico de drogas, asalto a mano armada, por citar los más comunes. La conducta antisocial y delictiva se ha incrementado, el número de menores puestos a disposición de autoridades legales aumentó de 2,623 en 1999 a 3,506 en el 2003. Muchas de estas conductas delictivas se cometen por primera vez bajo los efectos de alguna droga, principalmente por intoxicación de alcohol (Juárez et al., 2005).

Por otro lado, el ingreso en un centro penitenciario es un acontecimiento biográfico muy importante por lo que representa una ruptura, de construcción de la propia identidad y de etiquetaje social. En el individuo con adicción a drogas, la prisión confirma el simbolismo de delincuente. En los últimos años, la sociedad y la justicia han aceptado que la primera regla es evitar este ingreso y buscar cumplimientos alternativos en centros de tratamiento con el objetivo de reducir el consumo de drogas y, por tanto, la causa de la delincuencia (Sánchez-Carbonell, 2004).

Consecuencias a Nivel Escolar

Los estudiantes que consumen alcohol o drogas son más propensos que los estudiantes que se abstienen, a tener dificultades para cumplir con sus responsabilidades académicas. Las consecuencias del uso de sustancias a nivel escolar incluyen retrasarse en los estudios, obtener calificaciones bajas y abandonar la escuela. En términos generales, el impacto del uso indebido de sustancias en el rendimiento académico de los estudiantes afecta el propósito mismo de la educación y los sacrificios financieros que las familias hacen por brindar educación a sus hijos.

El uso de sustancias en el ámbito escolar puede traer sanciones disciplinarias impuestas por las escuelas. Además de las acciones no punitivas, como la educación sobre el abuso de sustancias, el asesoramiento y el tratamiento, los estudiantes pueden estar sujetos a medidas disciplinarias, incluidas la suspensión y la expulsión. Tales acciones pueden estar basadas en el uso de sustancias mismo o en otras violaciones de los estándares de la institución, como dañar la propiedad y causar o amenazar con un daño físico (SAMHSA, 2019).

La escuela es el campo en el que se desarrollan ciertas conductas de las personas. No sólo es donde se produce la educación formal, sino que es el marco en el cual se encuadran las primeras relaciones con iguales, los primeros encuentros con figuras de autoridad sociales y las primeras oportunidades de alcanzar logros personales socialmente reconocidos. Algunas consecuencias que se relacionan con el consumo de sustancias son el deterioro y pérdida de los valores, del respeto por las normas y de lo establecido socialmente, así como el deterioro y pérdida de algunas funciones y capacidades físicas y psicológicas, que son parte importante del desarrollo de una persona.

En cuanto a los adolescentes que inician con el consumo de sustancias, generalmente, pierden el interés por la escuela, por realizar proyectos o participar en la vida social. Por otra parte, las mentiras, la falta de relaciones afectivas y los cambios de humor les afectan en la vida social. En general, los individuos que consumen drogas tienen un grado de insatisfacción escolar mucho más elevado que los que no consumen. De manera similar, su índice de conducta problema es notablemente superior. Esta insatisfacción está relacionada con el fracaso en tareas escolares y se vuelve un ciclo. Los estudiantes que

consumen drogas suelen estar menos comprometidos con las normas de la escuela y con la participación en actividades (OEA, 2019).

Consecuencias Laborales

La Organización Internacional del Trabajo (1998), considera que el consumo de alcohol y de drogas es un problema que concierne a un número elevado de trabajadores. Señala que los efectos nocivos del consumo de alcohol y drogas en el lugar de trabajo y en el rendimiento laboral son comunes y pueden afectar la seguridad profesional y la productividad general. El impacto del consumo se puede extender a familia y compañeros de trabajo que son afectados en términos de pérdida de ingresos, estrés y baja moral. Por tanto, es un problema que no sólo afecta al consumidor, sino también al ambiente laboral y la eficacia de una empresa.

Enfermedades, accidentes laborales, disminución de la productividad y mal ambiente entre compañeros, son las principales razones por las que el alcohol y las otras drogas se consideran un problema en el mundo laboral. Por otro lado, en estudios relacionados al consumo de alcohol y drogas en el ambiente laboral, los participantes refieren que las principales consecuencias derivadas del consumo son: faltar alguna vez al trabajo, tener problemas laborales (sanciones, despidos, etc.) y dificultad para encontrar trabajo o conservar el actual (Navarro, 2008).

Según estudios, los trabajadores que consumen alcohol y otras drogas presentan un absentismo laboral de 2 a 3 veces mayor que el resto de los trabajadores. Las bajas por enfermedad de estos trabajadores tienen un costo 3 veces mayor a las del resto de los empleados, a la vez que esas mismas personas perciben también indemnizaciones por un importe 5 veces mayor que el resto de sus compañeros. El 20-25% de los accidentes

laborales ocurren en trabajadores que se encuentran bajo los efectos del alcohol u otras drogas y causan lesiones a ellos mismos u a otros.

El consumo de alcohol y otras drogas afecta negativamente a la productividad, ocasionando importantes perjuicios a empresarios y trabajadores por absentismo, desajustes laborales, incapacidades laborales, rotación del personal, reducción del rendimiento laboral y mala calidad del trabajo por falta de concentración, eficiencia y eficacia (Ochoa y Madóz, 2008).

Aciertos y Desaciertos en la Evaluación de los Problemas Asociados al Consumo de Sustancias

El consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales de quien consume, independientemente de su grado de intoxicación; sin embargo, el tipo y la magnitud de sus efectos son el resultado de sistemas causales relativamente complejos; dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en que ocurre el consumo. En la mayor parte de la bibliografía sobre drogas se ha enfatizado en el estudio de su consumo y no en las consecuencias de este (Villatoro et al., 1994).

Con el propósito de poder cumplir con el objetivo de una evaluación integral de la conducta de consumo de sustancias, se han generado instrumentos los cuales, de acuerdo con Fernández-Ballesteros (2014), se han clasificado en cuatro grandes grupos: observación sistemática (realizada por expertos o mediante registros fisiológicos), escalas de observación realizadas por otros significativos para la persona o por la propia persona (autorregistros), autoinforme (tests y cuestionarios) y entrevista.

El uso de sustancias psicoactivas y los problemas asociados son medidos y evaluados mediante múltiples estrategias, las cuales incluyen el auto reporte, reporte de un colateral,

así como la evaluación cuantitativa y cualitativa de una variedad de marcadores, con la utilización de diferentes medidas, lo cual, en ocasiones, dificulta la comparación de datos entre estudios, entre instituciones o incluso entre estados y países (Wells et al., 1988).

A través de la evaluación del consumo de sustancias, es posible lograr la identificación de individuos que pudieran tener problemas relacionados con ello o que se encuentran en riesgo de desarrollarlos. Los procedimientos típicos de tamizaje e identificación de casos de uso problemático, a través de cuestionarios o entrevistas, son breves, baratos y aplicables a grupos relativamente grandes de individuos, permitiendo su clasificación dentro de un continuo que abarca desde la ausencia de problemas por uso de sustancias, el riesgo mayor o menor de presentarlos, hasta la presencia de problemas graves que requieren intervenciones especializadas (Gordillo y Félix, 2012).

Estado Actual de la Investigación Internacional

En el mundo, la mortalidad por trastornos de abuso de alcohol ocupa el lugar 55 y por trastornos de abuso de sustancias psicoactivas el 58 de 106 causas de muerte. Los opioides son responsables de poco más de la mitad de las muertes asociadas con drogas ilícitas (55,4%) y la mortalidad asociada con esta causa aumentó el 385% entre 1990 y 2010, lo que refleja el incremento en el abuso de fármacos opioides (OEA, 2013). Es por esto, que se vuelve relevante la medición y evaluación de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. En las tablas 1, 2, 3 y 4 se describen los instrumentos consultados como parte de los antecedentes internacionales.

Tabla 1*Instrumentos de evaluación de problemas asociados al consumo de sustancias.*

Instrumento	¿Qué evalúa?	Contenido	Opciones de respuesta
Addiction Severity Index [ASI] (McLellan et al., 1980)	Entrevista semi-estructurada diseñada para abordar siete potenciales áreas problemáticas en pacientes que abusan de sustancias: estado médico, empleo y apoyo económico, uso de drogas, uso de alcohol, estado legal, estado familiar, social y psiquiátrico. Evalúa la severidad de la adicción, en función de necesidad de tratamiento.	192 reactivos que miden con una escala de gravedad, basada en la historia de síntomas problema, el estado actual y la valoración subjetiva de las necesidades de tratamiento en cada área.	Medición escalar del 0 al 9 (el 0 indica “sin necesidad de tratamiento” y el 9 “tratamiento necesario en situación de riesgo vital”). Se promedia la autoevaluación del usuario y la evaluación del profesional de la salud.
Drug Abuse Screening Test [DAST] (Skinner, 1982)	Prueba de tamizaje que mide el nivel de abuso a sustancias psicoactivas diferentes al alcohol y tabaco. Mide también problemas y trastornos relacionados al consumo de drogas.	20 reactivos que miden problemas en el área de dependencia, familiar, social y de salud	Medición dicotómica, ocurrencia de los problemas (sí-no)
Sheehan Disability Inventory [SDI] (Sheehan, 1983)	Prueba aplicada en el campo de la Psiquiatría que evalúa la discapacidad o disfunción, el estrés y apoyo social percibido.	5 reactivos que miden qué tan perjudicadas están ciertas áreas de la vida (trabajo, vida social, vida familiar) a causa de los síntomas; cuánto le perjudica el estrés y cuánto apoyo social percibe.	Escala del 0 al 10, organizada como un continuo, con las etiquetas “no, en absoluto”, “levemente”, “moderadamente”, “marcadamente” y “extremadamente”.

Tabla 2

Continuación de Instrumentos de evaluación de problemas asociados al consumo de sustancias.

Instrumento	¿Qué evalúa?	Contenido	Opciones de respuesta
Rutgers Alcohol Problem Index [RAPI] (White y Labouvie, 1989)	Problemas relacionados con el consumo de alcohol e información adicional sobre la intensidad, las motivaciones y los contextos del consumo.	23 reactivos que miden la frecuencia con que se presentan ciertos problemas relacionados o causados con el consumo de bebidas alcohólicas en el último año.	Medición escalar, cuántas veces en el último año: Ninguna 1-2 veces 3-5 veces Más de 5 veces.
Personal Experience Inventory [PEI], (Winters y Henly, 1989)	Cuestionario de auto reporte para identificar problemas comúnmente asociados al abuso de sustancias en adolescentes.	Consta de 276 reactivos que miden las áreas de: severidad de los problemas de consumo de sustancias, frecuencia del consumo, factores de riesgo personales, factores de riesgo ambientales, problemas escolares, familiares y trastornos psiquiátricos.	La mayoría de los reactivos miden la frecuencia con la que ocurre el consumo o los problemas asociados al mismo, pero el cuestionario también cuenta con preguntas abiertas.
Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers [POSIT] (Rahdert, 1991)	Instrumento de tamizaje para detectar y atender oportunamente a usuarios de drogas, personas en riesgo de consumo y vulnerabilidad en diferentes áreas de la vida	81 reactivos, que miden el nivel de riesgo y de consumo, así como los problemas en adolescentes en distintas áreas (uso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva) alguna vez en la vida.	Medición dicotómica, ocurrencia de los reactivos (sí-no).

Tabla 3

Continuación de Instrumentos de evaluación de problemas asociados al consumo de sustancias.

Instrumento	¿Qué evalúa?	Contenido	Opciones de respuesta
Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT] (Saunders et al., 1993)	Prueba de screening para identificar un patrón de consumo perjudicial de alcohol, las consecuencias de éste y la dependencia al alcohol.	10 reactivos que miden frecuencia del consumo; se incluyen 5 reactivos relacionados con las consecuencias del consumo excesivo (por ejemplo: memoria, sentimientos de culpa, heridas, etc.)	Medición escalar: Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente Diario o casi diario.
The Drinker Inventory of Consequences (DrInC) (Miller et al., 1995) The Inventory of Drug Use Consequences [InDUC-2R] (Tonigan y Miller, 2002)	Prueba que se utiliza para medir las consecuencias adversas del consumo de alcohol y drogas en centros de tratamiento. Se evalúan cinco dominios: físico, social, intrapersonal, control de impulsos e interpersonal.	Consta de 50 reactivos que miden la ocurrencia de las consecuencias negativas del consumo de alcohol.	Mide la ocurrencia de las consecuencias alguna vez en la vida (sí-no). También mide la cuánto ha sucedido en los últimos 3 meses (nunca, poco, algo, mucho).
American Drug and Alcohol Survey [ADAS] (Rocky Mountain Behavioral Sciences Institute, 1999)	Prueba que se utiliza en escuelas para evaluar el nivel de consumo de drogas en los estudiantes. Se mide el patrón de consumo de sustancias y otras conductas asociadas al consumo.	55 reactivos que miden la prevalencia de drogas y alcohol, el consumo alguna vez en la vida, anual y en el último mes, percepción de pares y familiares, consecuencias del consumo y conductas de riesgo. Los reactivos 14 y 50 miden frecuencia de ciertos problemas asociados al consumo.	Mide la frecuencia de ocurrencia de 14 problemas asociados al consumo (no, 1-2 veces, 3-9 veces o más de 10 veces).

Tabla 4

Continuación de Instrumentos de evaluación de problemas asociados al consumo de sustancias.

Instrumento	¿Qué evalúa?	Contenido	Opciones de respuesta
Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test [ASSIST] (WHO ASSIST Working Group, 2002)	Prueba de tamizaje que permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en 'bajo', 'moderado' o 'alto', y determinar la intervención más adecuada ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente).	8 reactivos que miden el nivel de riesgo y la dependencia asociados al consumo de sustancias. Los reactivos 4, 5 y 6 miden la frecuencia con que se presentan ciertos problemas asociados al consumo.	Se mide la frecuencia en que se ha presentado un problema en los últimos tres meses: nunca, una o dos veces, mensualmente, semanalmente, diario o casi diario
Cannabis Problems Questionnaire [CPQ] (Copeland et al., 2005)	Cuestionario aplicado a personas que consumen marihuana diseñado para medir las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del consumo de cannabis en adultos.	27 reactivos que miden de las consecuencias asociadas al consumo de marihuana en los últimos 3 meses.	Medición dicotómica, ocurrencia de consecuencias (sí-no)

El primer instrumento revisado fue el Índice de Severidad de la Adicción (McLellan et al., 1980), el cual tiene como principal fortaleza que realiza una medición multidimensional de la severidad del problema de adicción, ya que determina los problemas pasados y actuales en siete áreas: estado de salud, empleo e independencia económica, consumo de alcohol, consumo de drogas, situación jurídica, relaciones familiares y sociales y síntomas psiquiátricos. En cuanto a las desventajas de este instrumento, se encuentra el hecho de que se requiere capacitación específica tanto para la aplicación como para la calificación de

este, ya que es un instrumento complejo, que no puede ser aplicado como autoinforme.

Otra desventaja es que cuenta con un aproximado de 170 reactivos, por lo que puede llegar a ser muy largo y llevar mucho tiempo.

Con respecto al Cuestionario de Abuso de Drogas (Skinner, 1982), se considera como la principal desventaja que es una medición dicotómica, lo que no permite indagar con mayor profundidad acerca de la frecuencia o severidad con la que se presentan los problemas relacionados con el abuso de sustancias. Además, se trata de un cuestionario que mide principalmente el nivel de consumo, lo que significa que se obtiene un puntaje de dependencia.

El Inventario de Discapacidad de Sheehan (1983), se trata de un cuestionario utilizado en el ámbito de la Psiquiatría para medir la funcionalidad de una persona que presenta síntomas de algún trastorno psiquiátrico. Se incluye como antecedente porque indica una medición escalar en distintas áreas de la vida y hace referencia al grado de afectación que percibe la persona. Su principal desventaja es que son 5 reactivos muy generales y que está validado en población que incluye a personas con alguna discapacidad diagnosticada.

Las principales ventajas del Rutgers Alcohol Problem Index (White y Labouvie, 1989) son que tiene una cantidad adecuada de reactivos y que mide la frecuencia con que se pueden presentar ciertos problemas asociados al consumo de alcohol en el último año. En cuanto a las desventajas, se considera importante que aplica únicamente para las bebidas alcohólicas y excluye problemas asociados con otras sustancias. Por otra parte, al medir los problemas en cuestión de "frecuencia", se excluye información importante acerca de la

severidad con la que se perciben los mismos, es decir, no incluye el nivel de afectación que puede tener el usuario.

El Inventario de Experiencia Personal (Winters y Henly, 1989) fue diseñado para documentar el inicio, la naturaleza y el grado de involucramiento de los adolescentes con sustancias psicoactivas. Su principal ventaja es que no requiere de un entrenamiento formal para la aplicación. Otra ventaja es que apunta a escenarios clínicos y sirve como una evaluación completa del abuso de sustancias, importante en la toma de decisiones en cuanto a la planeación del tratamiento. Una desventaja importante es que tiene demasiados reactivos, por lo que su aplicación puede ser tardada. De igual forma, la población con la que se puede utilizar es reducida (adolescentes de 12 a 18 años), pero se incluye en esta investigación, ya que es utilizado en escenarios clínicos, tomando en cuenta la perspectiva del usuario.

El Instrumento para la evaluación de problemas propios de la adolescencia (Rahdert, 1991) se incluyó dentro de los principales antecedentes de medición de problemas relacionados al consumo de sustancias debido a que es una prueba de tamizaje que mide estos problemas para definir un nivel de consumo y referir a un nivel de tratamiento adecuado. Las principales desventajas de este instrumento son que incluye únicamente a población adolescente y que es una medición dicotómica que no logra profundizar en la gravedad de los problemas relacionados al consumo.

El siguiente instrumento consultado, la prueba de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (Saunders et al., 1993), es una prueba de tamizaje, por lo que incluye reactivos enfocados al nivel de consumo y otros relacionados a las consecuencias del consumo. La principal desventaja es que se dirige únicamente a usuarios

de alcohol y cuenta con 5 reactivos que miden la frecuencia en la que se presentan los problemas asociados al consumo.

El Inventario de las Consecuencias del Uso de Alcohol y Drogas (Miller et al., 1995) tiene como principal ventaja que incluye reactivos de distintos dominios de gran relevancia para usuarios de centros ambulatorios. De igual forma, es un instrumento con gran sensibilidad para detectar cambios en individuos con problemas de consumo tanto de alcohol como de otras drogas (Tonigan y Miller, 2002). Otra ventaja es que va dirigido a participantes de cualquier sustancia y es de fácil aplicación. La desventaja más importante es que utiliza la medición dicotómica, la cual limita la información que se puede obtener de los usuarios y los problemas que han tenido debido a su consumo.

La Encuesta Americana de Alcohol y Drogas [ADAS] (Rocky Mountain Behavioral Sciences Institute, 1999) tiene un formato de encuesta y es aplicada básicamente en entornos escolares como un tamizaje del consumo de drogas en niños y adolescentes. La principal desventaja recae en que se incluyen únicamente 14 problemas asociados al consumo de sustancias y se mide la frecuencia de estos problemas.

A pesar de ser un instrumento de tamizaje, que da como resultado el nivel de intervención necesario para el participante, se incluye en la revisión la Prueba de Detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias [ASSIST] (WHO ASSIST Working Group, 2002), ya que incluye un par de reactivos enfocados en indagar acerca de los problemas relacionados al consumo de sustancias. Sin embargo, este instrumento evalúa de forma muy general con qué frecuencia se han presentado problemas económicos, sociales o de salud.

El Cuestionario de Problemas Asociados al Cannabis [CPQ] (Copeland et al., 2005) tiene como principal desventaja que mide la presencia o ausencia de problemas

relacionados únicamente con una droga, por lo que no permite evaluar el fenómeno de los problemas asociados a través de las sustancias. Este instrumento sirve como base, ya que es válido, confiable y simple de administrar.

Medición de los Problemas Asociados al Consumo de Drogas en México

Desde la perspectiva de la salud, el uso de drogas es un factor de riesgo importante, lo cual se refleja principalmente en días vividos sin salud y en mortalidad. El consumo de sustancias aumenta los costos de atención a la salud debido a que aumenta el riesgo de muchas condiciones —lesiones relacionadas con la intoxicación (accidentes y violencia), enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis B y C) y crónicas (cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, entre otras)— así como de desarrollo de uso nocivo, abuso y dependencia. Las personas que sufren de una adicción y sus familias son más vulnerables a la pérdida de bienes, el desempleo y los problemas con la ley. Son con más frecuencia víctimas de violencia y discriminación (OEA, 2013).

Según el Informe Individual sobre Consumo de Drogas, los problemas más frecuentes reportados por los usuarios antes del consumo y después del mismo son: “Familiar”: 7.2% y 79.5% respectivamente; “Académico”: 2.7% y 40.0% y “Psicológico” 2.0% y 40.7%. Los problemas específicos más reportados son: Conflictos familiares y Disgregación o Desintegración Familiar. Los participantes perciben que el número de problemas asociados al consumo es menor antes del inicio de éste (Ortiz et al., 2016).

El tratamiento de problemas relacionados con el uso de sustancias debe ser parte de un proceso continuo, que involucre todos los niveles de la red asistencial, con especial énfasis en la detección temprana e intervenciones breves en el primer nivel de atención. Las

intervenciones deben contar con base científica y efectividad probada y deben estar a cargo de personal calificado y cumplir con estándares de calidad (OEA, 2013).

Entre las repercusiones sociales más importantes del consumo de sustancias se incluyen el mal desempeño y el abandono escolar, la falta de productividad en el trabajo y el desempleo, los costos económicos para el enfermo y su familia, el delito y la violencia. Ésta última se manifiesta de muchas formas en el contexto del problema de las drogas, desde los conflictos a gran escala sobre la producción y el tráfico, hasta los delitos de la calle que se cometen bajo los efectos de sustancias o para obtener dinero y proveerse de drogas. En México, se tienen tasas bajas de consumo ocasional y problemático, pero muy altos niveles de tráfico y violencia. Las sustancias psicoactivas pueden actuar como facilitadoras de la conducta violenta, al disminuir la inhibición, el juicio y la capacidad del individuo de interpretar señales sociales en forma correcta (OEA, 2013).

En México se cuenta con la Escala de Problemas Asociados al Consumo de Drogas [EPACD] (Villatoro et al., 1994), que es un cuestionario que evalúa por medio de 18 reactivos si se presentan ciertos problemas psicosociales asociados con el consumo de sustancias. Este es prácticamente el único instrumento creado y validado en México para evaluar específicamente los problemas asociados al consumo de sustancias. Otra ventaja importante es que incluye problemas de dependencia, sociofamiliares y psicológicos que pueden surgir a partir del consumo de cualquier sustancia, basados en los criterios del DSM-III-R y la CIE-10. También se considera que es un instrumento de fácil aplicación y calificación.

Por otra parte, se consideran algunas desventajas de este instrumento, por ejemplo, el hecho de que sean reactivos dicotómicos, los cuáles sólo pueden evaluar si hay presencia o ausencia de los problemas. Otra desventaja significativa, es que la escala fue validada

como parte de un estudio epidemiológico, por lo que no se considera la percepción de las personas que consumen sustancias a un nivel individual o clínico, sino como parte del fenómeno de la dependencia a sustancias.

Justificación

Como se puede observar, existen diferentes instrumentos para medir y evaluar los problemas asociados al consumo de sustancias. Estos instrumentos están orientados principalmente a medir la presencia o ausencia de cierta complicación debido al consumo, sin embargo, se carece de datos relacionados con la magnitud de los problemas y el grado de afectación que perciben las personas que consumen. Además, la mayoría de los instrumentos que se utilizan actualmente, tienen diversas limitaciones.

Las principales limitaciones que se identifican con la revisión bibliográfica son: el tiempo requerido para administrarlos y calificarlos (por ejemplo, el ASI), la falta de generalización a personas y contextos (por ejemplo, aquellos creados para personas con dependencia, excluyen a personas que consumen sin tener adicción, presentan problemas asociados al consumo) (Tiburcio et al., 2016).

Por otro lado, uno de los principales obstáculos actuales al diagnóstico y al tratamiento oportuno, es el hecho de que el personal médico o psiquiátrico puede llegar a tener pocos conocimientos en materia de tratamiento de drogas, los paradigmas médico-científico y psicosocial pueden centrarse en la seguridad pública y dejar en segundo plano los problemas que presenta el individuo (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014). Por lo tanto, se busca construir un instrumento válido y fiable, que pueda ser utilizado en diferentes contextos culturales y sociales y por cualquier profesional de la

salud; que pueda incluir a personas de diversas edades y que sirva para evaluar los problemas asociados al consumo de diferentes sustancias.

Por lo anterior, surge la propuesta de desarrollar un instrumento que evalúe la gravedad, entendiendo que los problemas no desaparecen una vez que cesa el consumo, sino que se debe trabajar en las distintas esferas de la vida de una persona para percibir una mejoría global. Si los problemas son evaluados adecuadamente, la reducción de estos puede considerarse un indicador importante de que la intervención está funcionando y de la efectividad del tratamiento, según la percepción de los participantes.

El consumo excesivo de alcohol y drogas puede tener una amplia variedad de efectos perjudiciales incluyendo la pérdida de familia y amigos, lesiones físicas, problemas financieros y legales. Morris y colaboradores (2018) refieren que varios estudios han demostrado que un mayor reconocimiento de dichas consecuencias se ha relacionado a mayor deseo y voluntad de realizar un cambio en cuanto al consumo de sustancias. De hecho, incrementar la conciencia de las consecuencias asociadas al consumo de sustancias es considerado un componente integral en el proceso de cambio conductual y es el enfoque principal en tratamientos que pretenden incrementar la motivación para reducir el consumo o lograr la abstinencia (Miller y Rollnick, 2012).

A pesar de que algunos problemas de salud mental pueden ser un disparador del uso de sustancias como un mecanismo de intento de afrontamiento (reforzamiento negativo), la retirada y el consumo excesivo sostenido pueden a su vez conducir a la coocurrencia de estos problemas o exacerbar síntomas psiquiátricos existentes. Varios estudios han demostrado que el uso crónico de sustancias se asocia con mayores tasas de problemas

psicológicos, como depresión, ansiedad e insomnio (Conroy y Arnedt, 2014; Volkow et al., 2014).

El impacto perjudicial que tiene el consumo de sustancias en estos problemas psicológicos puede aumentar en los individuos el deseo de cambiar su consumo. Esto puede ocurrir porque las consecuencias del consumo comienzan a pesar más que los aspectos positivos del uso. El refuerzo inicial del consumo de sustancias (mejorar estado de ánimo y sueño), puede disminuir cuando existe un consumo excesivo continuo, lo que puede reducir la motivación inicial de los individuos para consumir sustancias como mecanismo de afrontamiento (Berridge y Robinson, 2016).

Dichos problemas son considerados relacionados a la adicción y son evaluados como parte de la mayoría de los protocolos clínicos y de investigación, pero son rara vez tomados en cuenta como medidas primarias del éxito del tratamiento. Mientras que el objetivo del tratamiento es expresado como un esfuerzo para modificar el consumo de sustancias de los pacientes, una mejoría en funcionamiento psicosocial es también un efecto deseado. Un cambio mínimo en el consumo, sin impacto en otras consecuencias, no tendría sentido (Winchell et al., 2012). A pesar de que ha habido una suposición implícita de que resolver el problema de consumo produciría mejoras en el funcionamiento en otras áreas, esta suposición no ha sido confirmada empíricamente (Kiluk et al., 2014).

Evaluar las metas personales y desarrollar planes para abordar factores como la salud física y mental, así como las redes de apoyo social, podría mejorar la calidad de vida, que incluye muchos otros dominios de bienestar como funcionamiento objetivo y subjetivo de la persona (Kelly et al., 2018).

Recuperarse de una adicción es un proceso que se caracteriza por recaídas crónicas; es común que haya muchos intentos de recuperación y que una recuperación exitosa conlleve cambios en el funcionamiento que ocurran en largos periodos de tiempo. Como la motivación es central a todos los aspectos del comportamiento, distorsiones en este sistema pueden afectar múltiples áreas funcionales.

Estas consecuencias no surgen rápidamente y, por lo tanto, no desaparecen abruptamente. Por lo tanto, las medidas de efectividad del tratamiento deben reflejar una perspectiva de la recuperación como un proceso sostenido de cambios que ocurren con el tiempo. Los objetivos del tratamiento podrían definirse como una reducción del número y la gravedad de los síntomas de un trastorno dado, un modelo que debe aplicar también para el consumo de sustancias y, de esta forma, el tratamiento podría centrarse en qué métodos tienen un impacto específico en qué síntomas (Uchtenhagen, 2012).

La psicología de las adicciones requiere de intervenciones breves y efectivas desarrolladas a partir de necesidades reales de los participantes y de una metodología científica que permita verificar su utilidad y pertinencia. En México, es común utilizar instrumentos psicológicos desarrollados en otros países, lo cual puede resultar en información imprecisa. Cada población tiene características propias, por lo que, para intentar comprender su comportamiento, se debe estudiar a partir del conocimiento brindado por la misma.

Los indicadores de respuesta al tratamiento que se utilizan comúnmente son seleccionados basándose en las recomendaciones de un grupo de expertos, más que en evaluaciones sistemáticas y empíricas. La ausencia de un índice clínicamente significativo basado en la evidencia del resultado del tratamiento dificulta las evaluaciones necesarias

para el progreso en la ciencia del tratamiento en adicciones. Se necesita identificar y adoptar estándares que permitan medir los resultados del tratamiento y la relevancia clínica (Carroll et al., 2014).

Un problema complejo y multifactorial como el que nos ocupa requiere estrategias también complejas para abordarlo. Como no existe una metodología capaz de dar cuenta por sí misma de todo el fenómeno, la estrategia seguida en el país ha sido conjuntar una amplia gama de metodologías puestas en marcha por diferentes instituciones. Estas han pretendido dar cuenta de:

- *La extensión del uso/abuso* (proporción de la población que usa sustancias, patrones de consumo, índice de abuso/dependencia).
- *La naturaleza del problema* (¿qué drogas se usan?, ¿por qué vía?, ¿qué proporción se inyecta drogas?, etc.).
- *Las características de las personas que usan drogas* (edad, sexo, nivel socioeconómico, etc.).
- *Los problemas asociados con el uso/abuso* (problemas familiares, laborales, legales, de salud, relación con el VIH, etc.).
- *Las tendencias del problema* (el problema ¿aumenta?, ¿disminuye?, ¿se manifiestan los mismos cambios en diferentes grupos de población?).
- *Las variables que incrementan el riesgo de que se experimente, se abuse o se desarrolle dependencia a las sustancias* (i.e., familiares y amigos que usan sustancias, percepción de riesgo, problemas interpersonales, valores sociales que limitan o promueven el uso, etc.).

- *Los factores de protección* (¿qué variables protegen a las personas de usar drogas o desarrollar dependencia en presencia de factores de riesgo?: baja tolerancia social, normas culturales, patrones de interacción familiar adecuados, elevada autoestima, etc.).
- *Las variables sociales y culturales propias del lugar en que ocurre el fenómeno* (por ejemplo, ¿qué factores se han dado que pudieran explicar los cambios en la prevalencia del problema?: aumento de la disponibilidad; cambios en reglamentos que regulan la producción, la distribución o la venta de drogas legales; cambios en las prácticas de los traficantes de drogas, normalización del uso en la sociedad, etc.) (Medina-Mora et al., 2001).

Por otra parte, en el Informe Mundial sobre Drogas (UNODC, 2020) se considera que, si mejoraran ciertos ámbitos de investigación, se podría comprender mucho mejor los diferentes aspectos del problema de las drogas en todo el mundo. Algunos de estos aspectos son el desarrollo y aplicación de métodos innovadores y eficaces para estimar la magnitud del consumo de drogas, los trastornos por consumo de drogas, las consecuencias para la salud del consumo de drogas y la cobertura del tratamiento.

En la actualidad, algunos países basan esas estimaciones en datos administrativos (número de personas inscritas) o en la localización de “zonas críticas” y no tienen en cuenta que la población oculta de personas que consumen drogas es mucho mayor. La utilización de una metodología más innovadora ayudaría a superar ese sesgo en la información que se notifica.

De igual forma, se sugiere una ampliación de la investigación sobre las desigualdades socioeconómicas y el consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas en los

países de ingresos bajos y medianos. El corpus de las publicaciones sobre este tema se basa en la situación de los países desarrollados. Asimismo, es necesario reconocer e investigar la existencia de una secuencia de riesgos socioeconómicos de los trastornos por consumo de drogas a nivel de población, así como examinar la interacción entre múltiples fuentes de riesgo social (género, situación socioeconómica, situación de extranjería) en los países de ingresos bajos y medianos.

Ampliar las intervenciones de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas basadas en datos científicos que adopten un enfoque que tenga en cuenta múltiples factores, estén integradas dentro del sistema general de salud de cada país, sean asequibles y atractivas, estén disponibles y sean accesibles en entornos tanto rurales como urbanos, reemplacen los castigos o el encarcelamiento, estén a disposición de las personas que las necesiten, se basen en los principios de los derechos humanos y la ética y atiendan las diversas necesidades de las personas con trastornos por consumo de drogas.

Asimismo, para abordar los estigmas que acarrearán el consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas es preciso que se comprenda que en el inicio del consumo de drogas y en la aparición de trastornos por consumo de drogas influyen factores que a menudo escapan del control de las personas.

La interacción entre diversos factores de protección y de riesgo en diferentes planos, como el plano personal y el de los progenitores, la familia y la escuela y los pares, y la influencia del entorno físico y socioeconómico pueden hacer a una persona vulnerable al consumo de drogas y a los trastornos por consumo de drogas. De igual modo, reforzar la idea de que los trastornos por consumo de drogas son afecciones crónicas, recurrentes, complejas y de múltiples facetas que requieren atención continua e intervenciones basadas

en muchas disciplinas puede ayudar a reducir o eliminar los estigmas asociados al consumo de drogas. Los problemas asociados al consumo de sustancias, generalmente se estudian a partir de concepciones teóricas y pocas veces se recurre a personas que consumen sustancias, sus experiencias y opiniones al respecto.

Objetivos

En la presente investigación, se pretende identificar cuáles son los principales problemas que experimentan las personas que consumen sustancias psicoactivas y la gravedad con que estos problemas afectan su vida cotidiana, para ello se recurrirá a la técnica de grupos focales.

Objetivos Específicos:

1. Explorar los principales problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas a partir de la percepción de las personas que consumen y participan en un tratamiento.
2. Identificar los problemas asociados al consumo de sustancias más comunes entre las personas que consumen y las áreas de la vida cotidiana que se ven afectadas por estos.
3. Construir, a partir de estos resultados, un instrumento que permita evaluar la gravedad de los problemas asociados al consumo de sustancias.
4. Validar la escala de gravedad de los problemas asociados al consumo de sustancias.

Definición de Variables

Se define problema como un desequilibrio percibido entre las exigencias y la disponibilidad de respuesta. La persona en dicha situación percibe una discrepancia entre “lo que es” y “lo que debería ser” en condiciones donde los medios para reducir la discrepancia no están inmediatamente disponibles (Nezu y D’Zurilla, 2007).

Los problemas asociados al consumo de sustancias se definen en este proyecto como dificultades en todos los ámbitos de la vida de una persona relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas (pareja, académico, laboral, económico, familiar, salud mental y física, sexual, social, legal, uso de sustancias, psicológico). Estos se han medido anteriormente como parte de un fenómeno mayor, por ejemplo, como un indicador del nivel de dependencia a las drogas. Debido a esto, se incluyen pocos reactivos en instrumentos de tamizaje, los cuáles únicamente preguntan si se han presentado problemas relacionados con el consumo o no.

Por otro lado, se considera que los problemas asociados al consumo pueden ser diversos, ya que cada droga tiene diferentes efectos tanto en el Sistema Nervioso Central como en el comportamiento de quien las consume. Es por esto, que se busca trabajar con todas las sustancias y edades disponibles, para que sea posible comparar y contrastar la gravedad de los problemas según ciertas variables como sexo, edad, patrón de consumo y sustancia de elección.

Después de consultar distintas investigaciones de validación del instrumento de medición de la Severidad de la Adicción (McLellan et al., 1980), se define gravedad como la desviación percibida de la función óptima en ciertas áreas de la vida que se pueden ver afectadas por el consumo de sustancias. En otras palabras, cómo percibe el individuo su funcionamiento actual en el ámbito de la salud, psicológico, social, familiar, entre otros.

Método

El cumplimiento de los objetivos de la investigación requirió la ejecución de un estudio en tres fases. En la primera, se identificaron las áreas de la vida en las que se presentan los problemas más relevantes asociados al consumo de sustancias desde el punto de vista de un

grupo de participantes en tratamiento por consumo de sustancias, a través de grupos focales. La segunda fase estuvo dedicada a la construcción del instrumento a partir de los hallazgos de la fase 1. Y, finalmente, la tercera fase consistió en la validación del instrumento y la determinación de sus propiedades psicométricas. El método y técnicas específicas empleadas en cada fase se describen con mayor detalle a continuación.

Fase I: Identificación de problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas

Esta fase se llevó a cabo mediante grupos focales, es decir, grupos pequeños de discusión guiados por un facilitador. Esta técnica de recolección de información permite conocer opiniones de un tema designado para llevar a cabo una acción futura. La composición del grupo fue planeada cuidadosamente para crear un ambiente en el cual las personas se sientan libres de participar abiertamente. Se animó a los miembros a expresar sus opiniones y responder a las preguntas, para lograr el objetivo de recolectar información abierta en corto tiempo. Las respuestas en un grupo focal son abiertas y cualitativas, lo que las hace profundas y variadas. Por lo tanto, se utiliza el grupo focal para saber lo que la gente realmente siente y piensa acerca de un tema específico (Fawcett et al., 1992).

Los grupos focales utilizados como técnica de validación permiten obtener información relevante, ya que se trabaja con personas con características similares a aquellas a quienes se dirigirá el instrumento a validar. Sus funciones en esta investigación fueron: generar hipótesis, explorar las necesidades percibidas, generar información para dar estructura a otras técnicas, explorar la sintaxis y el vocabulario adecuado y dar comprensión a la información y a la teoría.

Participantes.

En esta primera fase, se buscó la participación de hombres y mujeres que consumen sustancias y que recibían tratamiento para la reducción o eliminación del consumo de sustancias en un centro de atención, ubicado en el sur de la Ciudad de México. En esta etapa se contó con 8 participantes. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad, ser participante con expediente abierto en el centro de atención, acceder a participar (leyendo y firmando el consentimiento informado) y tener disponibilidad de horario para la participación. En cuanto a los criterios de exclusión, se consideró el ser menor de edad y la incapacidad de comprender las instrucciones.

Instrumento.

En la tabla 5 se muestran las preguntas estímulo que se emplearon para guiar la discusión en los grupos focales. Estas preguntas se formularon con base en la teoría consultada acerca de la función y estructura de los grupos focales, y acerca de los problemas asociados al consumo de sustancias. En los estudios citados en el apartado de aciertos y desaciertos de la investigación, se reporta que los problemas relacionados con el consumo de sustancias se externalizan en diversas áreas de la vida de la persona; así como se refiere que comúnmente la decisión de asistir a tratamiento se ve influenciada por las principales consecuencias del consumo de sustancias. Por lo anterior, se tomó la decisión de formular preguntas relacionadas con los problemas, la gravedad de estos, las decisiones y los cambios relacionados con el consumo de sustancias y percibidos por los participantes.

Tabla 5*Preguntas estímulo para el desarrollo del grupo focal*

Etapa del GF	Estímulo
Introducción/contexto	Introducción al grupo focal ¿Por qué tomó la decisión de asistir a tratamiento?
Transición	¿Cómo se dio cuenta de que tenía un problema de consumo? ¿Cómo era su vida antes del consumo (excesivo)? ¿Qué cambios notó una vez que empezó a consumir?
Centrales	¿El consumo de sustancias le ha generado problemas? ¿De qué tipo? (áreas: familiar, económico, laboral, etc.) ¿Cuáles considera que son los más graves? ¿Por qué? ¿Ha tenido pérdidas debido al consumo de sustancias? ¿De qué tipo? ¿Qué cambios ha experimentado a partir de que asiste a tratamiento?
Cierre	Conclusiones

Procedimiento.

En primer lugar, el protocolo fue revisado y aprobado por el comité tutorial conformado por la revisora principal de la investigación, la directora del centro de prevención en adicciones y una especialista en adicciones que labora en el centro mencionado, quienes verificaron los aspectos científicos y los aspectos éticos del proyecto, por ejemplo, verificar que el consentimiento informado abordara todos los puntos necesarios, además de asegurar la salvaguarda de la confidencialidad. De igual forma, se contó con la participación de un psicólogo que fungió de observador, quién se encargó de supervisar el desarrollo de los grupos focales y de que se cumpliera con los puntos estipulados en el consentimiento de participación.

Los participantes fueron contactados personalmente por la encargada de la investigación en el centro de tratamiento; sin embargo, la invitación se extendió por vía telefónica a algunos individuos que proporcionaron su número telefónico al centro de atención. Los participantes aceptaron voluntariamente formar parte del estudio, leyendo y firmando un consentimiento de participación y confidencialidad. En la invitación se mencionó el objetivo principal de la investigación, así como el propósito y duración de su participación. De igual manera, se les aseguró la confidencialidad de la información proporcionada. Esta información se les proporcionó nuevamente antes de iniciar con cada grupo focal.

Se integraron dos grupos focales, uno de hombres y otro de mujeres. Se tomó la decisión de separar a los participantes por sexo, para que hubiera mayor sentido de pertenencia y confianza para participar libremente. El primer grupo focal se llevó a cabo el viernes 9 de noviembre de 2018 en las instalaciones de un centro de adicciones al sur de la ciudad de México. Consistió en una reunión entre la moderadora, el observador y cinco participantes (hombres), los cuales aceptaron compartir sus nombres y sustancias de consumo. Sin embargo, en el reporte de la investigación se utilizaron pseudónimos para proteger las identidades de los participantes.

El segundo grupo focal se llevó a cabo el viernes 7 de diciembre de 2018. Consistió en una reunión entre la moderadora, el observador y tres participantes (mujeres), quienes también aceptaron compartir sus nombres y sustancias de consumo; sin embargo, se utilizaron pseudónimos. Cabe mencionar que el proceso de reclutamiento de participantes de este grupo fue más complicado, esto puede ser debido a que son menos las mujeres que

acuden al centro de adicciones, probablemente por los estigmas a los cuales se tienen que enfrentar las mujeres que buscan tratamiento.

En ambos grupos la discusión fue dirigida y guiada por la moderadora. Cada grupo tuvo una duración aproximada de 90 minutos. En primer lugar, se identificaron frente al grupo la moderadora y el observador, posteriormente, se proporcionó una introducción, explicando los objetivos del grupo focal y de la investigación y por último se les entregó el consentimiento de participación, en el cual ellos accedían a la grabación de audio de la reunión.

Una vez finalizados ambos grupos, se procedió a examinar la información obtenida por medio de una transcripción y análisis de las participaciones. De esta forma, se pudieron identificar las principales categorías o esferas de la vida de una persona que se ven afectadas por el consumo, para, posteriormente, desarrollar una forma de evaluación efectiva en cuanto a los principales problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas y la gravedad con que los participantes los perciben.

Resultados.

En la tabla 6 se presentan las características de los hombres y mujeres que formaron parte de los grupos focales, como puede observarse los hombres acuden a tratamiento por el consumo de diferentes sustancias, incluyendo marihuana, piedra, inhalables, alcohol y tabaco; mientras que las mujeres que participaron acuden por consumo excesivo de alcohol. Por otro lado, los participantes hombres acuden a tratamiento desde edades más tempranas, lo que puede relacionarse con que las mujeres tardan más en buscar tratamiento y esto, a su vez, puede asociarse a los estigmas que tienen las mujeres en el ámbito de las adicciones y el consumo de sustancias.

Tabla 6*Descripción de los participantes de los grupos focales.*

Identificación	Sexo	Edad	Sustancia de consumo	Tiempo de consumo	Estado actual
1 (A)	H	23	Marihuana	5 años	No consume desde hace 7 meses.
2 (T)	H	25	Marihuana, LSD	5 años	No consume ninguna sustancia desde hace 1 año.
3 (D)	H	26	Inhalables, alcohol, marihuana	10 años	Consume semanalmente alcohol y marihuana.
4 (J)	H	36	Piedra, alcohol	14 años	No consume ninguna sustancia desde hace 6 meses.
5 (J)	H	44	Alcohol, tabaco	29 años	No consume ninguna sustancia desde hace 3 meses

Identificación	Sexo	Edad	Sustancia que consume	Tiempo de consumo	Estado actual
6 (I)	M	28	Alcohol y marihuana	14 años	Consume con moderación (3 copas estándar una vez a la semana). No consume marihuana.
7 (J)	M	30	Alcohol	15 años	No consume y está llevando tratamiento farmacológico desde hace 1 mes.
8 (L)	M	34	Alcohol	10 años	No consume desde hace 2 meses

En el grupo de hombres, predominan los problemas relacionados con el área de la salud física, económica y familiar. Uno de los participantes comentó lo siguiente: “me empecé a desatender de todo: de mí, de mi familia, del trabajo... primero noté los cambios

físicos, tenía la cara demacrada, no me importaba mi limpieza ni mi presentación; pero lo que me hizo acudir a tratamiento fue el hecho de que ya no podía parar.”

Otro de los comentarios que surgió en el grupo focal y que fue un importante indicador de la afectación general, fue el siguiente: “Me he alejado de mi familia por querer estar completamente solo y perdí su confianza. Tampoco tengo amigos, hasta mis viejas amistades (del barrio) empezaron a alejarse de mí debido a mis excesos, ya ni ellos me aguantaban el ritmo. He tenido unos 25 trabajos y en su mayoría los he perdido porque, cuando me agarraba 3 o 4 días de consumo, simplemente ya no regresaba, aunque también me corrían por consumir en las instalaciones o llegar bajo la influencia de las sustancias. También he notado cambios en mi salud que se han visto reflejados en mi cuerpo, como temblores, bajar de peso, verme mal.”

Por otra parte, el grupo de mujeres percibe como mayores problemas aquellos relacionados con el ámbito psicológico, de salud física y de dependencia a las sustancias, en ese orden. Una de las participantes comentó lo siguiente: “los primeros problemas que se me vienen a la mente son los familiares. Mi relación con mi familia y con mi pareja cambió completamente porque ya no me creían nada. También llegué a gastarme dinero que no era mío para salir a tomar o hasta para tomar yo sola en mi casa. Me peleaba con todo mundo si me decían que estaba tomando más de lo normal, me ponía agresiva, insultaba, gritaba. En el trabajo empecé a faltar mucho y aunque me dieron chance de seguir ahí, estuve en la cuerda floja un buen rato porque no le daba la importancia que se merecía. También tuve un accidente en el coche, que, aunque terminó conmigo 72 horas detenida, pudo haber terminado en algo mucho peor.”

Otra de las participantes comentó: “yo diría que mi mayor pérdida ha sido mi salud, tanto mental como física. A partir de que empecé a tomar siento que me veo más vieja y cansada. Tengo dolores que antes no tenía y muchos problemas de depresión.” Los principales problemas mencionados en ambos grupos se presentan clasificados en áreas a continuación:

Grupo focal H:

1. **Económico:** pérdida de bienes, gasto excesivo, inestabilidad, depender de otras personas.
2. **Familiar:** peleas, pérdida de confianza, desatención, exclusión.
3. **Pareja:** separación, discusiones.
4. **Salud:** problemas estomacales, bajo rendimiento físico, temblores, pérdida de peso, insomnio, deterioro, bajas defensas (enfermar fácilmente).
5. **Psicológico:** falta de memoria, falta de concentración, desmotivación, pobre manejo de las emociones, actitud negativa, alteraciones en el procesamiento de información.
6. **Laboral:** pérdida de empleo, falta de productividad, problemas con personas en el trabajo, pérdida de oportunidades.
7. **Escolar:** pérdida de año escolar, inasistencia, bajo rendimiento.
8. **Social:** pérdida de amigos, exclusión, peleas bajo la influencia de las sustancias.

Grupo focal M:

1. **Económico:** gasto excesivo.
2. **Familiar:** peleas, pérdida de confianza, mentiras.
3. **Pareja:** separación, discusiones, infidelidades.

4. **Salud:** fuerte resaca, pérdida de peso, insomnio, deterioro, accidentes, caídas.
5. **Psicológico:** desmotivación, pobre manejo de las emociones, lagunas mentales, ansiedad, depresión, frustración, agresividad.
6. **Laboral:** falta de productividad, problemas con personas en el trabajo, ausentismo.
7. **Social:** pérdida de amigos, aislamiento.
8. **Dependencia:** recaídas, mayor cantidad de consumo, mayor frecuencia de consumo, necesidad por la sustancia, síndrome de abstinencia.

De estos resultados se obtuvieron, en primer lugar, las categorías a tomar en cuenta para el instrumento y, en segundo lugar, información cualitativa relevante acerca de las consecuencias y los problemas asociados al consumo de sustancias en la vida de las personas.

En ambos grupos se encontraron ocho áreas, pero los hombres mencionaron como relevantes los problemas escolares (perder el año, inasistencias continuas y bajo rendimiento escolar), mientras que las mujeres incluyeron los problemas propios de la dependencia a sustancias (recaídas, mayor frecuencia y cantidad en el consumo, síndrome de abstinencia). Lo encontrado coincide con un estudio realizado por Herruzo et al. (2016) en el cual las mujeres percibieron mayor riesgo que los hombres en las seis dimensiones consultadas. (accidentes de tráfico, problemas psíquicos como ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, etc., problemas en casa o de relación con los amigos, problemas legales, capacidad de hacer tareas y provocar enfermedades crónicas o problemas de salud física). Esto se relaciona con la percepción de riesgo que tienen las mujeres sobre el consumo, quienes lo ven como algo grave y peligroso, mientras que los hombres podrían percibirlo como algo más común.

Fase II: Construcción del Instrumento

Con la información obtenida de la primera fase, se procedió a iniciar el proceso de preparación para crear la primera versión del instrumento, incluyendo la mayor cantidad de reactivos posibles obtenidos tanto de la revisión teórica, como de la información de los grupos focales. Esta fase, a su vez, se dividió en dos partes, ya que se realizó un proceso de jueceo y, posteriormente, la versión revisada se sometió a un piloteo con participantes en tratamiento.

A) Jueceo

Participantes. En esta parte se contó con la colaboración de cuatro profesionales de la salud especialistas en el campo de las adicciones: una de ellas cuenta con el grado de doctorado en Psicología, especialista en el trabajo con familiares de personas con problemas de adicción, otros dos participantes cuentan con maestría en Psicología de las Adicciones por parte de la UNAM y otra más con especialidad en Psicología de las Adicciones, también por parte de la UNAM.

Instrumento. Se realizó el primer acercamiento a un instrumento de medición como tal. La primera versión de la escala estaba conformada por 70 reactivos que fueron planeados en formato de escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta. Como parte del primer paso, en esta versión se incluyeron tanto reactivos basados en información rescatada de la revisión teórica (reactivos tomados del ASI, EPPACD, ADAS, RAPI, CAD, POSIT, etc. citados previamente), como reactivos redactados cuidadosamente con base en los problemas mencionados por los participantes en los grupos focales. Esta primera versión junto con las áreas de clasificación se puede encontrar al final del documento en el Anexo 1.

Procedimiento. Se contactó a los cuatro profesionales en salud mental y adicciones personalmente. Tres de ellos revisaron la primera versión (impresa) del instrumento. Por otro lado, el instrumento fue enviado por medio de correo electrónico y revisado (en su versión electrónica) por otro de los jueces. Las indicaciones fueron las siguientes: *Lea con atención las instrucciones, las opciones de respuesta y los reactivos e indique observaciones y sugerencias de redacción, gramática, orden o sentido teórico.* Se incluyó una columna al final de cada reactivo para escribir dichas observaciones.

Resultados. Se recibieron observaciones y sugerencias de los cuatro profesionales y se tomaron en cuenta sus aportaciones para crear la segunda versión del instrumento que se piloteó en esta fase II. De acuerdo con las observaciones, el primer cambio fue en cuanto al número de reactivos, ya que los cuatro profesionales mencionaron que se podía reducir utilizando una mejor redacción, eliminando los que resultaban repetitivos.

Con respecto al formato, se sugirió plasmar los reactivos en su forma de escala tipo Likert. Los expertos también mencionaron que no era necesario dividirlos por categoría o clasificarlos, ya que podría haber cierto sesgo por parte de los participantes. De igual manera, se realizaron cambios en cuanto a la claridad de las instrucciones, cambiando el lenguaje por palabras coloquiales. Se agregaron ciertos datos sociodemográficos requeridos, se cambió la redacción y el orden de los reactivos. Las modificaciones se encuentran en la siguiente tabla y la versión resultante de esta etapa se verá más adelante.

Tabla 7.

Observaciones realizadas en la validación de contenido por medio del jueceo.

Redacción original	Cambios realizados
Instrucciones: A continuación, se presenta una serie de problemas asociados al consumo de sustancias. Encierre en un círculo el número que represente la severidad del problema que vive actualmente.	Modificar: "A continuación, se presenta una lista de situaciones o problemas que algunas personas han experimentado como consecuencia del consumo de sustancias. Por favor, indique si en <u>los últimos tres meses</u> ha tenido estos problemas y qué tan graves considera que son, para ello, <u>encierre</u> en un círculo el número que represente la severidad o gravedad del problema."
Algunos reactivos se presentaban sin relacionarse al consumo de sustancias.	Agregar al inicio la frase "Debido a mi consumo" para evitar que los participantes contesten de manera general.
Los reactivos se encontraban en orden según el área al que pertenecían. Ejemplo: "Salud física, salud mental, relación de pareja"	Aleatorizar los reactivos y quitar la primera columna en la que se especificaba el área de vida a la que pertenecía.
Reactivo: "Cuando no consumo tengo síntomas de abstinencia."	Especificar: "Cuando no consumo tengo síntomas como: temblores, ansiedad, sudoración, náuseas, etc."
Reactivo: "He tenido una separación por mi consumo."	Especificar: "Me he separado de mi pareja"
Reactivo: "Tengo mala conducta en la escuela."	Modificar y especificar: "He perdido un periodo escolar", "He dejado de asistir a la escuela", "Me han suspendido o expulsado", "Tengo bajo rendimiento escolar".
Reactivos: "Tengo problemas estomacales", "Tengo dolores en la espalda", "Tengo una enfermedad del hígado o corazón", "Ya no me interesa mi vida sexual".	En lugar de utilizar problemas, dolores y enfermedades específicas, convertir esos reactivos a preguntas abiertas para explorar si existe algún dolor o enfermedad. "Tengo alguna enfermedad diagnosticada (ej. mental, pulmonar, cardíaca). Anótala: _____. Tengo problemas con mi vida sexual (ej. desinterés, impotencia, frigidez) Anótalo: _____. Tengo algún dolor (ej. estómago, hígado, riñones). Anótalo: _____."

B) Piloteo

Participantes. En el piloteo del instrumento participaron un total de 10 hombres y mujeres que consumen sustancias psicoactivas y se les reclutó en un par de centros de tratamiento, uno psiquiátrico y el otro psicológico. De manera similar a la aplicación de grupos focales, los únicos criterios de exclusión fueron ser menor de edad y no contar con la capacidad de leer y comprender las instrucciones del consentimiento informado. La descripción detallada de los participantes se incluye en el apartado de resultados.

Instrumento. Se utilizó la segunda versión creada a partir de las aportaciones de los profesionales en salud mental y adicciones. Se cambió el formato al de escala numérica, según las observaciones y sugerencias realizadas. Se redactaron un total de 64 reactivos, se agregaron instrucciones claras y un cuadro de datos descriptivos. Esta versión se incluye en los Anexos (2).

Procedimiento. En el piloteo la aproximación fue directamente con los participantes en dos centros de tratamiento para personas con consumo de sustancias en la Ciudad de México. Se les pidió su colaboración personalmente y se les entregó la segunda versión de la escala, pidiéndoles que la contestaran en silencio y anotaran sus dudas y observaciones. Se les dejó contestar durante 25 minutos, en los cuales no se les resolvían dudas, esto para corroborar que el lenguaje fuera adecuado y que las instrucciones estuvieran redactadas con claridad. De los 10 participantes en el piloteo, 9 necesitaron menos de 25 minutos para concluir la prueba. Todos hicieron anotaciones, las cuales se tomaron en cuenta para la siguiente versión de la escala.

Resultados. En la siguiente tabla se muestran las características de los participantes.

Tabla 8*Descripción de los participantes en el piloteo (Fase II)*

Identificación	Sexo	Edad	Sustancia de consumo	Tiempo de consumo
1	H	37	Piedra	10 años
2	H	21	Alcohol y cocaína	6 años
3	H	26	Inhalables y marihuana	8 años
4	H	30	Cristal y marihuana	11 años
5	H	30	Cocaína	12 años
6	H	31	Cristal y benzodiazepinas	10 años
7	H	29	Cocaína	9 años
8	M	22	Benzodiazepinas	2 años
9	M	28	Alcohol y cocaína	10 años
10	M	19	Marihuana y benzodiazepinas	1 año

En relación con los comentarios de los participantes, dos hicieron la observación de que el concepto de gravedad era un tanto arbitrario y no sabían si responder problema moderado o grave. Esto se resolvió incluyendo mayor claridad en las instrucciones y se les refirió que utilicen la escala numérica (es decir, 4 es más grave que 3). Otras observaciones se referían a algunos reactivos en específico, por ejemplo, se eliminó un reactivo relacionado con problemas estomacales debido a que algunos de los participantes refirieron haberlos tenido toda la vida, inclusive antes de consumir sustancias. Quienes tenían cierto tiempo sin consumo, se preguntaban si tenían que responder de acuerdo con aquellos tiempos de mayor consumo o a la actualidad, se les refirió que respondieran según los últimos tres meses como lo indica el instrumento.

Tomando en cuenta los comentarios y después de revisar la escala, se creó la tercera y última versión que se sometió al proceso de validación, la cual se encuentra en el anexo 3. El instrumento final incluye un total de 60 reactivos, con cinco opciones de respuesta que van desde 0= no es un problema para mí, hasta el 4= es un problema muy grave para mí. Se incluyen mayor cantidad en las áreas de la vida que se ven más afectadas según la

percepción de los participantes, de los profesionales de la salud y según la revisión teórica realizada previamente.

En cuanto a problemas de salud mental y psicológicos, se incluyen 12 reactivos (4, 20, 22, 24, 29, 31, 32, 39, 40, 45, 46, 47), que es el mayor número para un área específica dentro de este instrumento. En el área de salud física, se incluyen 10 reactivos (2, 12, 23, 30, 38, 43, 44, 49, 50, 51) los cuales se refieren a las afecciones en el cuerpo y en los hábitos de vida cotidianos. El ámbito familiar fue el tercero más referenciado, por lo tanto, incluye 7 reactivos (7, 11, 16, 19, 26, 35, 41).

Tanto en el área social (8, 17, 27, 34, 52, 56) y laboral (10, 14, 28, 36, 42, 57), como en la dependencia (53, 54, 55, 58, 59, 60), se incluyen 6 reactivos. Con respecto a la vida sexual y de pareja, se incluyen 5 reactivos (3, 15, 18, 33, 48) y de los problemas escolares (5, 13, 25, 37) y económicos (1, 6, 9, 21), se incluyen 4 reactivos. Esto probablemente debido a que no toda la población se encuentra en edades escolares y que los problemas económicos no parecieran tan relevantes si se les compara con la salud física o mental.

Fase III: Validación de la Escala de Medición

Una vez modificada la versión preliminar del instrumento, tomando en cuenta las observaciones realizadas durante el jueceo y el piloteo, se procedió a realizar la validación de la escala con una muestra más amplia.

Participantes.

Se conformó una muestra no probabilística de personas que se encontraban en tratamiento para reducir o eliminar el consumo de sustancias. Para formar parte de esta investigación, los criterios de inclusión fueron: a) ser mayor de edad o contar con un tutor

disponible que se hiciera responsable del menor, b) estar en condiciones de leer y aceptar los términos de la investigación, c) firmar el consentimiento informado y d) acudir a tratamiento por consumo de sustancias.

Los criterios de exclusión fueron: a) no saber leer o escribir, ya que era necesario leer a conciencia el consentimiento informado y b) no estar en condiciones físicas o mentales para responder la prueba (consumo reciente, comorbilidad psiquiátrica, desorientación). Las características de la muestra se describen más adelante.

Instrumento.

En el anexo 3, se presenta la versión de la Escala de Gravedad de Problemas Asociados al Consumo (EGPAC) tal y como fue utilizada para la validación. Esta escala ya fue descrita en la sección de Resultados de la Fase II.

Procedimiento.

El proceso de recolección de datos tuvo una duración de 9 meses (abril a diciembre del año 2019). Se llevó a cabo con población mexicana que cumpliera los criterios de inclusión y que fueron contactados en distintos centros de tratamiento en las ciudades de México, Mérida y San Luis Potosí. Se contactaron personas de estas tres ciudades pretendiendo lograr una visión más completa de las personas que son parte del fenómeno de consumo de sustancias en México. Los centros de tratamiento ambulatorio fueron abiertos y accesibles, sin embargo, por la gran demanda de tratamiento, hubo ocasiones en las que se aplicó la prueba de forma grupal. Se considera que esto no tuvo mayor influencia en las respuestas, ya que, a pesar de estar en grupo, la información fue recabada de manera individual.

Consideraciones Éticas. Durante cada fase de la investigación, fue un requerimiento obligatorio la firma del consentimiento informado de participación, en éste se aseguró la confidencialidad de la información, así como los objetivos del estudio y el uso de los datos. Se usaron pseudónimos y se omiten los nombres de los centros de tratamiento para asegurar el anonimato.

Plan de Análisis. Se obtuvieron frecuencias simples para la descripción de la muestra y la distribución del consumo de sustancias. El análisis de las propiedades del instrumento se inició obteniendo las medidas de tendencia central para cada reactivo, el poder de discriminación de los reactivos se estableció mediante la comparación de grupos extremos con la prueba *t* de Student para grupos independientes. Posteriormente, se realizó el análisis factorial exploratorio de componentes principales y rotación Varimax, para ello se consideraron como válidas las cargas factoriales iguales o superiores a 0.50 y se eliminaron los factores compuestos por menos de 3 reactivos. La confiabilidad se obtuvo mediante el coeficiente Alpha de Cronbach tanto global como para cada subescala. Finalmente se comparó la media de respuesta en cada subescala por sexo, edad y otras variables sociodemográficas mediante la prueba *t* de Student y ANOVA de un factor. Todos los análisis estadísticos se realizaron en el paquete SPSS versión 26.

Resultados.

Características de los Participantes. En la tabla 9 se presentan los datos sociodemográficos descriptivos de los participantes. La muestra total fue de 264 participantes, de los cuales 80.3% son hombres y 19.7% mujeres. El rango de edades fue desde los 13 hasta los 60 años, siendo la media de edad 30 años y la edad que más se repitió 20 años. Según el Reporte de Demanda de Tratamiento (Observatorio Mexicano de Salud

Mental y Consumo de Drogas, 2023), los usuarios iniciaron el consumo de la sustancia de impacto en promedio a los 19 años. Considerando que la edad promedio de ingreso a tratamiento fueron los 29 años, pasaron 10 años desde la experimentación hasta la solicitud de atención por el uso de la sustancia de impacto.

De manera similar a la presente investigación, se puede sugerir que la mayoría de los consumidores tienen su primer acercamiento con algún centro de tratamiento a edad temprana. Para los usuarios que eran menores de edad durante la investigación, se tomó en cuenta el consentimiento que firmaron los padres al pertenecer al centro de tratamiento. En cuanto al estado civil, la mayor parte de los participantes (58.3%) refiere ser soltero o soltera, mientras que el 30.9 % se encuentra casado o en unión libre y el 10.3% se ha divorciado o separado de su pareja (Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas, 2023).

Con respecto a la escolaridad, menos de la mitad (49.2%) de los participantes terminaron la secundaria, mientras que el 36% terminó la preparatoria y el 14.4% cuenta con una licenciatura. De los participantes, el 62.1% se encuentra empleado al momento de la aplicación de la prueba, mientras que el 19.3% de ellos están desempleados, el 10.2% se dedica a estudiar exclusivamente y 8.3% se dedica a las labores del hogar.

Los participantes fueron reclutados en distintos centros de tratamiento, obteniendo respuestas de 103 personas (39%) de algún centro de tratamiento público; 92 personas (34.8%) de un centro médico toxicológico y 69 personas (26.1%) de algún centro privado especializado en el tratamiento de adicciones.

Tabla 9*Características de los participantes.*

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	212	80.3
	Mujer	52	19.7
Estado Civil	Soltero	154	58.8
	Casado	48	18.2
	Unión libre	33	12.5
	Separado	18	6.8
	Divorciado	9	3.4
Escolaridad	Ninguna	4	1.5
	Primaria	21	8
	Secundaria	105	39.8
	Preparatoria	95	36
	Licenciatura	38	14.4
Ocupación	Estudio	27	10.2
	Trabajo	140	53
	Estudio y trabajo	24	9.1
	Labores del hogar	22	8.3
	Desempleo	51	19.3

En la tabla 10 se presentan las sustancias de consumo por las que acuden a tratamiento los hombres y mujeres que participan en esta investigación. De todos los participantes, el 69.7% (184) tuvo consumo en los últimos 3 meses, mientras que 30.3% (80) refirieron no haber tenido consumo en los 3 meses previos a la aplicación de la escala.

Tabla 10

Sustancia principal de consumo de acuerdo con el sexo.

Sustancia	Hombres		Mujeres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Alcohol	79	37.3	19	36.5	98	37.1
Tabaco	5	2.4	6	11.5	11	4.2
Marihuana	35	16.5	4	7.7	39	14.8
Cocaína / Piedra	43	20.3	6	11.5	49	18.6
Inhalables	12	5.7	5	9.6	17	6.4
Metanfetaminas / Cristal	36	17.0	12	23.1	48	18.2
Pastillas (benzodicepinas)	2	0.9	---	--	2	0.8

Análisis Discriminante. Se determinó la distribución de frecuencias, curtosis y asimetría, grupos contrastados y correlación ítem-total para cada uno de los 60 reactivos iniciales; tomando en cuenta los siguientes criterios:

1. Distribución: Para asegurar la normalidad de distribución, se descartaron aquellos que tuvieran más del 50% de las respuestas en una de las opciones (Calleja y Mason, 2020).
2. Curtosis y asimetría: Se descartaron aquellos reactivos con valores mayores a 1, ya que indican que la curva de distribución es aplanada y hay direccionalidad cargada hacia cierto lado (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010).
3. Grupos contrastados: se calcularon los puntajes t para comparar el grupo alto contra el bajo en cada uno de los reactivos y eliminar aquellos que no discriminaran entre ambos grupos ($p > .05$).
4. Correlación ítem-total: se obtuvo el índice de correlación de cada ítem con la escala total. Esto se realizó eliminando cada reactivo y corriendo los análisis

nuevamente (Índice de Homogeneidad corregida, IHc). Se descartaron los reactivos con correlaciones $<.20$ (Schmeiser y Welch, 2006).

En las tablas 11, 12 y 13 se muestran todos los reactivos según el análisis discriminante. Se marcan con una X los criterios que se cumplen. Los reactivos que cumplieron dos o más de los rubros mencionados anteriormente se mantienen y se consideran adecuados; aquellos que no cumplen al menos con dos de los criterios son eliminados y resaltados con color gris (13, 25, 37, 48, 51 y 52).

Tabla 11

Análisis discriminante de los reactivos.

Reactivo	Distribución frecuencias	Curtosis / asimetría	Grupos contrastados	Correlación ítem-total
1. A veces tengo dinero y a veces no	X		X	X
2. Descuido mi aspecto físico	X		X	X
3. Discuto con mi pareja	X		X	X
4. Es difícil para mí recordar las cosas	X			X
5. He dejado de asistir a la escuela		X	X	X
6. He gastado mucho dinero	X	X	X	X
7. He dejado de atender a mi familia	X			X
8. He perdido amigos o compañeros	X			X
9. He perdido bienes (ej. casa, auto, tv)			X	X
10. He perdido oportunidades de crecimiento u ofertas de trabajo	X			X
11. He perdido la confianza de mi familia	X		X	X
12. He perdido peso	X		X	X
13. He perdido un periodo escolar			X	
14. He perdido un empleo			X	X
15. He sido infiel en mi relación de pareja		X	X	X
16. He sido violento con mi familia	X		X	X
17. He tenido peleas con otras personas	X			X
18. Me he separado de mi pareja	X		X	X
19. Le miento a mi familia	X			X
20. Me cuesta más trabajo entender las cosas	X	X	X	X

Tabla 12*Continuación de Tabla de Análisis discriminante de los reactivos.*

Reactivo	Distribución frecuencias	Curtosis / asimetría	Grupos contrastados	Correlación ítem-total
21. Dependo de otras personas económicamente	X		X	X
22. Me cuesta trabajo concentrarme en algo	X	X	X	X
23. Me da fuerte resaca (cruda)	X		X	X
24. Me es difícil controlar mis emociones	X			X
25. Me han suspendido o expulsado de la escuela			X	
26. Me he alejado de mi familia	X			X
27. Me he alejado de otras personas	X			X
28. Me he quedado desempleado			X	X
29. Me he vuelto agresivo	X		X	X
30. Me pongo en riesgo (ej.: sexo sin protección, malas compañías, quedo inconsciente fuera de casa)	X			X
31. Me siento ansioso o nervioso	X			X
32. Me siento culpable	X			X
33. Tengo relaciones de pareja inestables	X	X	X	X
34. Me siento excluido de mis grupos sociales	X	X	X	X
35. Mis sentimientos hacia seres queridos han cambiado	X		X	X
36. Soy menos productivo en el trabajo	X		X	X
37. Tengo bajo rendimiento escolar			X	
38. Tengo bajo rendimiento físico	X			X
39. Me siento triste	X			X
40. He tenido pensamientos suicidas	X	X	X	X
41. Tengo discusiones con mis familiares	X			X
42. Tengo problemas con personas en el trabajo			X	X
43. Me siento cansado	X		X	X
44. Tengo problemas para dormir	X			X
45. Me siento frustrado	X			X
46. Tengo una actitud negativa	X		X	X
47. Me siento desmotivado	X		X	X
48. Tengo problemas con mi vida sexual (ej: desinterés, impotencia, frigidez)			X	
49. He tenido algún accidente (ej: caídas, golpes, automovilístico)	X	X	X	

Tabla 13

Continuación de Tabla de Análisis discriminante de los reactivos.

Reactivo	Distribución frecuencias	Curtosis / asimetría	Grupos contrastados	Correlación ítem-total
50. Tengo algún dolor (ej: estómago, hígado, riñones)	X		X	
51. Tengo alguna enfermedad diagnosticada (ej: mental, pulmonar, cardíaca)			X	
52. Tengo algún problema legal (ej: encarcelamiento, orden de restricción, demanda)			X	
53. He intentado dejar de consumir, sin lograrlo	X			X
54. He tenido recaídas	X		X	X
55. Siento la necesidad de consumir	X		X	X
56. Mis únicos amigos son los que consumen conmigo			X	X
57. He faltado al trabajo por consumir o por recuperarme de los efectos de la sustancia	X		X	X
58. Cuando empiezo a consumir, no me puedo detener	X			X
59. He aumentado mi consumo (mayor cantidad o frecuencia)	X			X
60. Cuando no consumo tengo síntomas como: temblores, sudoración, angustia, ansiedad o náuseas	X		X	X

Análisis Factorial

Una vez descartados los seis reactivos que no contaron con las características adecuadas, se realizó el análisis factorial exploratorio. Éste tuvo la finalidad de extraer los grupos subyacentes al conjunto inicial de variables asociadas a los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

En el primer análisis se encontraron 10 factores, se eliminaron 21 reactivos que cargaban en más de un factor, y se eliminó también un factor que agrupaba solo dos reactivos. Se corrió un nuevo análisis con los 33 reactivos restantes.

Como se muestra en la tabla 14, en el segundo análisis se obtuvieron seis factores con un Alpha de Cronbach para la escala total de .949. La confiabilidad para las subescalas osciló entre .692 y .899. El porcentaje de varianza explicada fue de 63.187%.

El primer factor incluye 7 ítems que se refieren a los síntomas físicos de la adicción, es decir, dolores, bajo rendimiento, intentar dejar de consumir sin lograrlo, aumentar cantidad o frecuencia de consumo y síndrome de abstinencia. El segundo factor (7 reactivos) se refiere a síntomas psicológicos que pueden presentar las personas que acuden a tratamiento, por ejemplo: problemas para dormir, sentirse triste, desmotivado, frustrado, culpable. El tercer factor cuenta con 6 reactivos y se relaciona con pérdidas laborales y económicas, por ejemplo, perder un empleo, quedarse desempleado un periodo de tiempo y perder bienes.

El cuarto factor (5 ítems) se refiere a las dificultades familiares y a la agresividad, es decir, usar la violencia, discutir, pelear. El quinto factor incluye 5 ítems relacionados con afectaciones cognitivas, por ejemplo, dificultad para concentrarse, para recordar, para entender, entre otras. El sexto y último factor (3 reactivos) se refiere a las relaciones sociales y afectivas, como inestabilidad en la vida de pareja y problemas con otras personas.

Tabla 14

Análisis Factorial.

Reactivo	Factor	1	2	3	4	5	6
53. He intentado dejar de consumir, sin lograrlo		.784					
55. Siento la necesidad de consumir		.756					
54. He tenido recaídas		.749					
60. Cuando no consumo tengo síntomas como: temblores, sudoración, angustia, ansiedad o nauseas		.666					
59. He aumentado mi consumo (mayor cantidad o frecuencia)		.642					
38. Tengo bajo rendimiento físico		.562					
50. Tengo algún dolor (ej: estómago, hígado, riñones)		.476					
39. Me siento triste			.747				
47. Me siento desmotivado			.742				
46. Tengo una actitud negativa			.713				
45. Me siento frustrado			.710				
40. He tenido pensamientos suicidas			.603				
44. Tengo problemas para dormir			.597				
32. Me siento culpable			.588				
14. He perdido un empleo				.838			
28. Me he quedado desempleado				.831			
10. He perdido oportunidades de crecimiento u ofertas de trabajo				.769			
9. He perdido bienes (ej. casa, auto, tv)				.630			
1. A veces tengo dinero y a veces no				.482			
27. Me he alejado de otras personas				.408			
29. Me he vuelto agresivo					.779		
16. He sido violento con mi familia					.769		
17. He tenido peleas con otras personas					.672		
41. Tengo discusiones con mis familiares					.637		
19. Le miento a mi familia					.480		
22. Me cuesta trabajo concentrarme en algo						.708	
4. Es difícil para mí recordar las cosas						.694	
20. Me cuesta más trabajo entender las cosas						.675	
21. Dependo de otras personas económicamente						.504	
5. He dejado de asistir a la escuela						.443	
15. He sido infiel en mi relación de pareja							.753
33. Tengo relaciones de pareja inestables							.730
42. Tengo problemas con personas en el trabajo							.594
Varianza total explicada	63.187						
Alpha de Cronbach escala total	.949	.876	.899	.864	.856	.776	.692

Variables relacionadas con la gravedad de los problemas asociados al consumo de sustancias

Para identificar qué variables se relacionan con una mayor gravedad de los problemas asociados al consumo, se comparó la media de respuesta en cada una de las seis subescalas por sexo, estado civil, escolaridad, edad, ocupación, sustancia de impacto y consumo en los últimos tres meses.

En la tabla 15 se observa que en el factor 1 “síntomas físicos”, hay diferencias estadísticamente significativas entre quienes consumieron en los tres meses previos, el grupo de edad de 36 a 45 años, las personas desempleadas y quienes reportaron consumir “pastillas”. En el factor 2 “síntomas psicológicos” las diferencias significativas se observan únicamente en relación con la ocupación.

En el factor 3 “pérdidas económicas y laborales” se encontraron diferencias por sexo, edad, ocupación y sustancia de impacto, en tanto que para el factor 4 “problemas familiares” sólo hay diferencias significativas en la sustancia de impacto. Por otro lado, las “afectaciones cognitivas” que se indagan en el factor 5 difieren en cuanto al estado civil, la edad, la ocupación y la sustancia de impacto, algo similar se aprecia en el factor 6 “relaciones sociales” pero cabe señalar que, en este caso, el estado civil no tiene relevancia.

Tabla 15

Media de respuesta en cada subescala por características sociodemográficas, sustancia de impacto y consumo en los últimos tres meses.

	F1: Físico			F2: Psicológico			F3: Pérdidas económicas			F4: Familiar			F5: Cognitivo			F6: Relaciones sociales		
	Media	DE	t/gl	Media	Media	t/gl	DE	Media	t/gl	DE	Media	t/gl	DE	DE	t/gl	Media	DE	t/gl
Sexo																		
Hombre	12.97	7.62	-.89/	12.19	8.35	1.75/	10.49*	7.17	-2.58/	9.49	5.69	-.97/	7.17	5.02	1.01/	3.48	3.21	-1.73/
Mujer	11.88	8.44	257	14.36	7.62	259	7.34*	6.87	260*	8.62	5.70	259	7.98	5.71	261	2.59	3.70	261
Estado civil																		
Sin pareja	13.02	7.74	.806/	12.61	8.08	.06/	9.89	7.23	.223/	9.43	5.66	.43/	8.08	5.33	3.92/	3.33	3.34	.05/
Con pareja	12.17	7.94	269	12.68	7.93	257	9.67	7.14	258	9.09	5.69	257	5.61	4.36	185*	3.30	3.33	259
Escolaridad																		
Secundaria y -	12.36	7.82	-.73/	12.71	7.41	.15/	10.07	7.05	.56/	9.66	5.61	1.02/	7.61	5.40	.92/	3.09	3.04	-1.01/
Preparatoria y +	13.07	7.76	256	12.56	8.63	258	9.57	7.32	259	8.93	5.76	258	7.02	4.94	260	3.50	3.58	260
Consumo últimos 3 meses																		
Sí	14.23	7.19	4.84/	12.77	7.86	.45/	9.83	7.47	-.11/	9.42	5.40	.42/	7.67	4.98	1.62/	3.07	4.98	-1.74/
No	9.33	8.07	257***	12.27	8.44	259	9.95	6.61	260	9.07	6.35	126	6.55	5.51	261	3.85	5.51	261
	Media	DE	F/gl	Media	Media	F/gl	DE	Media	F/gl	DE	Media	F/gl	DE	DE	F/gl	Media	DE	F/gl
Edad																		
13 a 17 años	10.78	7.43	2.56/	12.37	7.95	1.50/	6.78	5.96	4.70/	9.90	5.80	2.33/	8.46	5.53	4.78/	2.25	3.10	2.51/
18 a 25 años	13.36	6.99	4, 248*	12.49	7.42	4, 249	10.02	7.42	4, 250**	9.55	5.49	4, 249	8.80	5.46	4, 251**	3.11	3.10	4, 251*
26 a 35 años	13.42	7.16		13.23	8.41		10.58	6.88		9.81	5.93		6.73	4.64		3.58	3.44	
36 a 45 años	14.08	8.35		13.48	7.70		11.98	7.83		9.45	5.92		7.00	5.32		4.11	3.62	
46 y más años	9.53	6.87		9.46	8.44		6.57	5.84		6.38	4.68		4.48	3.84		2.33	2.70	
Ocupación																		
Estudia	11.22	6.99	4.51/	11.29	7.72	2.49/	4.96	3.12	15.46/	8.81	5.87	2.15/	8.38	50.2	8.75/	1.34	2.07	6.26/
Trabaja	12.92	7.89	4, 254**	12.45	7.92	4, 256*	10.11	6.82	4, 257***	9.55	5.78	4, 256	6.18	4.51	4, 258***	3.80	3.39	4, 258***
Est y trabaja	8.56	6.48		9.50	7.76		5.62	5.56		6.58	5.05		5.58	4.47		2.62	3.00	
Desempleo	15.86	7.81		15.26	7.82		15.01	7.30		10.52	5.73		10.60	5.18		4.09	3.38	
Ama de casa	10.63	6.51		12.86	8.74		6.59	6.36		8.72	4.81		7.68	6.51		1.40	2.75	
Sustancia Tx																		
Alcohol	12.21	8.11	2.48/	12.36	8.61	145/	9.06	6.96	6.96/	8.87	5.30	5.43/	6.51	4.77	3.80/	3.45	3.16	3.73/
Tabaco	11.18	9.31	6, 252*	12.00	9.06	6, 254	2.63	2.57	6, 254***	4.00	5.83	6,	4.00	5.44	6, 256**	2.45	3.67	6, 256**
Marihuana	9.46	5.82		10.35	7.15		6.94	6.42		7.97	5.41	254***	7.10	4.48		2.21	2.92	
Cocaína	14.72	7.92		13.18	8.40		11.22	7.19		9.32	5.58		6.79	5.09		2.61	3.01	
Inhalables	13.50	7.67		11.31	5.89		9.94	6.59		8.82	5.87		9.35	5.07		2.52	2.98	
Metanfetaminas	14.41	7.35		14.70	7.22		13.70	6.83		12.51	5.30		9.54	5.67		4.97	3.77	
Pastillas	18.50	6.36		19.50	6.36		18.50	4.94		15.50	2.21		13.00	1.41		5.50	.70	

*p>=.05, **'<=.01, ***p<=.000

Discusión

El objetivo de esta investigación fue explorar los principales problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas desde la percepción de las personas que consumen y construir, a partir de esta exploración, un instrumento de medición adecuado para evaluar la gravedad de estos. Por medio de la revisión de literatura, se identificó que la mayoría de los instrumentos disponibles actualmente evalúan únicamente la presencia o ausencia de ciertas condiciones problemáticas sin distinguir el grado de gravedad en que éstas se presentan. La investigación aquí reportada pretende aportar una forma de evaluar, con mayor precisión, el grado de afectación que las personas que consumen sustancias experimentan en diferentes áreas de la vida como resultado de su consumo.

Para cumplir con los objetivos planteados se llevó a cabo un estudio en tres fases, en las cuales se recabó información tanto cualitativa como cuantitativa. La primera fase se realizó a través de revisión de literatura y grupos focales exploratorios y permitió identificar las categorías a estudiar. La segunda tuvo el objetivo de construir un instrumento de medición y se llevó a cabo por medio de redacción, jueceo y piloteo. La tercera y última fase fue la validación del instrumento.

El producto final (anexo 4) es una escala de 33 reactivos distribuidos en seis factores: a) síntomas físicos, que cuenta con 7 reactivos (38, 50, 53, 54, 55, 59, 60); b) síntomas psicológicos, también con 7 reactivos (32, 39, 40, 44, 45, 46, 47); c) pérdidas económicas y sociales, que incluye 6 reactivos (1, 9, 10, 14, 28, 29); d) ambiente familiar que contiene 5 reactivos (16, 17, 19, 29, 41); e) afectación cognitiva, también con 5 reactivos (4, 5, 20, 21, 22); y, f) relaciones interpersonales, con 3 reactivos (15, 33, 42).

En la primera fase de esta investigación se identificaron las áreas en la vida de una persona que se ven afectadas por el consumo. Estas afectaciones son usualmente las que

llevan a los consumidores a buscar y asistir a tratamiento especializado. Los problemas relacionados con el consumo de sustancias están asociados con una mayor morbilidad y costos de atención médica, e identificar y abordarlos son tareas esenciales dentro del sistema de atención médica (Kjeldsen et al., 2017).

Como resultado se obtuvieron nueve categorías que se ven afectadas por el consumo de sustancias: económica, familiar, pareja, salud física, psicológica, laboral, escolar, dependencia y social. Esto se asemeja a instrumentos como el POSIT (Rahdert, 1991) ya que éste evalúa casi las mismas áreas (uso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva). La diferencia entre ambos se refleja en la cantidad de reactivos y en el periodo de tiempo (el POSIT pregunta “alguna vez en la vida” y la EGPAC pregunta información de “los últimos tres meses”. Otros instrumentos como el DrInc (Miller et al., 1995) y el InDUC-2R (Tonigan y Miller, 2002) evalúan únicamente cinco dominios: físico, social, intrapersonal, control de impulsos e interpersonal, dejando de lado información relacionada con problemas económicos, laborales o escolares.

En la segunda fase, se redactaron los reactivos adecuados para evaluar de la manera más confiable posible, la gravedad con la que se perciben los distintos problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Para lograrlo, fue necesaria la intervención de diversos profesionales de la salud mental, así como de personas inmersas en el campo de las drogas. La función de los profesionales fue eliminar aspectos irrelevantes de la escala, incorporar los que son imprescindibles y modificar aquellos que lo requieran. En el proceso de validez de contenido se pueden identificar las debilidades y fortalezas del instrumento (Galicía et al., 2017).

Tanto la validación por jueceo como el piloteo aportaron observaciones, conocimientos y experiencias que lograron darle un sentido teórico al estudio. Se incluyó información valiosa desde distintas perspectivas, lo cual fue de utilidad para abarcar el mayor número de reactivos posible. Se considera que esto da un valor agregado que no se ve comúnmente en este tipo de investigaciones; los expertos ayudan a que la información sea clara, relevante e imprescindible. Primero, se incluyeron todos los reactivos relacionados con el consumo de sustancias y con algún área de la vida y con las observaciones pertinentes, se fueron reduciendo los reactivos, clarificando y puliendo las instrucciones y la redacción para medir lo que se pretendía.

Con la información recabada de los profesionales de la salud mental, se pretendió tener una perspectiva incluyente, sin distinguir entre raza, situación económico-social o motivo de asistencia a tratamiento. Esto se logró debido a que las observaciones basadas en los conocimientos que tienen los profesionales en investigación direccionaron el estudio en cuanto a las variables sociodemográficas que se midieron y el acceso a información desde la perspectiva de las personas que consumen en diversos centros de tratamiento.

Por otra parte, se tuvieron ciertas dificultades en la obtención de información como el acceso a los centros de tratamiento o el estado emocional y/o mental de ciertos participantes. A pesar de esto, prevaleció el objetivo principal: conocer los problemas asociados al consumo de sustancias desde la perspectiva de la persona que consume.

Los desafíos relacionados con el tratamiento son complejos, ya que, a pesar de que hay mayor prevalencia de consumo de sustancias en personas de nivel socioeconómico alto, son las personas con desventajas sociales y económicas (pobreza, marginalidad, etc.) quienes tienen mayor probabilidad de desarrollar problemas asociados al consumo (Araujo

et al., 2018). Estas mismas personas enfrentan mayores barreras con el tratamiento, ya sea por su situación de vulnerabilidad, discriminación o estigma.

Con respecto a esto, surgió como punto relevante el hecho de que la mayoría de los participantes fueron hombres (80.3%). Esto puede verse parcialmente explicado porque existe mayor prevalencia de consumo de casi todas las sustancias en hombres que en mujeres, y también porque las mujeres tienen que lidiar con el estigma y otras cuestiones sociales relacionadas con el consumo y la dificultad para asistir a tratamiento. Siguiendo esta línea, una de cada tres personas que consumen drogas es mujer, pero, debido a la brecha en el acceso a tratamiento, sólo constituyen una de cada cinco personas en tratamiento por su consumo (UNODC, 2022).

Otras de las diferencias importantes por sexo, es que las mujeres presentan patrones específicos en el abuso de sustancias. Si bien las mujeres pueden comenzar a consumir sustancias más tarde en la vida, una vez que han iniciado, tienden a aumentar el consumo más rápidamente que los hombres, generando más problemas asociados al consumo (UNODC, 2020). Lo anterior se relaciona con los datos sociodemográficos obtenidos, ya que las sustancias de impacto para las mujeres son el alcohol y las metanfetaminas (drogas que provocan problemas notorios de manera rápida), mientras que el consumo de los hombres se distribuye en todas las sustancias. Por esto surge la necesidad de incrementar la percepción de riesgo, reducir el estigma hacia quien consume y concientizar acerca de las áreas perjudicadas en la vida (Villatoro et al., 2017).

Los hallazgos obtenidos con la validación de este instrumento en la tercera fase fueron en la misma dirección de lo que se esperaba una vez consultada la bibliografía inicial, es decir, los problemas de mayor gravedad según la percepción de los participantes fueron

aquellos relacionados con las áreas psicológicas y emocionales. En estudios realizados anteriormente en México (Villatoro, 1994 y Ortiz, 2016) se reportaron problemas en las áreas psicológica, de dependencia, familiar y social; y familiar, académica y psicológica, respectivamente. Áreas que también surgieron como factores relevantes en el actual instrumento. De igual forma, las propiedades de la escala en cuanto a validez y confiabilidad fueron satisfactorias y al final se obtuvo un instrumento corto de 33 reactivos, que evalúa la gravedad con que se perciben los problemas asociados al consumo de sustancias en distintas áreas de la vida de una persona que consume.

Inicialmente, se incluyeron algunos reactivos para medir afectación en nueve áreas con base en la teoría revisada, sin embargo, algunas de estas esferas no resultaron como factores en sí mismas, por lo tanto, se eliminaron a partir del análisis factorial. De manera similar, ciertas áreas que fueron tomadas en cuenta por haber surgido como tema relevante en los grupos focales, no surgieron como factores, por lo que también se eliminaron de la versión final del instrumento.

El resultado del análisis factorial exploratorio se asemeja al instrumento creado y validado por Villatoro et al. (1994), que incluye únicamente cuatro esferas principales: problemas psicológicos, de dependencia, familiares y sociales. Aunque la escala actual contiene dos factores más, ya que incluye reactivos relacionados con el área física, psicológica, económica, cognitiva, familiar y de relaciones interpersonales. A comparación de aquella escala, ésta contiene un rango para asignar una puntuación a la gravedad y así no caer en la dicotomía de presencia-ausencia del problema. Los objetivos del tratamiento podrían definirse como una reducción del número y la gravedad de los síntomas de un

trastorno dado, un modelo que debe aplicar también para el consumo de sustancias (Uchtenhagen, 2012).

De manera similar, con esta escala se puede obtener un área de mayor urgencia para iniciar el tratamiento psicológico. La efectividad del tratamiento debe reflejar el proceso sostenido de cambios que ocurren con el tiempo. Se necesita identificar y adoptar estándares que permitan medir los resultados del tratamiento y la relevancia clínica (Carroll et al., 2014).

En cuanto a otras modificaciones realizadas en esta escala, al inicio de la investigación se habían tomado en cuenta cinco reactivos (48-52) formulados como preguntas abiertas para que los participantes escribieran alguna afectación específica en las áreas de sexualidad, enfermedad, problemas legales o accidentes; pero éstas resultaron confusas y no tuvieron la validez estadística esperada, por lo que fueron removidos de la versión final del instrumento. Se puede hipotetizar que esto sucedió debido a que los participantes no comprendieron las preguntas o que las instrucciones no fueron lo suficientemente claras para indicar que debían aportar ideas formuladas por ellos mismos. Esto se resolvió explicándoles al momento de la aplicación, lo que debían escribir y mencionando ejemplos generales. Aun así, después del análisis factorial se eliminaron esos reactivos, ya que no eran relevantes para un factor específico.

Como parte final de la investigación, se analizó la correlación con las respuestas obtenidas en las 264 aplicaciones del instrumento. Esto para comparar con los resultados consultados de investigaciones anteriores. La información de mayor relevancia fue que los hombres obtuvieron promedios de puntuaciones más altas en la mayoría de los factores (exceptuando el área psicológica) e inclusive en la afectación total. Esto puede sugerir que

los hombres perciben mayor gravedad en problemas asociados al consumo en cuanto al descuido personal, las relaciones sociales, la dependencia a sustancias y la vida en pareja; mientras que las mujeres perciben mayor gravedad en problemas psicológicos y emocionales.

Ambos sexos perciben como problemática la salud física y mental, lo cual puede explicar el hecho de que recurran al tratamiento. Dar este paso puede representar para ellos una aceptación en la disfuncionalidad de la vida cotidiana como incumplimiento de obligaciones, ruptura en relaciones o dificultad para dejar de consumir a pesar de los problemas.

En el primer factor (síntomas físicos) quienes no tuvieron consumo en los últimos 3 meses tuvieron puntuaciones significativamente menores que quienes sí se encontraban en un periodo de consumo al momento de la aplicación de la escala. Por otra parte, los participantes en el rango de edad entre 36 y 45 años; quienes se encontraban desempleados; y quienes consumían pastillas, cocaína o cristal, presentaron mayores puntuaciones en este factor. Esto quiere decir, que consideran de mayor gravedad los problemas relacionados a la salud física como necesidad de consumir, aumento en consumo, dolores y bajo rendimiento físico.

En el segundo factor, relacionado con síntomas psicológicos, quienes se encontraban desempleados, quienes se dedicaban a las labores del hogar y quienes estudiaban y trabajaban al momento del estudio tuvieron mayores puntuaciones. Esto puede sugerir que perciben con mayor gravedad sus problemas de culpabilidad, para dormir, frustración, pensamientos suicidas, desmotivación. Los problemas por uso de sustancias se observan

más frecuentemente asociados a ciertos problemas de salud mental como depresión y trastornos de ansiedad (U.S. Department of Health and Human Services, 2017).

Por otro lado, en el tercer factor relacionado con las pérdidas económicas, los hombres tuvieron puntuaciones significativamente más altas que las mujeres, lo cual sugiere que es un rubro de mayor importancia para ellos que para ellas. También quienes se encontraban desempleados y quienes consumían cocaína, alcohol o cristal tuvieron mayor percepción de gravedad en sus problemas como: perder bienes, perder oportunidades laborales e ingresos inestables. El impacto de esto se puede extender a la familia, que se ve afectada en términos de pérdida de ingresos, estrés y baja moral.

En el cuarto factor, que se refiere a la agresividad y el comportamiento con la familia, surgió que quienes consumen inhalables tuvieron mayores puntuaciones, lo cual se puede asociar con el daño cerebral, las alucinaciones o la desorientación que son efectos comunes de estas drogas.

En el quinto factor “afectaciones cognitivas” tuvieron mayores puntuaciones quienes se encontraban sin pareja al momento de la aplicación de la escala; también puntuaron alto aquellos participantes en el rango de edad de 18 a 25 años, quienes se encontraban sin empleo y quienes consumían metanfetaminas. Esto podría explicarse parcialmente a que los jóvenes tienen dificultades en la escuela, como falta de comprensión, concentración y memoria.

Por último, en el factor 6 que se refiere a relaciones sociales o interpersonales, surgieron mayores puntuaciones para quienes se encontraban en el rango de edad de 36 a 45 años, desempleados y con consumo de metanfetaminas. Esto sugiere que en este rango

de edad hay mayor percepción de gravedad de los problemas con otras personas (ya sea en pareja o en el trabajo).

Por otra parte, el instrumento creado y validado tiene varios usos prácticos con aportaciones útiles en el campo de la psicología de las adicciones. En primer lugar, la escala se puede utilizar como un indicador de afectación y gravedad para poder priorizar las intervenciones, es decir, puede formar parte del primer contacto con el consultante para aportar información al diagnóstico y la evaluación.

En segundo lugar, sería un complemento para indicar la relevancia clínica y la forma de direccionar el tratamiento. Debido a que mide la afectación cognitiva y el descuido personal, resultaría relevante a la hora de planificar la intervención. De manera similar, con la información obtenida por medio de este instrumento es posible afinar y especializar el plan de tratamiento psicológico y tener una medición previa y posterior de diversas áreas de la vida del participante y cómo se vieron afectadas tanto por el consumo como por el tratamiento.

En general, se trata de una escala válida y confiable que cumple con el objetivo de ser corta y de sencilla aplicación. Comparada con la teoría consultada inicialmente, se encontró reflejada principalmente la afectación psicológica y emocional, área en la cual se tiene mayor incidencia en el tratamiento. En ámbitos interpersonales como la vida laboral, de pareja y familiar, el consumo de sustancias produce deterioro y desorganización (Medina-Mora et al., 2001), por lo que son áreas relevantes en la medición.

Conclusiones

Con la presente investigación se obtuvo información relevante acerca de cómo las personas que tienen consumo de sustancias son capaces de percibir de maneras diferentes los problemas asociados a este consumo. Es importante destacar que el resultado final puede servir de evaluación inicial para los usuarios que acuden a tratamiento. Los 33 reactivos incluidos forman parte de una escala corta auto aplicable, que podría dar una noción de cómo llegan los pacientes a un centro de tratamiento y por dónde se puede empezar a trabajar con ellos. Esto representa una aportación práctica y teórica.

Los problemas asociados al consumo afectan diversas áreas de la vida, estos se pueden experimentar de diferente forma dependiendo de la edad, del sexo, de la historia de consumo y de la etapa que se esté viviendo (empleo, familiar, social, etc.) La gravedad de estos problemas se puede evaluar numéricamente para tener mejor noción de la afectación actual de la persona. El análisis factorial indica que los problemas más frecuentes se agrupan en 6 factores relacionados con: síntomas físicos, síntomas psicológicos, economía, familia, área cognitiva y relaciones sociales.

Las principales diferencias se encuentran entre hombres y mujeres, ya que los hombres perciben mayor gravedad de sus problemas en casi todos los reactivos, excepto aquellos relacionados con aspectos psicológicos. Las personas que consumen y que además se quedaron sin empleo, también representan una diferencia muy amplia, ya que perciben mayor gravedad de los problemas en casi todos los factores (excepto en el familiar).

En general, quienes consumen pastillas, metanfetaminas, cocaína y alcohol, tuvieron mayores puntuaciones, lo cual indica mayor percepción de gravedad en los problemas asociados al consumo. Siguiendo con la teoría, el rango de edad de 36 a 45 años percibe

mayores problemas relacionados con su consumo, esto puede indicar que con mayor edad existe mayor percepción de afectación.

Es importante continuar explorando esta línea de indagación para evaluar con mayor precisión el impacto del consumo de sustancias en la vida de las personas que las usan.

Limitaciones

En cuanto a las principales limitaciones encontradas en el estudio, se encontró en primer lugar el tamaño de la muestra, ya que fue una población a la que se tuvo difícil acceso inicialmente, a pesar de estar inmersa en el campo de las adicciones. De manera inesperada, hubo un largo periodo de pandemia y confinamiento, por lo que hubo mayores dificultades en los acercamientos. Se preparó una escala en línea para resolver estos conflictos.

Con respecto a la metodología, se sugiere aplicar los instrumentos de forma grupal a mayor escala, pero siempre revisando que todo esté comprendido y completo. Se sugiere también no utilizar preguntas abiertas, ya que es un obstáculo para la confiabilidad y validez del instrumento. Sería conveniente aplicar la versión de 33 reactivos a una muestra mayor para confirmar las propiedades y características del instrumento por medio de un análisis factorial confirmatorio.

Referencias

- Araujo, M., Golpe, S., Braña, T., Varela, J. y Rial, A. (2018). Validación psicométrica del POSIT para el cribado del consumo de riesgo de alcohol y otras drogas entre adolescentes. *Adicciones*. 30(2), 130-139.
- Becoña, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addictions? Remembering the Vietnam Veteran Study. *Psicothema*, 30(3), 270-275.
- Berridge, K. y Robinson, T. (2016). Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction. *American Psychologist*, 71, 670-679.
- Calleja, N. y Mason, T. A. (2020). Subjective Well-being Scale (EBS-20 and EBS-8): Construction and Validation. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación e Avaliacao Psicologica*, 2(55) 185-201.
- Callejo, A. (2018). *Estos son los efectos de las drogas en la sexualidad*. Recuperado el 28 de abril de 2019 en <https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/pareja/2018/03/09/son-efectos-drogas-sexualidad-162045.html>.
- Carroll, K., Kiluk, B., Nich, C., DeVito, E., Decker, S., LaPaglia, D., Duffey, D., Babuscio, T. y Ball, S. (2014). Towards empirical identification of a clinically meaningful indicator of treatment outcome: Features of candidate indicators and evaluation of sensitivity to treatment effects and relationship to one year follow up cocaine use outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*. 137: 3-19.
- CONADIC (2021). Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas. México: Autor.
- Conroy, D. y Arnedt, J. (2014). Sleep and substance use disorders: An update. *Current Psychiatry Reports*, 16, 487.

- Copeland, J., Gilmour, S., Gates, P. y Swift, W. (2005). The Cannabis Problems Questionnaire: factor structure, reliability, and validity. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 313-319.
- Coviello, D., Alterman, A., Cacciola, J., Rutherford, M. y Zanis, D. (2004). The role of family history in addiction severity and treatment response. *Journal of Substance Abuse Treatment*; 26(1): 303-13.
- El-Bassel, N., Shaw, S., Dasgupta, A. y Strathdee, S. (2014). Drug use as a driver of HIV risks: re-emerging and emerging issues. *Current Opinion in HIV and AIDS*. 9(2):150-155. doi:10.1097/COH.0000000000000035.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* (New York, N.Y.), 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2014). *Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Recuperado de: <https://www.emcdda.europa.eu/emcdda-home-page>
- Fawcett, S., Paine-Andrews, A., Francisco, V., Richter, K., Lewis, R., Williams, E., Harris, K., Winter-Green, K., en colaboración con Bradley, B. and Copple, J. (1992). *Preventing adolescent substance abuse: an action planning guide for community-based initiatives*. Work Group on Health Promotion and Community Development, University of Kansas.
- Fernández-Ballesteros, R. (2014). *Evaluación Psicológica: conceptos, métodos y estudios de caso*. 2ª edición. Ciudad de México: Pirámide.
- Ferrando, P. J. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.

- Galicia, L., Balderrama, J. y Edel, R. (2017). Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apertura (Guadalajara, Jal.)*, 9(2), 42-53.
<https://doi.org/10.32870/ap.v9n2.993>
- González-Saiz, F., Lozano, O., Martín, J., Bilbao, I., Ballesta, R. y Gutiérrez, J. (2011). Comorbilidad psiquiátrica en una muestra de pacientes con dependencia de opiáceos tratados con buprenorfina sublingual en régimen de comunidad terapéutica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 4(2) 81-87.
doi:10.1016/j.rpsm.2011.01.003.
- Gordillo, T. y Félix, V. (2012) *Compendio de instrumentos de medida sobre el uso problemático de drogas*. Bruselas: COPOLAD.
- Guillamón, N. (2006). *Ansiedad y drogas*. Recuperado el 29 de abril de 2019
<https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-y-otros/ansiedad-y-drogas>.
- Hall, W., Carter, A. y Forlini, C. (2015). The brain disease model of addictions: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *Lancet Psychiatry*, 2, 105-110.
- Herruzo, C., Lucena, V., Ruiz-Olivares, R., Raya, A. y Pino, M. (2016). Diferencias en función del sexo en la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas en jóvenes. *Acción Psicológica*, 13(1), 79-90. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.17422>
- Juárez, F., Villatoro, J., Gutiérrez, M., Fleiz, C. y Medina-Mora, M. (2005). Tendencias de la conducta antisocial en estudiantes del Distrito Federal: mediciones 1997-2003. *Salud mental*, 28(3), 60-68.
- Kelly, P., Robinson, L., Baker, A., Deane, F., Osborne, B., Hudson, S. y Hides, L. (2018). Quality of life of individuals seeking treatment at specialist non-government alcohol and

other drug treatment services: A latent class analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 94, 47-54.

Kelly, T. y Daley, D. (2013). Integrated Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders. *Social Work in Public Health*, 28:388-406.

doi:10.1080/19371918.2013.774673

Kiluk, B., Nich, C., Witkiewitz, K., Babuscio, T. y Carroll, K. (2014). What happens in treatment doesn't stay in treatment: Cocaine abstinence during treatment is associated with fewer problems at follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(4): 619-627.

Kjeldsen, L., Nielsen, T. y Olesen, C. (2017). Investigating the Relative Significance of Drug-Related Problem Categories. *Pharmacy*. 5(2), 31.

McLellan, A., Luborsky, L., O'Brien, C. y Woody, G. (1980). An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. 168, 26-33.

Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C., Lara, C. y Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 190(6), 521-528. doi:10.1192/bjp.bp.106.025841

Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., Rojas, E., Fleiz, C., Zambrano, J., Villatoro, J., Blanco, J. y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Estudio de los trastornos mentales en México: resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental. *Epidemiología de la salud mental en Latinoamérica y el Caribe*. 79-89.

Medina-Mora, M., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. y Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24(4):3-19.

- Miller, W. y Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W., Tonigan, J. y Longabaugh, R. (1995). *The Drinker Inventory of Consequences (DrInC): An instrument for assessing adverse consequences of alcohol abuse. Test manual*. (Project MATCH Monograph Series, Vol. 4). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Morris, D., Davis, A., Lauritsen, K., Rieth, M., Silvestri, M., Winters, J. y Chermack, S. (2018). Substance use consequences, mental health problems, and readiness to change among Veterans seeking substance use treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 94: 113-121.
- Moss, R. y Munt, B. (2003). Injection drug use and right sided endocarditis. *Heart*. 89(5):577-581.
- Natera, G., Mora, J. y Tiburcio, M. (1999). Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud Mental*, 22: 114-120.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2021). *Entendiendo el uso de drogas y la adicción – DrugFacts*. Recuperado el 2 de julio de 2021 en <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/entendiendo-el-uso-de-drogas-y-la-adiccion>
- National Institute on Drug Abuse. (2018). *Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción*. Recuperado el 28 de abril de 2019 <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion>
- National Institute on Drug Abuse. (2019). *Comorbilidad: los trastornos por consumo de drogas y otras enfermedades mentales – DrugFacts*. Recuperado de:

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/comorbilidad-los-trastornos-por-consumo-de-drogas-y-otras-enfermedades-mentales>.

- Navarro, J. (2008). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral de la comunidad de Madrid 2006*. Observatorio Drogodependencias. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid.
- Neuman, E. (2001). *Victimología. El rol de la víctima en los delitos convencionales y no convencionales*. Buenos Aires: Editorial Universidad Argentina.
- Nezu, A. y D’Zurilla, T. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3ª ed.). Nueva York: Springer.
- Ochoa, E. y Madóz, A. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(213), 25-32.
- Organización de los Estados Americanos [OEA] (2019). *Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas*, Washington, D.C. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD).
- Organización de los Estados Americanos [OEA]. (2013). *El problema de drogas en las Américas: Estudios. Drogas y Salud Pública*. OEA Documentos Oficiales.
- Organización Internacional del Trabajo. (1998). *Lucha contra el abuso de alcohol y drogas en el lugar de trabajo*. Ginebra, 1998.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2015). *Informe de Situación Regional sobre el Alcohol y la Salud en las Américas*. Washington, D.C. Organización Mundial de la Salud.

- Organización Panamericana de la Salud (2021). *La carga de los trastornos por consumo de drogas en la Región de las Américas, 2000-2019*. Portal de Datos de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Ortiz, A., Martínez, R., Meza, D. y Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. (2016). *Informe Individual sobre Consumo de Drogas. Tendencias en el área metropolitana*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Park-Lee, E., Lipari, R., Hedden, S., Kroutil, L. y Porter, J. (2017). Receipt of Services for Substance Use and Mental Health Issues Among Adults: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK481724/>
- Pascual, F., Fernández, J., Díaz, S. y Sala, C. (2017). *Tus+tm concepto, epidemiología y diagnóstico. Marco general de tratamiento. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Pérez, F., Mestre, M. y Del Río, F. (2012). Cómo afectan las diferentes sustancias a la sexualidad. *Revista Adicción y Ciencia*. 2(2) 1-13.
- Pinazo, S. y Ferrer, X. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección del consumo de drogas en adolescentes. *Drogas y drogadicción. Un enfoque social y preventivo*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. Pp. 107-140.
- Pinedo, M., Zemore, S. y Rogers, S. (2018). Understanding barriers to specialty substance abuse treatment among Latinos. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 94: 1–8 <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.08.004>.

- Probst, C., Monteiro, M., Smith, B., Caixeta, R., Merey, A. y Rehm, J. (2018) Alcohol Policy Relevant Indicators and Alcohol Use Among Adolescents in Latin America and the Caribbean. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs.*;79(1):49-57. PMID: 29227231.
- Rahdert, E. (1991). *The Adolescent Assessment/Referral System Manual*. DHHS Publication No. (ADM)91-1735. Rockville, Md: National Institute on Drug Abuse, US Department of Health and Human Services.
- Rocky Mountain Behavioral Sciences Institute (1999). The American Drug and Alcohol Survey [ADAS], 2-3.
- Ross, S. y Peselow, E. (2012). Co-occurring psychotic and addictive disorders: neurobiology and diagnosis. *Clinical Neuropharmacology.*;35(5):235-43. doi: 10.1097/WNF.0b013e318261e193. PMID: 22986797.
- Rubino, T., Zamberletti, E. y Parolaro, D. (2012) Adolescent exposure to cannabis as a risk factor for psychiatric disorders. *J Psychopharmacol.* 26(1):177-88. doi: 10.1177/0269881111405362.
- Ruíz, A., Hernández, M., Mayrén, P. y Vargas, L. (2014). Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. *Liberabit*, 20(1), 109-117.
- Sánchez-Carbonell, X. (2004). Contexto cultural y consecuencias legales del consumo de drogas. *Trastornos Adictivos* 6(1):1-4
- Satel, S. y Lilienfeld, S. (2014). Addiction and the Brain-Disease Fallacy. *Frontiers in Psychiatry.* 431:1. doi: 10.3389/fpsy.2013.00141
- Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., De la Fuente, J. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on

- Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption. *Addiction* 88(6), 791–804.
- Schmeiser, C. B. y Welch, C. (2006). Test development. En R.L. Brennan (Ed.) *Educational measurement* (4th edition). Westport, CT: American Council on Education/Praeger.
- Sheehan, D. (1983). *The Anxiety Disease*. New York: Scribner's.
- Sixto, A. y Olivar, A. (2018). Educación social y trabajo social en adicciones: recuperar el territorio colaborando. *Revista de Educación Social*. RES-26-andrea.pdf (eduso.net)
- Skinner, H. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7(4), 363-371.
[https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90005-3](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90005-3).
- Sperry, L. (2008). The Biopsychosocial Model and Chronic Illness: Psychoterapeutic Implications. *The Journal of Individual Psychology*, 64(3), 369-376.
- Steinglass, P., Bennett, L., Wolin, S. y Reiss, D. (1987). *La familia alcohólica*. Washington D.C., Basic Book Inc.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). *Behavioral Health Among College Students Information and Resource Kit*. HHS Publication No. (SMA) 19-5052. Rockville, MD.
- Substance Abuse Mental Health Service Administration (SAMHSA) (2021). *National Survey on Drug Use and Health*. <https://www.samhsa.gov/data/report/2020-nsduh-detailed-tables>.
- The United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2020). *World Drug Report 2020*. United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9.
- The United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2022). *World Drug Report 2022*. United Nations publication, Sales No. 22.XI.8.

- The United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2023). *World Drug Report 2023*.
United Nations publication, Sales No. E.23.XI.7
- Tiburcio, M., Rosete-Mohedano, G., Natera, G., Martínez, N., Carreño, S. y Pérez, D. (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.
- Tonigan, J. S. y Miller, W. R. (2002). The Inventory of Drug Use Consequences (InDUC): Test-
retest stability and sensitivity to detect change. *Psychology of Addictive Behaviors*,
16(2), 165–168. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.16.2.165>.
- Torrens, M., Rossi, P., Martinez-Riera, R., Martinez-Sanvisens, D. y Bulbena, A. (2012).
Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: Treatment in parallel systems
or in one integrated system. *Substance Use & Misuse*, 47(8-9):1005-14. doi:
10.3109/10826084.2012.663296.
- U.S. Department of Health and Human Services (2017). *Trastornos de uso de sustancias y
salud mental*. <https://espanol.mentalhealth.gov/sintomas/abuso-de-sustancias>
- Uchtenhagen, A. y Zieglgänsberger, W. (2004) Determinants of drug use and addiction. In:
Addiction medicine: concepts, strategies and therapeutic management. Munich,
Urban y Fischer Verlag 195-198.
- Uchtenhagen, A. (2012). How to measure outcome in clinical trials of substance abuse
treatment. *Addiction*, 107: 719-726.
- Velasco, R. (2000). *La familia ante las drogas*. Ciudad de México: Trillas.
- Vilaregut, A., Pérez, C., Sánchez-Carbonell, J. y Alós, C. (2000). La dinámica familiar con un
hijo drogodependiente. *Ítaca* 2000; 5: 31-56.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M., López, E., Juárez, F., Rivera, E. y Espinosa, G. (1994).
Validación nacional de una Escala para evaluar la Dependencia y los Problemas

Asociados al Consumo de Drogas (EPACD). México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría.

Villatoro, J., Reséndiz, E., Mujica, A., Bretón, M., Cañas, V., Soto, I., Fregoso, D., Fleiz, C., Medina- Mora, M., Gutiérrez, J., Franco, A., Romero, M. y Mendoza, L. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional contra las Adicciones y Secretaría de Salud. Ciudad de México: INPRFM.

Volkow, N., Baler, R., Compton, W. y Weiss, S. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *New England Journal of Medicine*, 370, 2219-2227.

Volkow, N., Koob, G. y McLellan, T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *The New England Journal of Medicine*. 374, 363-371 doi: 10.1056/NEJMra1511480

Wells, E., Hawkins, J. y Catalano, R. (1988) Choosing Drug Use Measures for Treatment Outcome Studies. I. The Influence of Measurement Approach on Treatment Results. *International Journal of the Addictions*, 23(8), 851-873.

White, H. y Labouvie, E. (1989). Toward the assessment of adolescent problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*. 50, 30-37.

WHO ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(9). 1183–1194. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00185x

Winchell, C., Rappaport, B., Roca, R. y Rosebraugh, C. (2012). Reanalysis of methamphetamine dependence treatment trial. *CNS Neuroscience y Therapeutics*, 18(5): 367-368.

Winters, K. y Henly, G. (1989). *The Personal Experience Inventory (PEI) Test and Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Anexos

1. Primera versión de la Escala de Gravedad de los Problemas Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas revisada por Profesionales Especialistas en Adicciones (FASE I)
2. Segunda versión de la Escala de Gravedad de los Problemas Asociados al Consumo de Sustancias utilizada para el piloteo (FASE II)
3. Tercera versión validada de la Escala de Gravedad de Problemas Asociados al Consumo de Sustancias (FASE III)
4. Producto final después de eliminación de reactivos y análisis factorial.

Anexo 1. Propuesta de reactivos: problemas asociados al consumo de sustancias

Área / Dominio	Reactivo	¿Qué tan grave es el problema actualmente?
Salud física (10)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desnutrición 2. Dolor agudo 3. Problemas en el hígado 4. Problemas cardiovasculares 5. Problemas respiratorios 6. Problemas neurológicos / daño cerebral 7. Crisis convulsivas 8. Obesidad 9. Enfermedad 10. Accidente 	0- Nada 1- Leve 2- Moderado 3- Grave 4- Muy grave O asigne un número del 0 al 5 para indicar qué tan grave es el problema para usted. Siendo 0 nada y 5 muy grave.
Salud mental (15)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memoria 2. Atención / Concentración 3. Timidez 4. Depresión 5. Ansiedad 6. Temores 7. Baja autoestima 8. Impulsividad 9. Agresividad 10. Sentimientos de culpa 11. Sentimientos de abandono / soledad 12. Trastorno diagnosticado (psiquiátrico) 13. Inestabilidad emocional / estado de ánimo 14. Alteraciones del sueño 15. Ideas suicidas 	
Familiares (6)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antecedentes de consumo en la familia 2. Conflictos familiares 3. Desintegración familiar 4. Problemas de comunicación / discusiones 	

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Violencia Intrafamiliar 6. Problemas para relacionarse con su familia (exclusión) 	
Sociales (5)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aislamiento 2. Rechazo 3. Pérdida de amigos 4. Pérdida de confianza 5. Presión social 	
Legales (6)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas con la policía 2. Encarcelamiento 3. Detención 4. Orden de restricción 5. Cometer un delito 6. Daño a terceros 	
Sexuales / Pareja (7)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de interés sexual 2. Problemas de pareja 3. Impotencia, frigidez 4. Abuso sexual 5. Promiscuidad 6. Embarazo no deseado 7. Infección de transmisión sexual 	
Escolares (5)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo en la escuela 2. Problemas de aprendizaje 3. Deserción 4. Expulsión 5. Problemas de conducta 	
Laborales (6)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de empleo 2. Desempleo 3. Bajo rendimiento en el trabajo 4. Estrés 5. Consumo en el trabajo 6. Inestabilidad laboral 	
Económicos (4)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de dinero 2. Mala administración 3. Gasto excesivo por consumo 4. Ingresos eventuales 	
Dependencia (6)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sobredosis 2. Síndrome de Abstinencia 3. Delirios 4. Alucinaciones 5. Tolerancia 6. Falta de adherencia al tratamiento 	

Anexo 2. Escala de Gravedad de Problemas Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas (segunda versión)

La presente escala forma parte de un proyecto de la Lic. Naybi Cristina Loría Alfaro (Maestría en Psicología de las Adicciones UNAM) bajo la supervisión de la Dra. Marcela Tiburcio Sainz (jefa del Depto. de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente). El objetivo principal es desarrollar y validar un instrumento que permita evaluar la gravedad de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. La información recolectada es completamente confidencial y será utilizada con fines de investigación únicamente. Le solicitamos lea y conteste cuidadosamente cada una de las preguntas.

Sección 1: DATOS GENERALES

Edad						
Sexo	Mujer			Hombre		
Estado Civil	Soltero	Casado	Unión Libre	Separado	Divorciado	
Escolaridad (concluida)	Ninguna	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Maestría
Ocupación	Estudiante		Empleado	Estudiante con trabajo	Desempleado	
Centro de tratamiento al que acude	Centro de prevención en adicciones (UNAM)	Centros de Integración Juvenil (CIJ)	Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF)	Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS)	Unidad Médica Toxicológica Venustiano Carranza	Otro:
Sustancia(s) que consume						
¿Ha consumido en los últimos 3 meses?	Sí			No		

Sección 2: PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

A continuación, se presenta una lista de situaciones o problemas que algunas personas han experimentado como consecuencia del consumo de sustancias. Por favor, indica si en los últimos tres meses has tenido estos problemas y qué tan severos o graves consideras que son, para ello, **encierra** en un círculo el número que represente la severidad o gravedad del problema.

Reactivo	No es un problema para mí	Es un problema leve	Es un problema moderado	Es un problema grave	Es un problema muy grave
1. A veces tengo dinero y a veces no	0	1	2	3	4

2. Cuando empiezo a consumir, no me puedo detener	0	1	2	3	4
3. Dependo de otras personas económicamente	0	1	2	3	4
4. Cuando no consumo, tengo síntomas del síndrome de abstinencia como: temblores, sudoración, ansiedad, etc.	0	1	2	3	4
5. Descuido mi aspecto físico	0	1	2	3	4
6. Discuto con mi pareja por mi consumo	0	1	2	3	4
7. Es difícil para mí recordar las cosas	0	1	2	3	4
8. Ha aumentado mi consumo (mayor cantidad o frecuencia)	0	1	2	3	4
9. He dejado de asistir a la escuela	0	1	2	3	4
10. He gastado mucho dinero en el consumo	0	1	2	3	4
11. He faltado al trabajo por consumir o por recuperarme de los efectos de la sustancia	0	1	2	3	4
12. He dejado de atender a mi familia	0	1	2	3	4
13. He intentado dejar de consumir, sin lograrlo	0	1	2	3	4
14. He perdido amigos o compañeros por mi consumo	0	1	2	3	4
15. He perdido bienes (casa, auto, tv, etc.) por mi consumo	0	1	2	3	4
16. He perdido oportunidades (de crecimiento, ofertas laborales)	0	1	2	3	4
17. He perdido la confianza de mi familia	0	1	2	3	4
18. He perdido peso	0	1	2	3	4

19.	He perdido un año escolar	0	1	2	3	4
20.	He perdido un empleo	0	1	2	3	4
21.	He sido infiel en mi relación de pareja	0	1	2	3	4
22.	He sido violento con mi familia	0	1	2	3	4
23.	He tenido peleas con otras personas	0	1	2	3	4
24.	He tenido problemas de conducta en la escuela	0	1	2	3	4
25.	He tenido recaídas	0	1	2	3	4
26.	He tenido una separación por mi consumo	0	1	2	3	4
27.	Le miento a mi familia	0	1	2	3	4
28.	Me cuesta más trabajo entender cosas	0	1	2	3	4
29.	Me cuesta trabajo concentrarme en algo	0	1	2	3	4
30.	Me da fuerte resaca (cruda)	0	1	2	3	4
31.	Me enfermo con facilidad	0	1	2	3	4
32.	Me es difícil controlar mis emociones	0	1	2	3	4
33.	Me han suspendido o expulsado de la escuela	0	1	2	3	4
34.	Me he alejado de mi familia	0	1	2	3	4
35.	Me he alejado de otras personas	0	1	2	3	4
36.	Me he quedado desempleado	0	1	2	3	4
37.	Me he vuelto agresivo	0	1	2	3	4
38.	Me pongo en riesgo (malas influencias, quedo inconsciente fuera de casa)	0	1	2	3	4
39.	Me siento ansioso o nervioso	0	1	2	3	4

40. Tengo problemas estomacales	0	1	2	3	4
41. Me siento culpable	0	1	2	3	4
42. Tengo una relación inestable	0	1	2	3	4
43. Me siento excluido	0	1	2	3	4
44. Tengo sexo sin protección	0	1	2	3	4
45. Me siento infeliz	0	1	2	3	4
46. Mis sentimientos hacia seres queridos han cambiado	0	1	2	3	4
47. Mis únicos amigos son los que consumen conmigo	0	1	2	3	4
48. Siento la necesidad de consumir	0	1	2	3	4
49. Soy menos productivo en el trabajo	0	1	2	3	4
50. Tengo bajo rendimiento escolar	0	1	2	3	4
51. Tengo bajo rendimiento físico	0	1	2	3	4
52. Me siento triste	0	1	2	3	4
53. Tengo discusiones con mis familiares	0	1	2	3	4
54. Tengo problemas con mis compañeros o jefe	0	1	2	3	4
55. Me siento cansado	0	1	2	3	4
56. Tengo problemas para dormir	0	1	2	3	4
57. Me siento frustrado	0	1	2	3	4
58. Tengo una actitud negativa	0	1	2	3	4
59. Me siento desmotivado	0	1	2	3	4
60. Ya no me interesa mi vida sexual	0	1	2	3	4

61. He tenido algún accidente relacionado con mi consumo (caídas, golpes, automovilístico, etc.) _____	0	1	2	3	4
62. Tengo algún dolor relacionado a mi consumo: _____	0	1	2	3	4
63. Tengo alguna enfermedad relacionada a mi consumo: _____	0	1	2	3	4
64. Tengo algún problema legal relacionado con mi consumo (encarcelamiento, orden de restricción, etc.): _____	0	1	2	3	4

Anexo 3. Versión de la Escala de Gravedad de Problemas Asociados al Consumo de Sustancias utilizada para la validación (tercera versión).

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

TITULO DEL PROYECTO: Desarrollo y validación de una escala de gravedad de problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

RESPONSABLE: Lic. Naybi Cristina Loría Alfaro. **TUTORA:** Dra. Marcela Tiburcio Sainz (Depto. de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz)

OBJETIVO: Desarrollar y validar un instrumento que permita evaluar la gravedad de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas que perciben las personas que asisten al servicio en diversos centros de tratamiento. Este tema es relevante porque cuando una persona inicia el tratamiento, a menudo la adicción ha creado graves consecuencias en su vida y probablemente haya desestabilizado su salud y la forma en que se desenvuelve en su entorno familiar, laboral y comunitario (NIDA, 2018) y, actualmente, contamos con pocos instrumentos válidos en español para evaluar esta problemática.

Su participación es completamente **voluntaria** y consistirá en contestar un cuestionario acerca de su percepción de la gravedad de los problemas que probablemente ha experimentado con relación al consumo de sustancias; esta actividad le tomará aproximadamente 15 minutos.

Si en algún momento desea dejar de participar su decisión será respetada y no tendrá ningún efecto negativo en su tratamiento. La información que nos proporcione es completamente **confidencial** y únicamente será utilizada con fines de investigación. Si decide participar, tiene la libertad de hacer todas las preguntas que desee sobre cualquier aspecto del estudio y sobre su participación.

- ✓ Acepto participar voluntariamente en esta investigación.
- ✓ He sido informado del objetivo de este estudio.
- ✓ He sido informado del tiempo de mi participación.
- ✓ Reconozco que la información que yo provea es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito diferente al de esta investigación.
- ✓ He sido informado que puedo hacer preguntas y pedir información sobre el proyecto.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del responsable

Continuación Anexo 3. Versión de la Escala de Gravedad de Problemas Asociados al Consumo de Sustancias utilizada para la validación.

Escala de Gravedad de Problemas Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas

La presente escala forma parte de un proyecto de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) que tiene como objetivo principal desarrollar un instrumento que permita evaluar cómo se perciben los problemas relacionados al consumo de sustancias psicoactivas. La información recolectada es completamente confidencial y será utilizada únicamente con fines de investigación. Le solicitamos lea y conteste cuidadosamente cada una de las preguntas.

Sección 1: DATOS GENERALES.

- **Escriba la respuesta o coloque una X en la opción más adecuada.**

Edad			Sexo	Mujer	Hombre
Estado Civil	Soltero	Casado	Unión Libre	Separado	Divorciado
Escolaridad (concluida)	Ninguna	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura
Ocupación	Estudio	Trabajo	Estudio y trabajo	Desempleo	Trabajo en el hogar
Centro de tratamiento al que acude	Centro de Prevención	Centro de Integración	Centro de Ayuda	Unidad Médica	Otro:
¿Cuándo inició el tratamiento?					
¿Por qué sustancia asiste a tratamiento?					
¿Ha consumido en los últimos 3 meses?	Sí	No	¿Qué sustancia?		

Continuación Anexo 3. Versión de la Escala de Gravedad de Problemas Asociados al Consumo de Sustancias utilizada para la validación.

Sección 2: PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

A continuación, se presenta una lista de situaciones o problemas que algunas personas han experimentado como consecuencia del consumo de sustancias. Por favor, indique si en los últimos tres meses ha tenido estos problemas y qué tan graves considera que son, para ello, encierre en un círculo el número que represente la severidad o gravedad del problema.

0= No es un problema para mí, 1= Es un problema leve, 2= Es un problema moderado, 3= Es un problema grave, 4= Es un problema muy grave.

*Debido a mi consumo...	NP	PL	PM	PG	PMG
1. A veces tengo dinero y a veces no	0	1	2	3	4
2. Descuido mi aspecto físico	0	1	2	3	4
3. Discuto con mi pareja	0	1	2	3	4
4. Es difícil para mí recordar las cosas	0	1	2	3	4
5. He dejado de asistir a la escuela	0	1	2	3	4
6. He gastado mucho dinero	0	1	2	3	4
7. He dejado de atender a mi familia	0	1	2	3	4
8. He perdido amigos o compañeros	0	1	2	3	4
9. He perdido bienes (ej. casa, auto, tv, etc.)	0	1	2	3	4
10. He perdido oportunidades en el trabajo	0	1	2	3	4
11. He perdido la confianza de mi familia	0	1	2	3	4
12. He perdido peso	0	1	2	3	4
13. He perdido un periodo escolar	0	1	2	3	4
14. He perdido un empleo	0	1	2	3	4
15. He sido infiel en mi relación de pareja	0	1	2	3	4
16. He sido violento con mi familia	0	1	2	3	4
17. He tenido peleas con otras personas	0	1	2	3	4
18. Me he separado de mi pareja	0	1	2	3	4
19. Le miento a mi familia	0	1	2	3	4
20. Me cuesta más trabajo entender las cosas	0	1	2	3	4
21. Dependo de otras personas económicamente	0	1	2	3	4
22. Me cuesta trabajo concentrarme en algo	0	1	2	3	4

23. Me da fuerte resaca (cruda)	0	1	2	3	4
24. Me es difícil controlar mis emociones	0	1	2	3	4
25. Me han suspendido o expulsado de la escuela	0	1	2	3	4
26. Me he alejado de mi familia	0	1	2	3	4
27. Me he alejado de otras personas	0	1	2	3	4
28. Me he quedado desempleado	0	1	2	3	4
29. Me he vuelto agresivo	0	1	2	3	4
30. Me pongo en riesgo (ej. sexo sin protección, malas compañías, quedo inconsciente fuera de casa)	0	1	2	3	4
31. Me siento ansioso o nervioso	0	1	2	3	4
32. Me siento culpable	0	1	2	3	4
33. Tengo relaciones de pareja inestables	0	1	2	3	4
34. Me siento excluido de mis grupos sociales	0	1	2	3	4
35. Mis sentimientos hacia seres queridos han cambiado	0	1	2	3	4
36. Soy menos productivo en el trabajo					
37. Tengo bajo rendimiento escolar	0	1	2	3	4
38. Tengo bajo rendimiento físico	0	1	2	3	4
39. Me siento triste	0	1	2	3	4
40. He tenido pensamientos suicidas	0	1	2	3	4
41. Tengo discusiones con mis familiares	0	1	2	3	4
42. Tengo problemas con personas en el trabajo	0	1	2	3	4
43. Me siento cansado	0	1	2	3	4
44. Tengo problemas para dormir	0	1	2	3	4
45. Me siento frustrado	0	1	2	3	4
46. Tengo una actitud negativa	0	1	2	3	4
47. Me siento desmotivado	0	1	2	3	4
48. Tengo problemas con mi vida sexual (ej. desinterés, impotencia, frigidez) Anótalo: _____	0	1	2	3	4
49. He tenido algún accidente (ej. caídas, golpes, automovilístico) Anótalo: _____	0	1	2	3	4
50. Tengo algún dolor (ej. estómago, hígado, riñones). Anótalo: _____	0	1	2	3	4

51. Tengo alguna enfermedad diagnosticada (ej: mental, pulmonar, cardíaca). Anótalo: _____	0	1	2	3	4
52. Tengo algún problema legal (ej. encarcelamiento, orden de restricción, demanda). Anótalo: _____	0	1	2	3	4
53. He intentado dejar de consumir, sin lograrlo	0	1	2	3	4
54. He tenido recaídas	0	1	2	3	4
55. Siento la necesidad de consumir	0	1	2	3	4
56. Mis únicos amigos son los que consumen conmigo	0	1	2	3	4
57. He faltado al trabajo por consumir o por recuperarme de los efectos de la sustancia	0	1	2	3	4
58. Cuando empiezo a consumir, no me puedo detener	0	1	2	3	4
59. He aumentado mi consumo (mayor cantidad o frecuencia)	0	1	2	3	4
60. Cuando no consumo tengo síntomas como: temblores, sudoración, angustia, ansiedad o náuseas	0	1	2	3	4

Anexo 4. Reactivos resultantes del análisis factorial (cuarta versión).

Debido a mi consumo...	NP	PL	PM	PG	PMG
1. A veces tengo dinero y a veces no	0	1	2	3	4
2. Es difícil para mí recordar las cosas	0	1	2	3	4
3. He dejado de asistir a la escuela	0	1	2	3	4
4. He perdido bienes (ej. casa, auto, tv)	0	1	2	3	4
5. He perdido oportunidades de crecimiento u ofertas de trabajo	0	1	2	3	4
6. He perdido un empleo	0	1	2	3	4
7. He sido infiel en mi relación de pareja	0	1	2	3	4
8. He sido violento con mi familia	0	1	2	3	4
9. He tenido peleas con otras personas	0	1	2	3	4
10. Le miento a mi familia	0	1	2	3	4
11. Me cuesta más trabajo entender las cosas	0	1	2	3	4
12. Dependo de otras personas económicamente	0	1	2	3	4
13. Me cuesta trabajo concentrarme en algo	0	1	2	3	4
14. Me he alejado de otras personas	0	1	2	3	4
15. Me he quedado desempleado	0	1	2	3	4
16. Me he vuelto agresivo	0	1	2	3	4
17. Me siento culpable	0	1	2	3	4
18. Tengo relaciones de pareja inestables	0	1	2	3	4
19. Tengo bajo rendimiento físico	0	1	2	3	4
20. Me siento triste	0	1	2	3	4
21. He tenido pensamientos suicidas	0	1	2	3	4
22. Tengo discusiones con mis familiares	0	1	2	3	4
23. Tengo problemas con personas en el trabajo	0	1	2	3	4
24. Tengo problemas para dormir	0	1	2	3	4
25. Me siento frustrado	0	1	2	3	4
26. Tengo una actitud negativa	0	1	2	3	4
27. Me siento desmotivado	0	1	2	3	4
28. Tengo algún dolor (ej. estómago, hígado, riñones)	0	1	2	3	4
29. He intentado dejar de consumir, sin lograrlo	0	1	2	3	4
30. He tenido recaídas	0	1	2	3	4
31. Siento la necesidad de consumir	0	1	2	3	4
32. He aumentado mi consumo (mayor cantidad o frecuencia)	0	1	2	3	4
33. Cuando no consumo tengo síntomas como: temblores, sudoración, angustia, ansiedad o náuseas	0	1	2	3	4