



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

"NIVEL DE RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS EN
PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD, EN TERAPIA GRUPAL
DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNAR-
DINO ÁLVAREZ"

PRESENTA LA TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

PRESENTA:
JORGE JUAN CUCA MARTÍNEZ

DR. FRANCISCO JAVIER MUÑOZ SANDOVAL

DR. PABLO VERA FLORES

ASESOR TEÓRICO

ASESOR METODOLÓGICO

Ciudad de México, febrero 2019



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.

Agradecimientos

Son muchas las personas que me han acompañado en el camino a construir mi identidad preferida como profesionalista y persona que ejerce el arte de la psiquiatría y la salud mental.

Comenzare por agradecerle a mi padre Jorge Cuca y mi madre Laura Martínez, por su apoyo y amor incondicional, por ser parte de mi inspiración y motivación para convertirme en el ser humano y profesionalista que soy y aspiro llegar a ser.

A mi hermano Jorge y a mi hermana Karina, por creer en mí, por su apoyo, cariño, respeto y permitirme disfrutar del amor y la espontaneidad de mis sobrinas Chelsea y Celeste, así como de mi sobrino Jorge Jr.

Le agradezco al Dr. Francisco Muñoz por representar una figura de profesionalismo, paciencia, respeto, dedicación y confianza.

Dr. Francisco Heredia le estoy agradecido por enseñarme y guiarme al camino del autoconocimiento, por ser mi maestro y guía para reconstruir mi filosofía de vida.

Le agradezco a mis colegas Adriana, Beatriz, Karina por su amistad y apoyo incondicional así como a mi amiga Mariana por su cariño sincero y apoyo en los momentos agradables y desagradables.

Le agradezco a Dios, por brindarme la oportunidad de poner en mi camino a personas extraordinarias que hoy forman parte de mi vida personal y profesional.

Solo hay un sentido en la vida: el acto de vivir en sí mismo.

Erich Fromm

ÍNDICE

i. ÍNDICE.....	3
ii. LISTA DE CUADROS, GRÁFICAS Y ABREVIATURAS.....	4-5
iii. RESUMEN.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. MARCO TEÓRICO.....	8-17
3. MÉTODO.....	18-30
• Justificación	18-19
• Planteamiento del problema	20
• Objetivos: general y específico	21
• Hipotesis	21
• Variables.....	22
• Muestra y muestreo	22-23
• Criterio de selección.....	23-24
• Tipo de estudio	24
• Instrumento	24-26
• Procedimiento	27
• Análisis estadístico.....	28
• Consideraciones bioéticas.....	28-30
4. RESULTADOS.....	31-44
5. DISCUSIÓN.....	45-47
6. CONCLUSIONES.....	47-48
7.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	49-50
8. ANEXOS.....	51-60

LISTA DE GRÁFICOS Y TABLAS

Gráficos		Pagina
Gráfico 1	Total de pacientes de acuerdo al sexo valorados con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, en el servicio de consulta externa en el año 2017 en el “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”.	9
Gráfico 2	Distribución total de pacientes hombres valorados de primera vez y subsecuentes con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, en el servicio de consulta externa en el año 2017 en el “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”.	10
Gráfico 3	Distribución total de pacientes mujeres valorados de primera vez y subsecuentes con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, en el servicio de consulta externa en el año 2017 en el “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”.	10
Gráfico 4	Distribución de muestra total por sexo	31
Gráfico 5	Distribución de estado civil de la muestra total.	32
Gráfico 6	Distribución de nivel de estudios completos de la muestra total	32
Gráfico 7	Distribución de la muestra con respecto con las personas que habitan.	33
Gráfico 8	Distribución de nivel de tiempo de terapia de la muestra total	33
Gráfico 9	En tratamiento psicofarmacológico de la muestra total	34
Gráfico 10	Antecedente de tratamiento intrahospitalario de la muestra total	34
Gráfico 11	Sustancias consumidas por lo menos una vez en la vida	35
Gráfico 12	Distribución por sexo de la frecuencia del consumo de sustancias en los últimos tres meses	36
Gráfico 13	Distribución del consumo en los últimos 3 meses de alguna sustancia	36
Gráfico 14	Distribución de la frecuencia del consumo de sustancias en los últimos tres meses	37
Gráfico 15	Distribución de la frecuencia de sustancias consumidas en los últimos 3 meses con patrón de diario a casi diario.	37
Gráfico 16	Distribución del deseo de consumo diario o casi diario por sustancia en los últimos 3 meses en porcentaje	37
Gráfico 17	Distribución de la frecuencia del deseo o ansias de consumo en los últimos tres meses	38
Gráfico 18	Distribución de la frecuencia que el consumo de sustancia le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos	39
Gráfico 19	Porcentaje de presentar problemas (sociales, económicos, legales o de salud) diario o casi diario por las sustancia en los últimos 3 meses	39
Gráfico 20	Distribución de la frecuencia en la que se presentan problemas para cumplir sus obligaciones por el consumo de sustancias	40
Gráfico 21	Frecuencia en la que se presentan problemas para cumplir obligaciones diario o casi diario	41

Gráfico 22	Frecuencia en la que un amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo en los últimos 3 meses.	41
Gráfico 23	Distribución del intento por reducir o eliminar el consumo de sustancias en los últimos 3 meses	42
Gráfico 24	Distribución del intento por reducir o eliminar el consumo de sustancias	42
Gráfico 25	Porcentaje del nivel de riesgo de consumo de todas las sustancias.	43
Gráfico 26	Gráfico 26. Distribución del nivel de riesgo de consumo de sustancias en nivel: BAJO - MODERADO - BAJO - ALTO	44
Gráfico 27	Nivel de riesgo de consumo de sedantes	44

Gráficos		Página
Tabla 1	Tiempo en terapia grupal	33
Tabla 2	Sustancias consumidas por lo menos una vez en la vida	35

ABREVIATURAS

TLP. Trastorno límite de personalidad

APA. Asociación Psiquiátrica Americana

CIE 10. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición DSM V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales, en su quinta edición

RESUMEN

La asociación del trastorno límite de la personalidad y el consumo alcohol, tabaco y otras sustancias, contribuye al incremento en la intensidad de los síntomas psiquiátricos, visitas a urgencias, mayor tasa de hospitalización, violencia, problemas legales, pobre apego al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico así como mayor estrés familiar y suicidio. Por ello es importante determinar riesgo de consumo para cada una de las sustancia y categorizar el nivel de riesgo, con la finalidad de brindar una intervención más adecuada conforme el nivel de consumo y favorecer el apego psicoterapéutico grupal. **Objetivo:** Determinar el nivel de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias en pacientes con trastorno límite de la personalidad en terapia grupal del servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” **Material y Métodos:** *Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo; Se aplicó el cuestionario ASSIST V30 para determinar el nivel de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias.* **Resultados:** La muestra se constituyó de 49 sujetos, de los cuales 42 fueron mujeres y 7 hombres. El 43% de la muestra presentó un nivel de riesgo de consumo bajo, 33% riesgo moderado y 24% nivel de riesgo alto, para todas las sustancia. Los sedantes presentaron mayor porcentaje en los niveles de riesgo de consumo moderado y alto, si bien el patrón de consumo no es diario o casi diario, los efectos negativos que produce el consumo semanal o mensual, son importantes para el desarrollo de un trastorno por consumo que requiere atención médica. **Conclusiones:** Partiendo del MODELO INTEGRADOR en el que se sustenta la terapia grupal para paciente con trastorno límite del Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, es necesario el abordaje de las co-morbilidades que presentan estos pacientes, siendo el consumo de sustancias la de mayor impacto por las repercusiones en el tratamiento y la evolución. Por lo que realizar una prueba sencilla, estandarizada y validada como el ASSIST permite su identificar y categorizar en niveles de riesgo de consumo, para brindar orientación terapéutica temprana, proporcionar un mejor abordaje clínico y psicoterapéutico grupal.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, impulsividad, consumo de sustancias.

INTRODUCCIÓN

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA), el trastorno límite es la segunda causa de atención en el servicio de consulta externa y hospitalización desde los últimos seis años aproximadamente. En el 2017, se atendieron un total de 5179 pacientes con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad de acuerdo al CIE-10, en el servicio de consulta externa, se registraron 806 - 16% hombres en total (figura 1), de los cuales 52 fueron de primera vez y 754 subsecuentes, 4363 -84% mujeres en total (figura 1) siendo 132 de primera vez y 4231 subsecuentes. El abordaje de las adicciones desde la perspectiva de la salud es relativamente reciente en nuestro país; sin embargo, en la actualidad existe cada vez mayor oferta de tratamiento profesional para este padecimiento. El consumo de sustancias, se asocia con una mayor prevalencia de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. (4) La comorbilidad psiquiátrica con una adicción se asocia con incremento de la gravedad de los síntomas psiquiátricos, necesidad de mayor medicación, visitas a urgencias, criminalidad, violencia, suicidio, problemas legales y estrés familiar.(4-5) Es frecuente que las personas con trastorno límite de la personalidad abusen de sustancias de forma impulsiva, lo que contribuye a reducir el umbral de otros comportamientos autodestructivos como las autolesiones, la promiscuidad sexual o los comportamientos provocadores que incitan a la agresión. Se ha demostrado que los individuos con altos niveles de impulsividad son más vulnerables al inicio del consumo, más susceptibles de evolucionar desde el

consumo recreativo a la adicción y menos capaces de alcanzar éxitos terapéuticos en programas tradicionales. (7)

MARCO TEÓRICO

Trastorno límite de la personalidad

El trastorno de inestabilidad emocional de personalidad se describe acorde a la CIE 10 (OMS, 1992) (1) , como una marcada predisposición a actuar de modo impulsivo, sin tener en cuenta las consecuencias, con un ánimo impredecible y caprichoso, con arrebatos de ira y violencia, comportamiento pendenciero e impulsivo, distorsiones de la imagen corporal y los propios objetivos , sentimiento crónico de vacío, relaciones interpersonales intensas e inestables y tendencia al comportamiento autodestructivo. Inicia durante la adolescencia y persiste en la edad adulta, manifestado como respuestas inflexibles ante un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. (1)

En el trastorno límite de la personalidad existe una importante desregulación emocional junto a una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo, sobre todo en un contexto estresante. Diversos estudios con técnicas de neuroimagen funcional en pacientes con trastorno límite de personalidad han demostrado la implicación de la corteza prefrontal y, más específicamente, de las regiones orbitofrontales, en las respuestas impulsivas y agresivas que caracterizan la conducta de estos pacientes. (1)

Los estudios llevados a cabo en este grupo de pacientes con pruebas de neuroimagen reflejan un significativo hipometabolismo en regiones frontales y prefronta-

les e hiperactivación en el funcionamiento de la amígdala (8). El estudio de las alteraciones cognitivas en estos pacientes ha mostrado una disfunción cerebral en regiones prefrontales dorsolaterales y orbitarias relacionadas con déficits neuropsicológicos en la toma de decisiones y en la capacidad de planificación. (2)

Pacientes con trastorno límite de personalidad han mostrado déficit en una amplia gama de áreas neurocognitivas, como la atención sostenida, procesos de recuperación de la memoria diferida, memoria de trabajo, control de los impulsos y capacidad inhibitoria, flexibilidad cognitiva, abstracción, planificación, organización y velocidad de procesamiento de la información. Estos déficits se han evidenciado ya en niños que posteriormente han desarrollado personalidad tipo límite, y que durante la infancia manifestaron más disfunciones neuropsicológicas. (2)

Epidemiología

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA), el trastorno límite es la segunda causa de atención en el servicio de consulta externa y hospitalización desde los últimos seis años aproximadamente.

Gráfico 1. Total de pacientes de acuerdo al sexo, valorados con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, en el servicio de consulta externa en el año 2017 en el “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”.

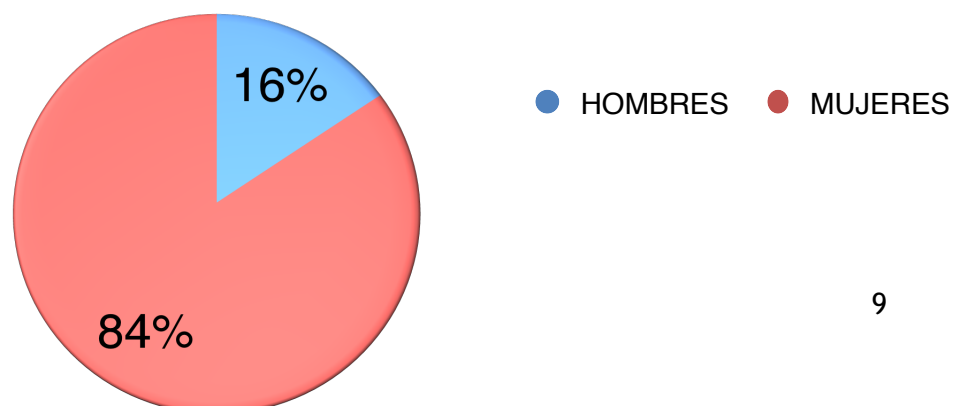


Gráfico 2. Distribución total de pacientes hombres valorados de primera vez y subsecuentes con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el servicio de consulta externa en el año 2017, en el "Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez".

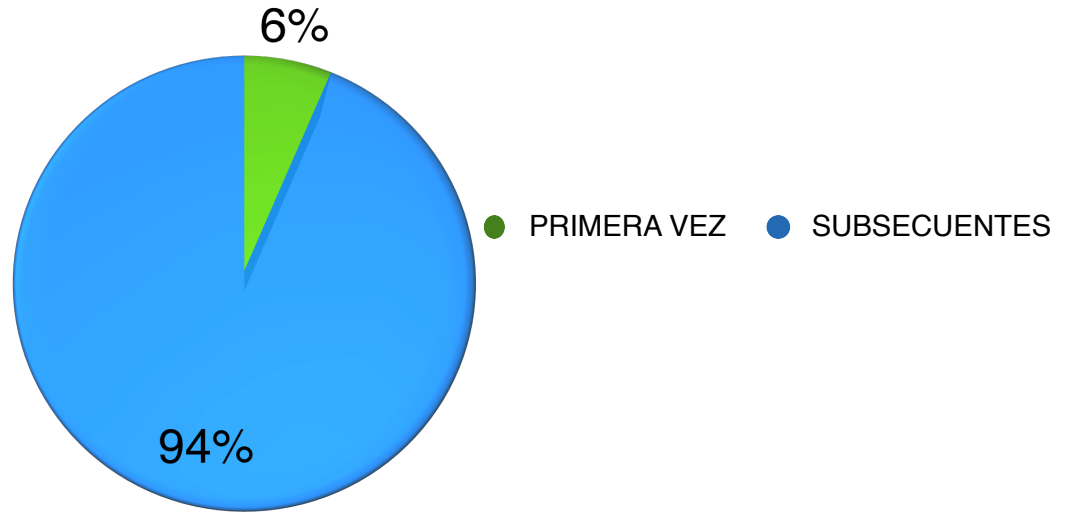
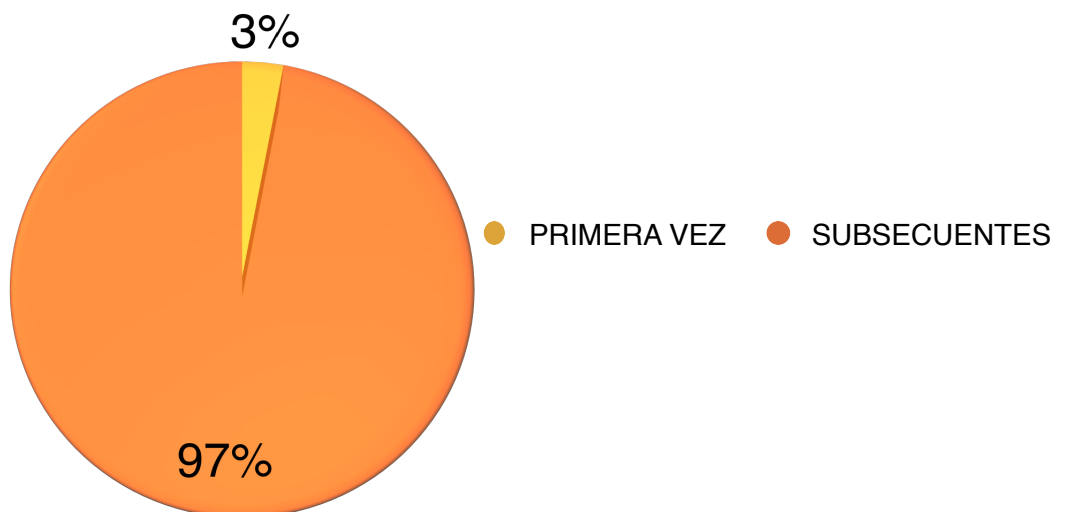


Gráfico 3. Distribución total de pacientes mujeres valorados de primera vez y subsecuentes con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el servicio de consulta externa en el año 2017, en el "Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez".



En el 2017, se atendieron un total de 5179 pacientes con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad de acuerdo al CIE-10 en el servicio de consulta externa, se registraron 806 - 16% hombres en total, *VER GRÁFICO 1.* de los cuales 52 fueron de primera vez y 754 subsecuentes, 4363 -84% mujeres en total *VER GRÁFICO 1.* siendo 132 de primera vez y 4231 subsecuentes.

La dependencia a drogas es un problema de salud multifactorial que generalmente se comporta como una enfermedad crónico-recurrente. Su desarrollo es el resultado de una compleja interacción entre variables ambientales y biológicas y afecta múltiples esferas de la salud y de la vida social. (4-5)

En el reporte de la ONU del 2014 respecto al consumo de alcohol, tabacos y drogas ilícitas, se declaró que el consumo de estas sustancias es causa significativa de pérdida de funcionalidad, productividad y de salud en la población mundial, representando una tasa de mortalidad de 40 muertes por millón de habitantes en la población entre 15 a 64 años de edad. Se estima que entre el 3.5 al 7% de la población de 15 a 64 años de edad han consumido una sustancia ilícita en el último año, siendo las más frecuentes, cannabis, opioides, cocaína, anfetaminas y solventes. (2)

En México, el consumo de sustancias en la población adulta se ha convertido en un fenómeno que va en aumento, lo que ha dado pie al incremento de los riesgos y las consecuencias negativas para los individuos y la sociedad, vinculándose cada vez más el consumo de sustancias con problemas de salud mental. Hasta un 50% de las personas que tienen alguna enfermedad mental también sufren de un pro-

blema de abuso de sustancias. Entre el 60 al 80% de las personas con trastornos con adicciones presentan un diagnóstico psiquiátrico adicional, ya sea como precipitador de la adicción o como consecuencia de esta. (2)

Se ha descrito que las personas con trastorno psiquiátricos y consumo de sustancias, presentan altos niveles de deterioro biopsicosocial, situación que incrementa el riesgo de discapacidad y las coloca en un mayor riesgo de marginación social. (2-3)

Diversos estudios epidemiológicos desde los años 1980, han demostrado la existencia de importantes asociaciones estadísticas que describen la elevada prevalencia del consumo de sustancias y trastornos psiquiátricos oscilando entre el 20% y 50% en población general y entre el 40% y 80% en población psiquiátrica. Asimismo los estudios epidemiológicos sugieren que en más de 80% de los casos los trastornos psiquiátricos iniciaron antes de la aparición de los trastornos por consumo de sustancias, de tal forma que las personas con trastornos psiquiátricos presentan hasta 3 veces más probabilidad de desarrollar trastorno por consumo de sustancias posteriormente. (2)

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA), el trastorno límite es la segunda causa de atención en el servicio de consulta externa y hospitalización desde los últimos seis años aproximadamente. (3)

Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos

El trastorno límite de la personalidad se asocia a menudo a otras patologías como; trastornos afectivos, trastornos por consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por estrés postraumático, trastornos de identidad disociativos y trastornos por déficit de atención.

Dada la amplia variedad de síntomas clínicos, hay que señalar la elevada probabilidad de presentar trastornos comórbidos. Respecto a los trastornos afectivos, las tasas de trastornos depresivos en pacientes con TLP oscilarían entre el 40 y el 87%, siendo el trastorno depresivo mayor el diagnóstico el más común. (2)

En diferentes trabajos se muestra una tasa menor de comorbilidad con trastornos de ansiedad o psicóticos. También se ha descrito que los varones diagnosticados con trastorno límite de la personalidad, tienen tasas mayores de comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias, sobre todo alcohol, y en el caso de las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria, en especial con la bulimia. Asimismo, se ha descrito que el trastorno por estrés postraumático también es un trastorno comórbido frecuente, así como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. (3-6)

Comorbilidad con el consumo de sustancias

En México, el consumo de sustancias en la población adulta se ha convertido en un fenómeno que va en aumento, lo que ha dado pie al incremento de los riesgos y las consecuencias negativas para los individuos y la sociedad, vinculándose cada vez más el consumo de sustancias con problemas de salud mental. Hasta un 50% de las personas que tienen alguna enfermedad mental también sufren de un pro-

blema de abuso de sustancias. Entre el 60 al 80% de las personas con trastornos por adicciones presentan un diagnóstico psiquiátrico adicional, ya sea como precipitador de la adicción o como consecuencia de esta. (3)

Los trastornos por consumo de sustancias son frecuentes en los pacientes con trastorno límite de la personalidad. Al igual que ocurre en la población general, la sustancia de abuso más común para los pacientes límite es el alcohol, pero lo más específico de estos pacientes es que son politoxicómanos (cannabis, anfetaminas, etc.), su abuso tiende a ser episódico e impulsivo, aunque no siempre, y consumen cualquier droga que esté a su alcance. (4-3)

Este consumo tiene importantes repercusiones en el tratamiento y la evolución de los pacientes, dado que suelen tener una peor evolución y un mayor riesgo de suicidio, muerte o lesión por accidente (7). Es frecuente que las personas con TLP abusen de sustancias de forma impulsiva, lo que contribuye a reducir el umbral de otros comportamientos autodestructivos como las autolesiones, la promiscuidad sexual o los comportamientos provocadores que incitan a la agresión. (4-3)

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad que abusan de sustancias tienden a minimizar sus consumos, especialmente en las fases iniciales del tratamiento. Por ello es muy importante que este aspecto sea activamente explorado por parte del profesional y que se informe al paciente de los riesgos que comporta el consumo de tóxicos. Dependiendo de la gravedad del consumo, el paciente puede requerir la intervención de servicios especializados. (2)

Impulsividad en pacientes con trastorno de personalidad y consumo de sustancias.

Se ha demostrado que los individuos con altos niveles de impulsividad son más vulnerables al inicio del consumo, más susceptibles de evolucionar desde el consumo recreativo a la adicción y menos capaces de alcanzar éxitos terapéuticos en programas tradicionales. (7-8)

Para la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013), en los trastornos que tienen como característica principal la deficiencia en el control de los impulsos, los individuos presentan una incapacidad para resistir los deseos o tentaciones de cometer un acto dañino para sí mismos o para los demás, condicionando una creciente tensión o excitación antes de cometer el acto, así como posterior a ello, una experiencia placentera, de gratificación o alivio inmediato, alejándose de las definiciones generales de impulsividad, en la que se le refiere únicamente como una inclinación súbita a actuar, conformando de esta manera un constructo y no exclusivamente un síntoma.

Pruebas de autorreporte: tamizaje, diagnóstico y gravedad sintomática

Los requisitos para el diseño de un tratamiento adecuado incluyen el tamizaje, diagnóstico, comprensión de la evaluación y el plan terapéutico. El tratamiento de las adicciones es un reto terapéutico dirigido a la población que usa, abusa o depende del alcohol y otras drogas. La importancia del tamizaje y el diagnóstico radica justamente en reconocer a las personas en riesgo, poder diferenciar a las

personas que usan, abusan o dependen de las sustancias y así distinguir los tipos de intervención que puedan requerir las personas, es pues una parte importante del proceso del diseño que puede tener un impacto clínico y uno costo-efectivo (4-5)

Los instrumentos de tamizaje tienen el potencial de aplicarse en diversos escenarios ya sean de salud, escolares, de justicia o laborales.

Un buen ejemplo de los instrumentos de tamizaje para diferentes drogas es el **ASSIST** (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) desarrollado bajo el auspicio de la Organización Mundial para ser utilizado en el primer nivel de atención. La versión más reciente consta de ocho preguntas con opciones de respuesta. Su diseño culturalmente neutro ha permitido que sea un instrumento de tamizaje aplicable a diferentes países para detectar el uso de: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetamínicos de tipo estimulante, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, inhalables, opiáceos y otro tipo de sustancias. La información obtenida corresponde a uso de sustancias alguna vez en la vida y a uso y problemas asociados en los últimos tres meses, así como otros problemas asociados con el consumo, tales como la intoxicación, el uso regular, la dependencia y los riesgos asociados al uso de drogas inyectables. (4-5)

El puntaje obtenido permite determinar el riesgo de uso de cada sustancia, que puede ser categorizado en bajo, moderado y alto; a partir de este resultado se determina si se requiere o no atención y qué tipo de tratamiento (breve o más

intensivo). La retroalimentación se muestra en un recuadro donde se anota su puntaje y los problemas de salud asociados con el nivel de riesgo. La intervención breve, tiene una duración de 5 a 15 minutos y está basada en el modelo FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu of options, Empathy and Self-efficacy) de 10 pasos: se pregunta al respondiente si está interesado en su puntaje, se da retroalimentación de los puntajes, se proporciona consejo de cómo reducir los riesgos asociados al uso de sustancias, se hace énfasis en la responsabilidad de la toma de decisiones del respondiente, se pregunta al respondiente si existe preocupación acerca de los puntajes obtenidos, se hace un balance sobre las ventajas y desventajas de consumir sustancias, se hace énfasis en las desventajas, se pregunta al respondiente si éstas le preocupan y se le proporciona al paciente material para leer en casa. El instrumento está disponible en diversos idiomas incluyendo el español. (4-5)

Modelo integrador de terapia grupal para pacientes con trastorno límite de la personalidad.

El Trastorno límite es la segunda causa de atención en el HFBA. Mediante el modelo integrador, se busca que el paciente desarrolle mejor regulación emocional, que condicione recuperación de la funcionalidad. Se utiliza el modelo de terapia integradora. Los grupos de terapia son abiertos, se mantienen en constante movimiento y cambio. El trabajo se lleva a cabo en dos etapas: 1) Valoración (se conforma de 8 sesiones semanales que permiten brindar psicoeducación sobre el padecimiento al paciente además de encontrar si es candidato para una terapia

grupal) y 2) Trabajo (de dos años de duración, con sesiones semanales, que se divide en cohesión, fase de trabajo sobre temas focalizados y manejo de ansiedades y cierre). El paciente puede terminar la terapia de grupo, debido a abandono o a que concluye los dos años de trabajo.(3) El incorporar en el modelo elementos psicodramáticos, psicoeducativos, cognitivo-conductuales, psicodinámicos, interpersonales y de apoyo, permite a los pacientes el mejorar el manejo de sus ansiedad y fortalecer la estructura yoica. Obteniendo en el proceso, mecanismos adaptativos valiosos y recuperando poco a poco su funcionalidad. (3)

III. MÉTODO

JUSTIFICACIÓN:

Los trastornos por consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias son frecuentes en los pacientes con trastorno límite de la personalidad, contribuyendo al incremento en la intensidad de los síntomas psiquiátricos, visitas a urgencias, mayor tasa de hospitalización, violencia, problemas legales, pobre apego al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

Al igual que ocurre en la población general, la sustancia de abuso más común para los pacientes límite es el alcohol, pero lo más específico de estos pacientes es que tienen nivel de riesgo de consumo alto de múltiples sustancias (cannabis, anfetaminas, etc.). Su abuso tiende a ser episódico e impulsivo, aunque no siempre, y consumen cualquier droga que esté a su alcance. (10)

Estos pacientes tienden a minimizar el consumo, especialmente en las fases iniciales del tratamiento, lo que dificulta el apego al tratamiento psicoterapéutico. Por ello es importante determinar el riesgo de consumo para cada una de las sustancias (tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína, anfetaminas o metanfetaminas, inhalantes, sedantes o tranquilizantes, alucinógenos y opioides), y categorizar en niveles de riesgo: “bajo”, “moderado” y “alto”.

En la actualidad no existen investigaciones que describan el nivel de riesgo de consumo de sustancias (alcohol, tabaco, cocaína, solventes, benzodiazepinas, etc.) en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que reciben apoyo psicoterapéutico grupal en el servicio de consulta externa del “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardion Álvarez”. Por tal motivo se realiza este estudio, con el fin de brindar una intervención más adecuada conforme el nivel de consumo y favorecer el apego psicoterapéutico grupal, así como adquirir nueva información para próximas investigaciones.

Establecer el vínculo entre el trastorno límite de la personalidad y el consumo de sustancias, tomándolo en cuenta como una patología dual es imprescindible una adecuada detección y consiguiente tratamiento de los trastornos mentales conjuntamente con los derivados del consumo de sustancias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La presente investigación busca determinar el nivel de riesgo de consumo al alcohol, tabaco y otras sustancias (cannabis, cocaína, anfetaminas o metanfetaminas, inhalantes, sedantes o tranquilizantes, alucinógenos y opioides) en pacientes con trastorno límite de la personalidad en terapia grupal del servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, con la finalidad de categorizar en niveles de riesgo para brindar orientación terapéutica temprana, proporcionar un mejor abordaje clínico y psicoterapéutico grupal.

La literatura y la experiencia clínica reporta que los paciente con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y consumo de sustancias son más vulnerables al consumo recreativo a la adicción y menos capaces de alcanzar éxitos en programas psicoterapéuticos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cual es el nivel de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias en pacientes con trastorno límite de la personalidad en terapia grupal del servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”?

OBJETIVOS:

- **GENERAL:** Determinar el nivel de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (cannabis, cocaína, anfetaminas o metanfetaminas, inhalantes, sedantes o tranquilizantes, alucinógenos y opioides) en pacientes con trastorno límite de la personalidad en terapia grupal del servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”
- **ESPECIFICOS:**
 - Determinar la intervención más adecuada conforme el nivel de riesgo de consumo de sustancias.
 - Describir las característica demográficas de los participantes.

VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Edad	Edad cronológica en años	Cuantitativa	Independiente
Sexo	Características fenotípicas	Cualitativa. Nominal dicotómica	Independiente
Consumo	Hábitos de salud	Cualitativa. Nominal dicotómica	Independiente
Validez interna del ASSIST	Nivel de correlación de la medición de la presencia del consumo y la adicción, y la confiabilidad de su medición	Cuantitativa Escalar	Dependiente

MUESTRA Y MUESTREO:

Muestreo: No probabilístico, intencional y por cuota.

Población: Pacientes que se encuentran en terapia grupal para pacientes con trastorno límite de la personalidad en consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

Muestra: Se recabó la información de los pacientes con diagnóstico de trastorno límite de personalidad en terapia grupal del servicio de Consulta Externa del

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” que acepten participar en el estudio y cumplan los criterios de selección.

Se aplicó el cuestionario ASSIST V3.0 para identificar el nivel de riesgo de consumo de sustancias, en un periodo de aplicación del 30 de octubre del 2018 al 30 de diciembre de 2018.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

✓ **Inclusión:**

- Pacientes que se encuentren en terapia grupal diagnosticados con trastorno límite de la personalidad.
- Hombres y mujeres.
- Tener entre 18 y 59 años de edad.
- Que se encuentren en tratamiento en los grupos de terapia de grupal para paciente límite de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.
- Escolaridad: capacidad para leer y escribir.
- Que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

✓ **Exclusión:**

- Pacientes hospitalizados.

- Pacientes con dificultad o incapacidad para responder las pruebas.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

✓ CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no CONCLUYAN LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

INSTRUMENTO:

• **ASSIST (Anexo 4)**

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

consumo de 9 tipos de sustancias; la pregunta 8 sondea uso intravenoso. En total son 8 preguntas que sondean el consumo de 9 sustancias, Las preguntas fueron traducidas al idioma español por el mismo equipo que desarrollo la versión inglesa original². Todas y cada una de las preguntas hacen referencia a nueve tipos de sustancias: tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína, anfetaminas o metanfetaminas, inhalantes, sedantes o tranquilizantes, alucinógenos y opioides. En cada pregunta se aclaró que: “En el caso de uso de medicamentos solo registrar aquellos consumidos sin receta o prescripción médica, o bien, en dosis distintas a las indicadas por el médico”. Se anexó la pregunta sobre frecuencia del uso inyectado de drogas como un indicador adicional de riesgo.

Esta escala tiene un formato de aplicación rápido y sencillo. Las opciones de respuesta para cada pregunta son: P1 (“Si = 3” y “No = 0”); P2 (“Nunca = 0”, “1 o 2 veces = 2”, “Cada mes = 3”, “Cada semana = 4” y “Diario o casi diario = 6”); P3 (“Nunca = 0”, “1 o 2 veces = 3”, “Cada mes = 4”, “Cada semana = 5” y “Diario o casi diario = 6”); P4 (“Nunca = 0”, “1 o 2 veces = 4”, “Cada mes = 5”, “Cada semana = 6” y “Diario o casi diario = 7”); P5 (“Nunca = 0”, “1 o 2 veces = 5”, “Cada mes = 6”, “Cada semana = 7” y “Diario o casi diario = 8”); P6-8 (“No, nunca = 0”, “Sí en los últimos tres meses = 6” y “Si, pero no en los últimos tres meses = 3”). Las puntuaciones por sustancia se obtienen sumando cada respuesta de la P2 a la P7 (en total se obtienen 9 puntuaciones de involucramiento; uno por cada droga). No deberán sumarse las puntuaciones de la pregunta P1 y P8, (la puntuación para cannabis puede calcularse sumando $P2c+P3c+P4c+P5c+P6c+P7c$). La

puntuación máxima por categoría puede ser 39 puntos y la más baja 0. También ofrece una puntuación de involucramiento global.

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

La última versión del ASSIST en español V3.0 surgió en el 2008; la literatura reporta dos versiones previas creadas entre los años 1998 y 2002, se reportan datos cuantitativos sobre su validez concurrente y confiabilidad test-retest en poblaciones adultas reclutadas en centros especializados de tratamiento y clínicas de atención primaria de la salud; con coeficientes de correlación intraclase con otras medidas para el consumo problemático de drogas como el MINI-Plus ($r=0.76$, $p<0.01$) y Addiction Severity Index ($r=0.84$, $p<0.01$) y valores kappa en un rango de 0.40 a 0.78 en relación a la estabilidad temporal de la prueba (test-retest)

PROCEDIMIENTO:

1. Se presentó el protocolo de estudio a los Comités de ética en Investigación y del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” para la realización de correcciones y su aprobación.
2. Posterior a ser aprobado el protocolo, se solicitó al Jefe del servicio de Consulta externa y al médico adscrito del servicio autorización de realiza-

ción del estudio (aplicación de cuestionario ASSIST) en el consultorio de 16, proporcionándosele una copia del protocolo, informándose el procedimiento de manejo de la información así como los resultados.

3. El proceso de evaluación se llevó a cabo en una entrevista de aproximadamente 30 a 60 minutos de manera sistemática.
4. Se explicaron los objetivos del estudio y se firmarán los consentimientos informados previo a la aplicación.
5. Se realizó la recolección de los datos obtenidos.

ANALISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de datos se utilizará el SPSS 20 con el que se calculará la estadística descriptiva paramétrica y no paramétrica, y posteriormente al análisis los resultados se muestran en gráficas de barras y pastel.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La información fue obtenida directamente del paciente, con las normas éticas establecidas para el manejo de la información, acorde a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

El presente trabajo corresponde a una investigación riesgo mínimo, acorde a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, título segundo

(De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos), capítulo I, que define a tales estudios como sigue: II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

Además, se cumplió con lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos y para el manejo de información, la nota médica e instrumentos aplicados se realizarán acorde a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. También, esta in-

investigación se realizará acorde a lo dispuesto en la Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Por tanto:

Se mantuvo en el anonimato el nombre de los pacientes a quienes pertenecen los expedientes incluidos en el estudio.

La información fue manejada con confidencialidad, para el uso exclusivo del desarrollo del estudio.

Se dará a conocer los resultados de los instrumentos aplicados a los pacientes.

No existirá conflicto de intereses en el desarrollo del protocolo.

Los resultados obtenidos se informaran a los Psiquiatras del hospital y se intentará realizar su publicación para difusión y uso de los resultados a favor del bienestar de los pacientes.

Se trató al paciente, se recabó y procesó la información acorde a las legislaciones y convenciones internacionales vigentes.

No se gratificó monetariamente ni se le cobró a los pacientes que participaron en el estudio.

El presente estudio no representó un riesgo para el estado de salud del paciente.

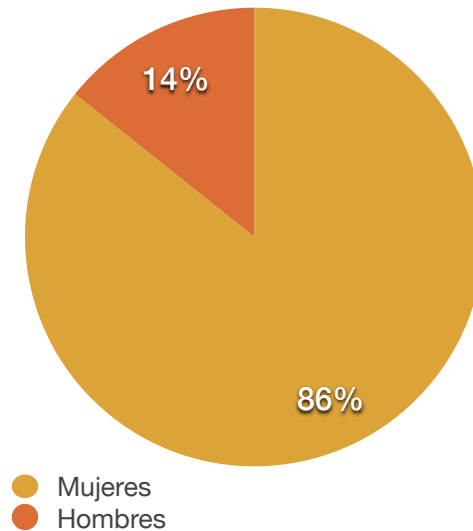
Los gastos de papelería fueron cubiertos por el investigador.

RESULTADOS

Se utilizó un cuestionario breve para obtener datos demográficos de la muestra como: edad, estado civil, escolaridad, tiempo en la terapia grupal, uso de tratamiento farmacológico y antecedente de tratamiento intrahospitalario en institución

psiquiátrica. Con la finalidad de describir las características e identificar factores asociados al nivel de riesgo de consumo de sustancias.

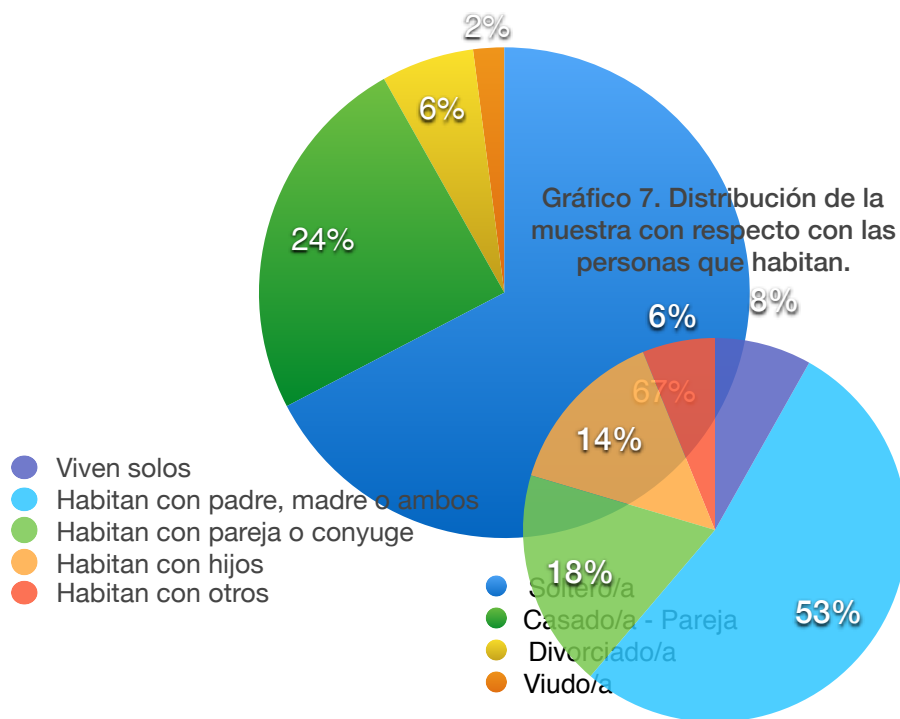
Gráfico 4. Distribución de muestra total por sexo



La muestra se constituyó de 49 sujetos, de los cuales 42 fueron mujeres (86%) y 7 hombres (14%). VER GRÁFICO 4. La edad se distribuyó por medio de rangos, la muestra de mujeres se ubicó con mayor proporción entre los 20 a 29 años de edad y los hombres entre los 30 a 39 años de edad.

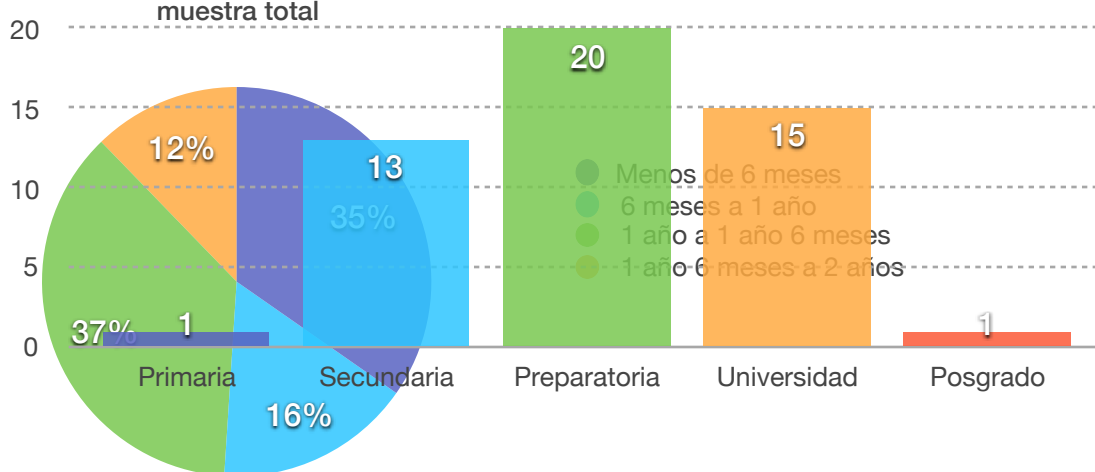
El mayor número de la muestra de hombres como en mujeres, refirieron su estado civil como soltero/a. VER GRÁFICO 5

Gráfico 5. Distribución de estado civil de la muestra total.



Con respecto a nivel escolar, se identificó que el 40% (20 participantes) de la muestra total, tenían estudios completos a nivel bachillerato. VER GRÁFICO 6.

Gráfico 6. Distribución de nivel de estudios completos de la muestra total



Los paciente refirieron que el 53% habitan con sus padres, 18% con su pareja o cónyuge, 14% con sus hijos, 8% viven solos y el 6% viven con otros familiares.

VER GRÁFICO 7

En relación con el tiempo de tratamiento de la terapia grupal, la mayor parte de los hombres tuvieron menos de 6 meses en comparación con las mujeres quien en su mayoría tuvieron m

TABLA 1. Tiempo en terapia grupal

TIEMPO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Menos de 6 meses	3	14	17
6 meses a 1 año	1	7	8
1 año a 1 año 6 meses	2	16	18
1 año 6 meses a 2 años	1	5	6
TOTAL	7	42	49

Gráfico 9. En tratamiento psicofarmacológico de la muestra total

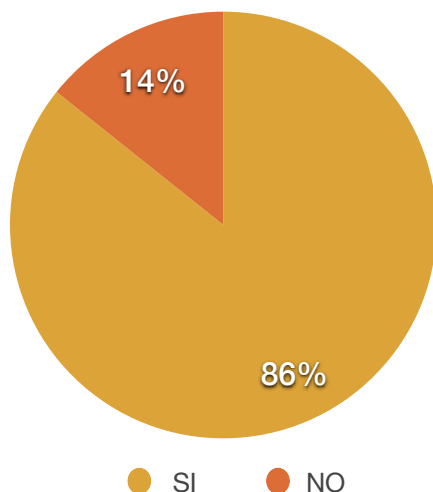
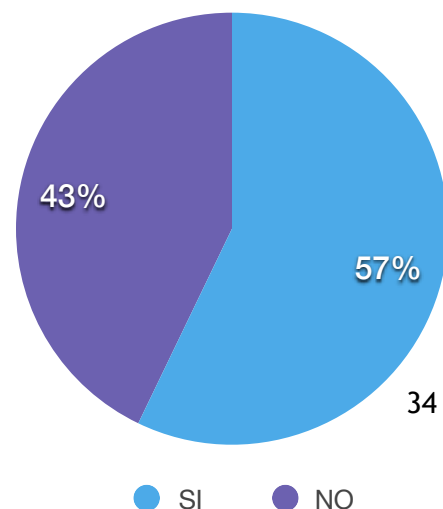


Gráfico 10. Antecedente de tratamiento intrahospitalario de la muestra total



ás de un año pero menos de 1 año 6 meses. VER TABLA 1

En el momento de la aplicación, el 86% de los individuos tenían prescrito algún tratamiento psicofarmacológico. VER GRÁFICO 9

El 57% de la muestra total de la muestra, refirió haber recibido tratamiento psiquiátrico intrahospitalario en algún momento de su vida. VER GRÁFICO 10.

La escala de medición que se aplicó, analiza cada tipo de droga de consumo, la frecuencia y los problemas que se derivan del consumo. Lo que permite establecer estrategias de intervención específicas para ca

Tabla 2. Sustancias consumidas por lo menos una vez en la vida

SUSTANCIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Bebidas alcohólicas (<i>cerveza, vinos, licores, etc.</i>)	7	39	46
Tabaco (<i>cigarros, tabaco de mascar, puros, etc.</i>)	5	33	38
Cannabis (<i>mariguana, mota, hierba, hachis, etc.</i>)	6	18	24

Gráfico 11. Sustancias consumidas por lo menos una vez en la vida

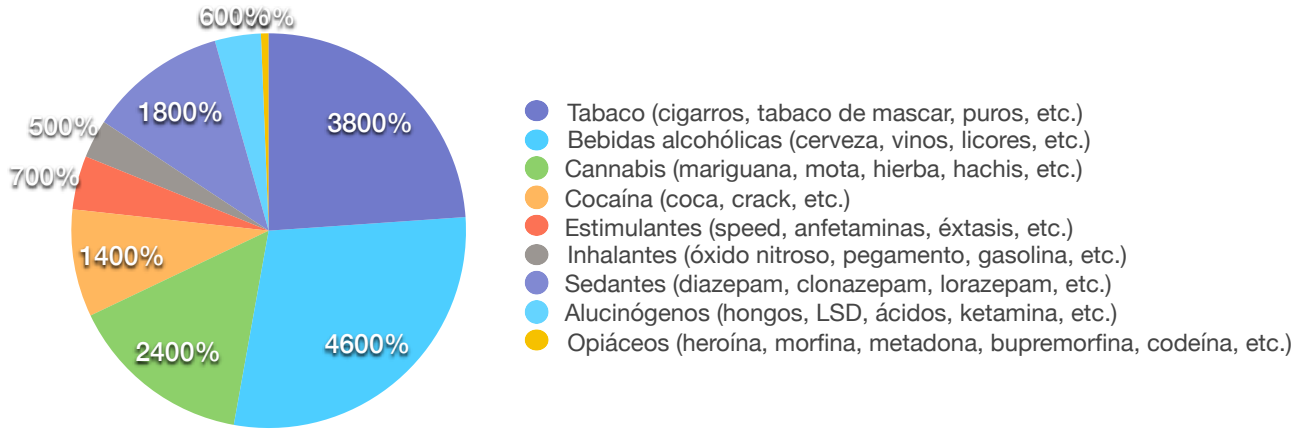


Gráfico 13. Distribución del consumo en los últimos 3 meses de alguna sustancia de la muestra total.

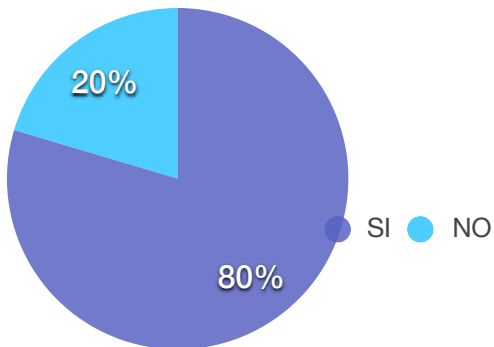


Gráfico 12. Distribución por sexo de la frecuencia del consumo de sustancias en los últimos tres meses

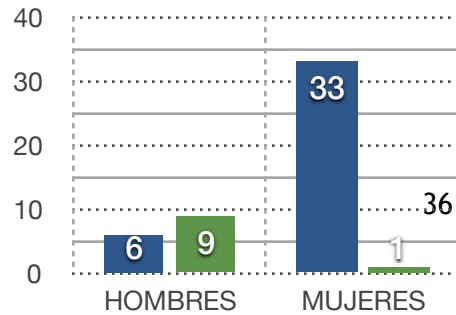


Tabla 2. Sustancias consumidas por lo menos una vez en la vida

SUSTANCIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Sedantes (<i>diazepam, clonazepam, lorazepam, etc.</i>)	3	16	18
Cocaína (<i>coca, crack, etc.</i>)	3	11	14
Estimulantes (<i>speed, anfetaminas, éxtasis, etc.</i>)	2	5	7
Alucinógenos (<i>hongos, LSD, ácidos, ketamina, etc.</i>)	2	4	6
Inhalantes (<i>óxido nitroso, pegamento, gasolina, etc.</i>)	3	2	5
Opiáceos (<i>heroína, morfina, metadona, bupremorfina, codeína, etc.</i>)	0	1	1

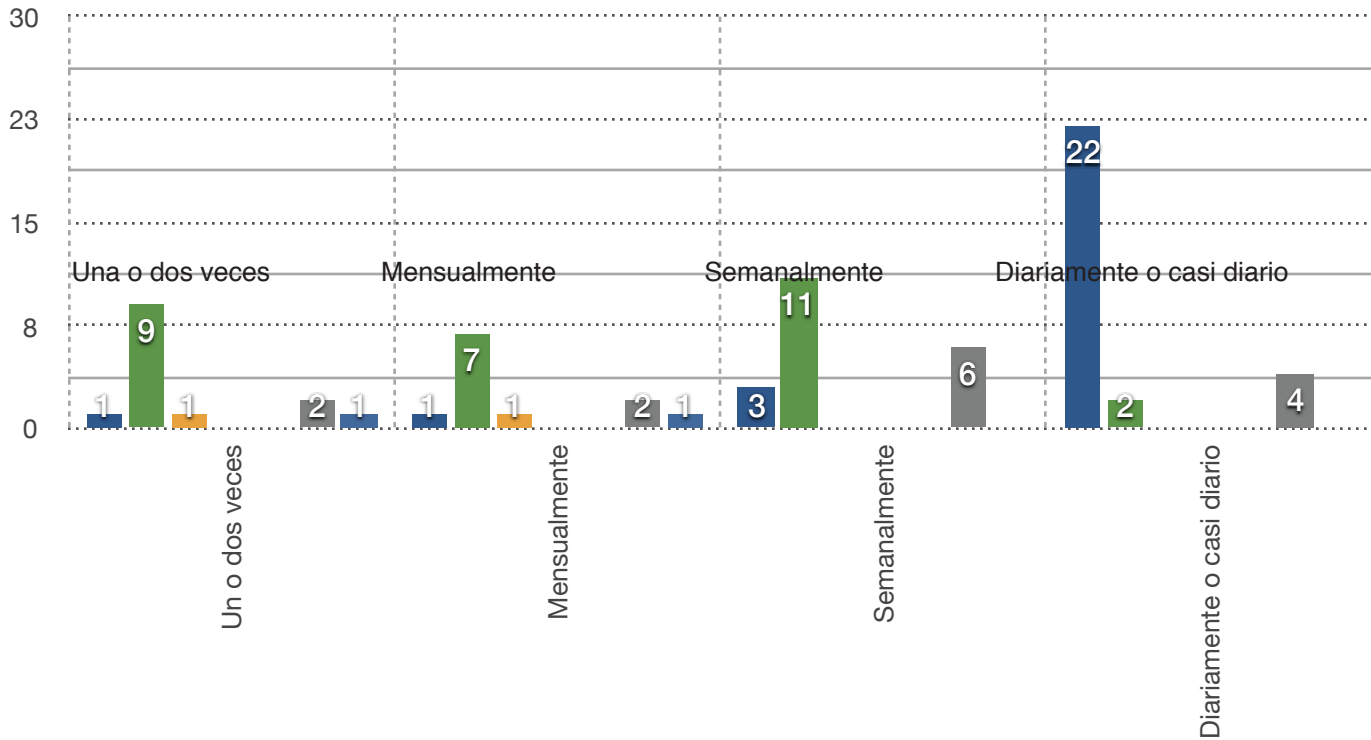
da sustancia, además determinar el riesgo de consumo en bajo, moderado y alto.

La población analizada en su totalidad, reportó que han consumido alguna sustancia por lo menos una vez a lo largo de su vida: alcohol 29%, tabaco 24%, cannabis 15%, sedantes 11%, cocaína 9%, estimulantes y alucinógenos 4%, inhalantes 3% y opiáceos 1%. VER GRÁFICO 11 Y TABLA 2

El 79% (33) de las mujeres y el 86% (6) de los hombres habían consumido algún tipo de sustancia en los últimos 3 meses, VER GRÁFICO 12. reportando un total de 39 individuos (80%) de la muestra total. VER GRÁFICO 13.

En el GRÁFICO 14. se describe la frecuencia de consumo para cada una de las sustancias en los últimos 3 meses, reportando en primer lugar el consumo de tabaco

Gráfico 14. Distribución de la frecuencia del consumo de sustancias en los últimos tres meses



con un patrón de *diario o casi diariamente*, en segundo el alcohol y los sedantes o pastillas para dormir en tercer lugar, ingiriéndose con mayor frecuencia *semanalmente*.

Gráfico 15. Distribución de la frecuencia de sustancias consumidas en los últimos 3 meses con patrón de diario a casi diario.

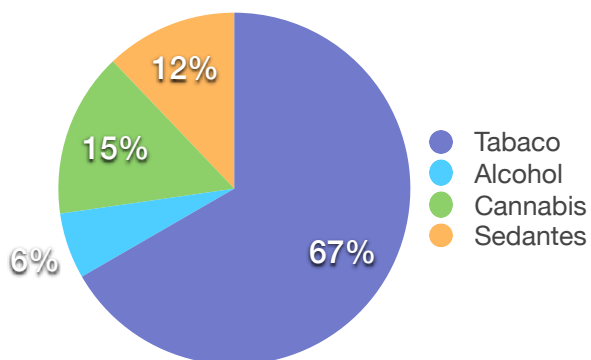
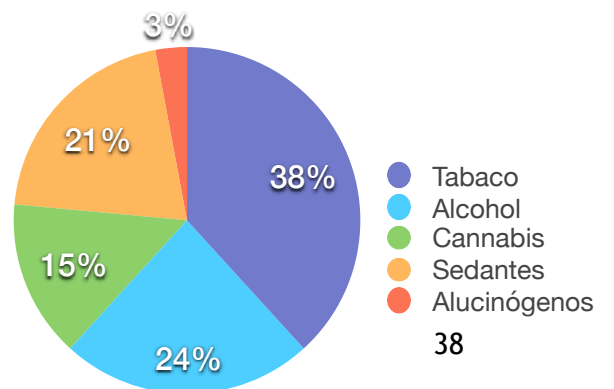


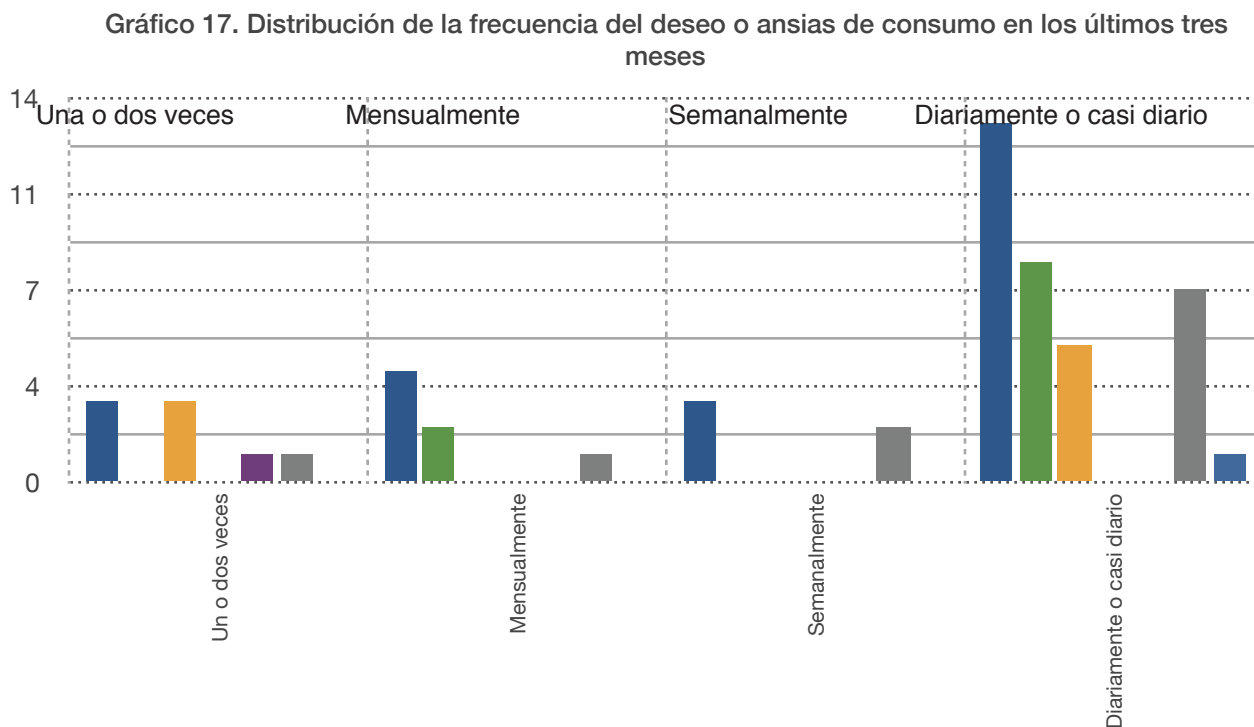
Gráfico 16. Distribución del deseo de consumo diario o casi diario por sustancia en los últimos 3 meses en porcentaje.



La sustancia con mayor frecuencia de consumo diario a casi diario en los últimos 3 meses, fue el tabaco con un 67%, seguido por cannabis con un 15% y en tercer lugar los sedantes con un 12%. Los participantes mencionaron que el consumo de sedantes, lo realizan sin prescripción médica. VER GRÁFICO 15.

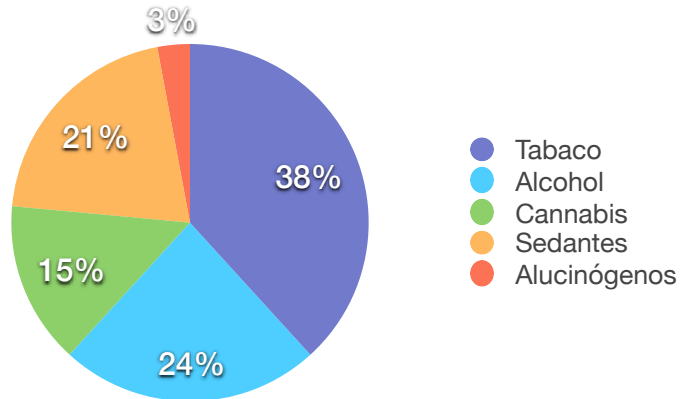
En el GRÁFICO 17 se observa la distribución de acuerdo a la frecuencia del deseo presentado en los últimos 3 meses, reportando la mayor frecuencia por el consumo de tabaco seguido por alcohol y sedantes.

Respecto a la frecuencia del deseo presente *diario o casi diario* en los últimos 3



meses, predominaron las siguientes sustancias: 38% tabaco, 24% alcohol, 21% sedantes, 15% cannabis y 3% alucinógenos. VER GRÁFICO 16.

Gráfico 16. Distribución del deseo de consumo diario o casi diario por sustancia en los últimos 3 meses en porcentaje.



En el GRÁFICO 15 se muestra que el consumo alcohol con un patrón *diario o casi diario* es bajo compa-

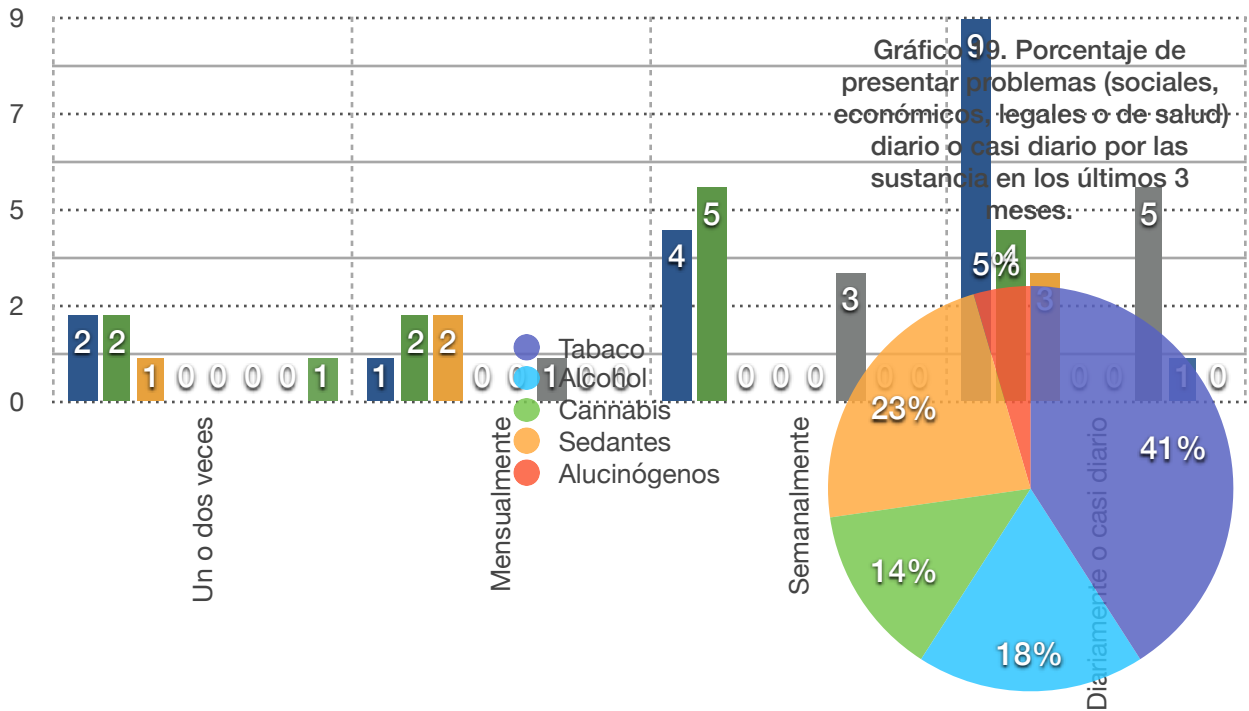
rado con el tabaco, cannabis y sedantes. Sin embargo el deseo por el consumo *VER GRÁFICO 16.* y el consumo semanal de alcohol *VER GRÁFICO 14.* tiene un comportamiento específico y delimitado.

En pregunta 4 de la prueba ASSIST los pacientes reportaron haber tenido proble-

Una o dos veces Mensualmente Semanalmente Diariamente o casi diario

mas diversos (sociales, económicos, legales o de salud) a causa del consumo de sustancias. En los últimos tres meses, diariamente o casi diario, resultando el tabaco la sustancia más frecuente, seguido por los sedantes, *VER GRÁFICO 18 y 19.* si bien el consumo no es diario como se muestra en el GRÁFICO 15. el deseo por consumir se presenta diario en mayor frecuencia que el consumo, así como una causa importante de problemas en general lo que dificulta la relación con otros.

Figura 18. Distribución de la frecuencia que el consumo de sustancia le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos

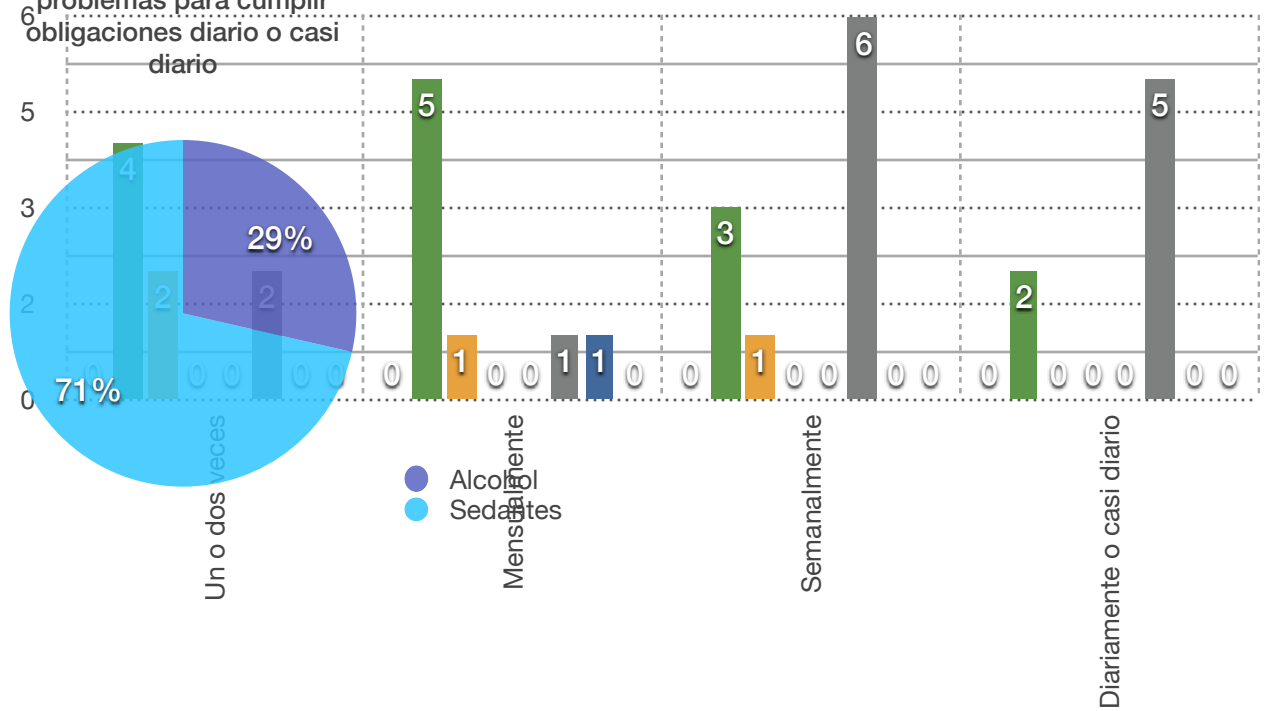


En la pregunta numero 5, se cuestiona sobre la frecuencia en la que se presentan problemas para cumplir con sus obligaciones a causa del consumo de la sustancia en cuestión, respecto de ello ninguno deja de realizar sus actividades por consumir tabaco, sin embargo coincide la frecuencia mensual del consumo de alcohol y el incumplimiento de las obligaciones, observándose un consumo ocasional e incapacitante. GRÁFICO 20.

Una o dos veces Mensualmente Semanalmente Diariamente o casi diario

Con respecto al consumo de sedantes, se observó una mayor pérdida de las obligaciones con frecuencia semanal y diario o casi diario, esto se relaciona con la frecuencia y al deseo del consumo VER GRÁFICOS 15 y 16.

Gráfico 21. Frecuencia de la distribución de la frecuencia en la que se presentan problemas para cumplir sus obligaciones por el consumo de sustancias

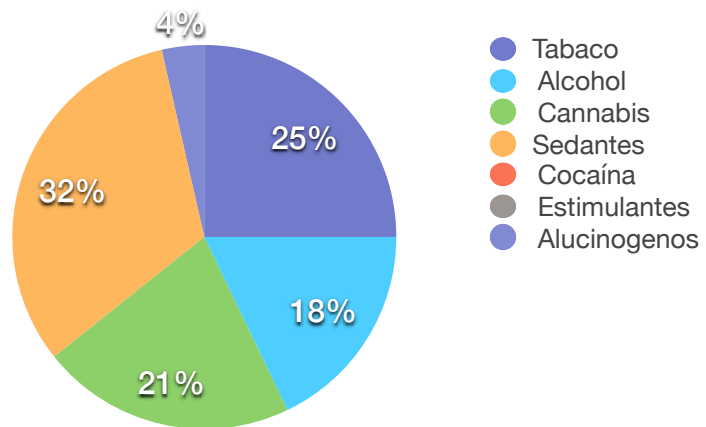


El 71% de los consumidores de sedantes dejaron de realizar sus obligaciones con una frecuencia diario o casi diario, refiriendo que es por la presencia de somnolencia y por automedicación por “crisis emocionales”. VER GRÁFICO 21.

Con respecto a la preocupación de los familiares o amigos en los últimos 3 meses por el consumo de los pacientes se registra una preocupación del 32% por el consumo de sedantes, 25% por tabaco, 21% por cannabis, 18% por alcohol y 4% por alucinógenos. VER GRÁFICO 22.

Al describir los resultados del consumo diario a casi diario en los últimos 3 meses y contraponiéndolos con la preocupación de algún familiar u amigo, se observa que presentó mayor preocupación por el consumo de sedantes GRÁFICO 22., si bien el consumo no es diario GRÁFICO 15, el deseo por consumir FIGURA 16, los problemas en el cumplimiento de obligaciones GRÁFICO 21 y la

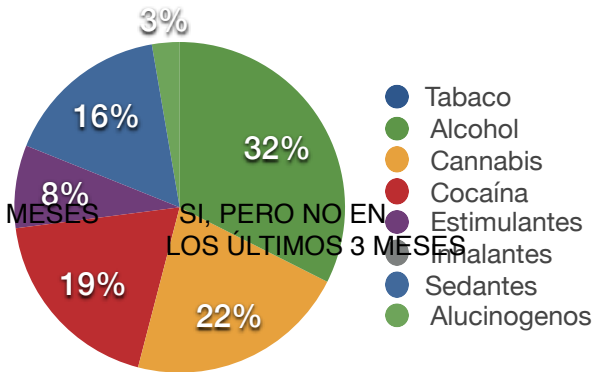
Gráfico 22. Frecuencia en la que un amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo en los últimos 3 meses.



causa de problemas de salud GRÁFICO 19 es importante.

En cuanto al intento de reducir, controlar o abandonar el consumo en los último tres meses: el 32% manifiestan haberlo intentado por el consumo de alcohol, 22% de los consumidores de cannabis, 19% de cocaína, 16% sedantes, 8% estimulantes, 3% y alucinogenos 26% VER GRÁFICO 23 - 24.

Gráfico 23. Distribución del intento por reducir o eliminar el consumo de sustancias en los últimos 3 meses



Se observa desinterés de los encuestados

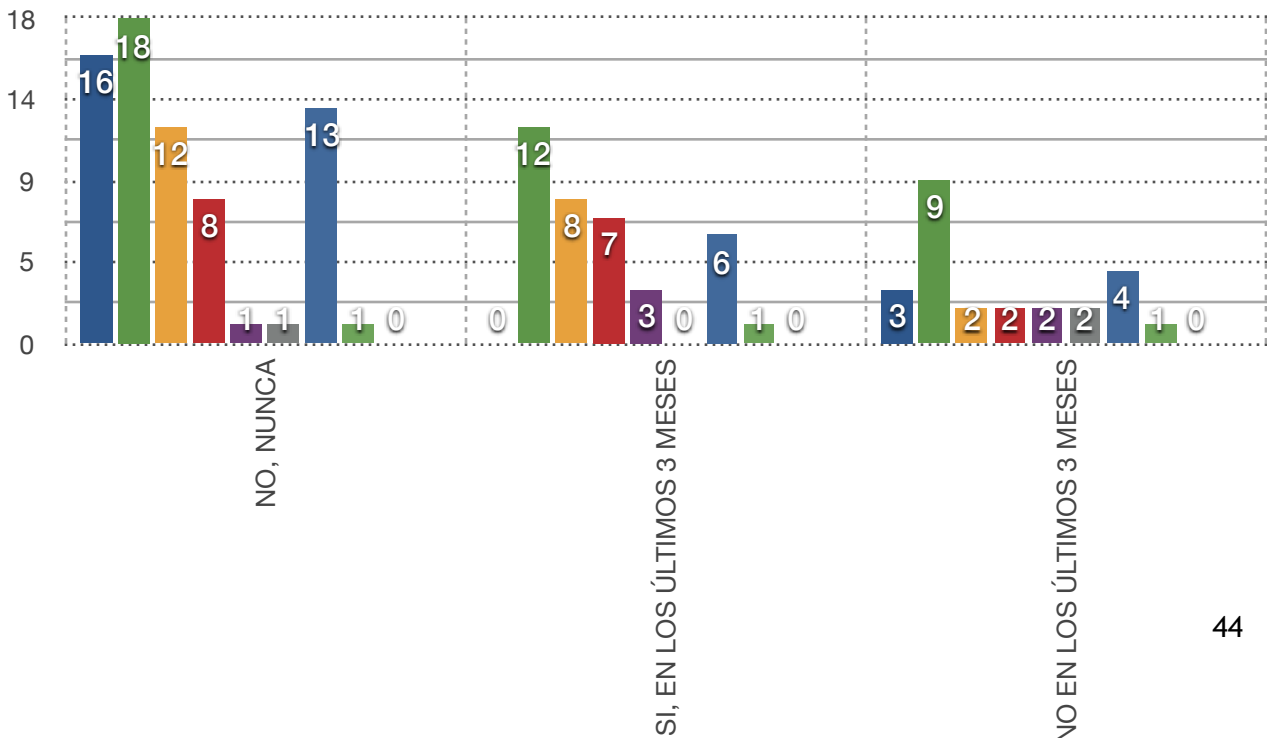
NO, NUNCA SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES

SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES

por controlar, reducir y suspender el consumo sedantes, VER GRÁFICO 23. siendo esta

sustancia la de mayor frecuencia de problemas en relación con el trabajo, salud y familiares así como aumento en el deseo por el consumo. VER GRÁFICO 16. Con res-

Gráfico 24. Distribución del intento por reducir o eliminar el consumo de sustancias



pecto al consumo de tabaco solo el 16% mostró interés para controlar, reducir o suspender el consumo, identificando que es una droga legal, así como social y culturalmente es una sustancia aceptada sin aparente compromiso en la salud y funcionalidad.

Sin embargo mostraron mayor preocupación por disminuir el consumo de alcohol y cannabis, observándose la primera sustancia un patrón semanal y mensual con mayor grado de disfunción.

Resultados del nivel de riesgo de consumo

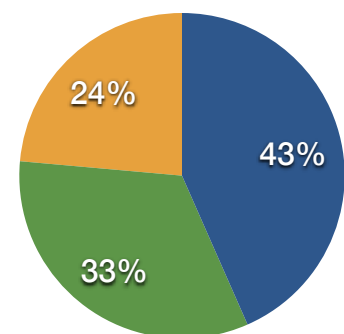
Una vez que se realizaron las 8 preguntas del ASSIST, se determinó una puntuación de riesgo por sustancia que se puede categorizar en tres niveles de riesgo: “bajo”, “moderado” y “alto”, y que a su vez determina la intervención más adecuada conforme el nivel de uso.

Los puntos de corte son: 0 a 3 puntos (No intervención); 4 a 26 puntos (Intervención Breve) y 27 puntos o más (Tratamiento Intensivo).

El 43% de la muestra presentó un nivel de riesgo de consumo bajo, 33% riesgo moderado y 24% nivel de

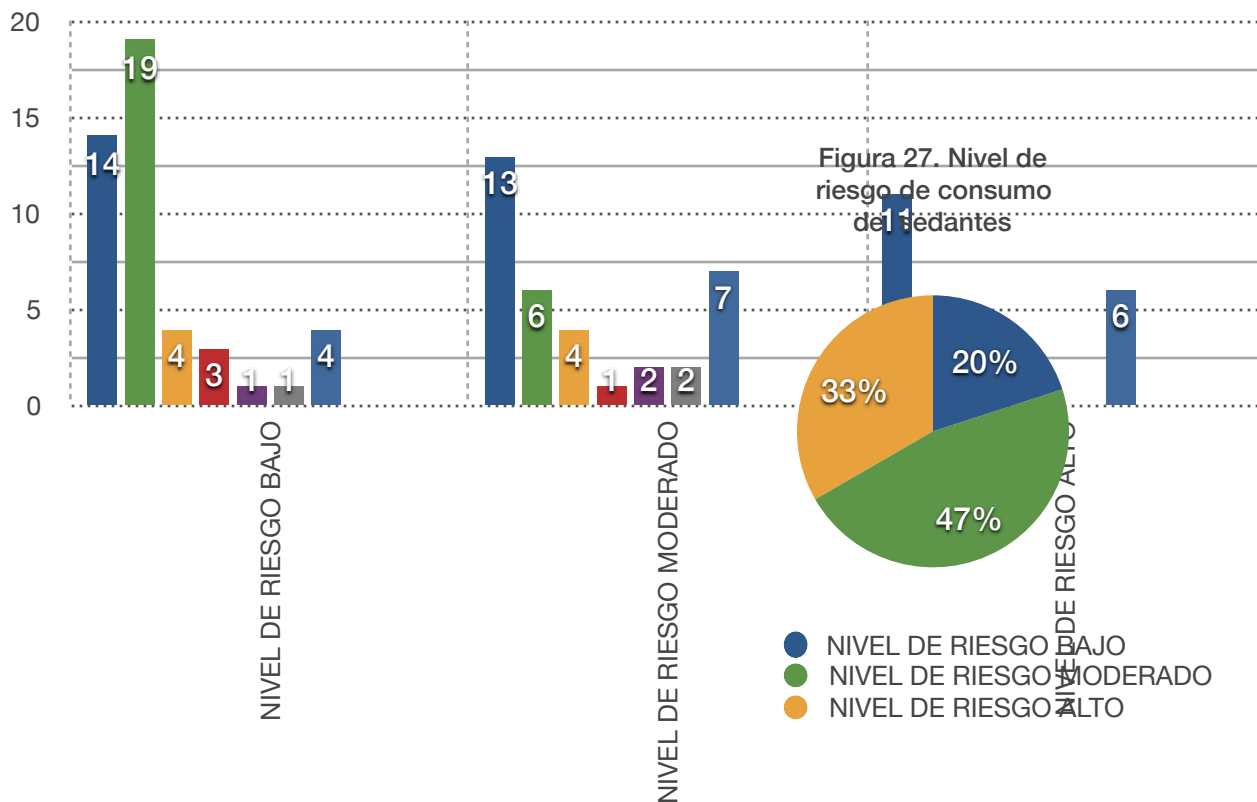
riesgo alto. Estos porcentajes se registraron de manera general para todas las sustancia. VER GRÁFICO 25. A continuación se describen los niveles de riesgo de consumo por cada sustancia.

Gráfico 25. Porcentaje del nivel de riesgo de consumo de todas las sustancias.



● NIVEL DE RIESGO BAJO
● NIVEL DE RIESGO MODERADO
● NIVEL DE RIESGO ALTO

Gráfico 26. Distribución del nivel de riesgo de consumo de sustancias en nivel: BAJO - MODERADO - BAJO - ALTO



Los sedantes presentaron mayor porcentaje en el niveles de riesgo de consumo *moderado y alto*. VER GRÁFICO 26 y 27, Si bien el patrón de consumo no es diario o casi diario, los efectos negativos que produce el consumo semanal o mensual son importantes para el desarrollo de un trastorno por consumo que requiere atención médica.

DISCUSIÓN

La aplicación del cuestionario ASSIST permitió determinar el riesgo de consumo de múltiples sustancias en pacientes con trastorno límite que acuden a terapia grupal en el servicio de consulta externa. Cabe mencionar que no se encontraron

registros del consumo de sustancias en este tipo de pacientes y bajo este tipo de tratamiento, por lo que resultó de interés este abordaje con el fin de favorecer el modelo integrador de donde se estructura la psicoterapia grupal.

Este instrumento fue validado en el año 2016 en la tesis titulada: *“Validación de consistencia interna de la escala ASSIST en población clínica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”*, por la Dra. Gabriela Pellón Díaz, para obtener el diploma de especialidad en psiquiatría; Se obtuvieron los siguientes resultados: El ASSIST mostró adecuada fiabilidad para la muestra de pacientes adultos con comorbilidades psiquiátricas. También sus ítems mostraron adecuados índices de discriminación al obtenerse un coeficiente alfa de Cronbach de 0.84. Por lo tanto, el ASSIST reúne una adecuada fiabilidad al aplicarlo en este tipo de población.

La muestra total se constituyó en su mayor proporción por mujeres en edad productiva, coincidiendo con la literatura al reportar que el trastorno límite de la personalidad es diagnosticado en mujeres con mayor frecuencia, y entre los 20 a 40 años es la edad donde se evidencia mayor intensidad de los síntomas.

En su mayoría refirieron estar soltero/a y cohabitaban con su padre, madre o ambos, esto podría ser el resultando de las características propias del trastorno límite, ya que en su mayoría, presentan dificultad para vincularse y relacionarse con otros, lo que limita a tener una relación fuera del ámbito familiar.

Si esta información la relacionamos con la pregunta 6, respecto a la preocupación de algún familiar o amigos por el consumo de alguna sustancias en los últimos 3 meses, observamos que la mayoría de los familiares mostró preocupación por el consumo de sedantes, siendo estos la segunda causa en generar problemas so-

ciales, económicos, legales o de salud que se presentan diario o casi diario en los últimos 3 meses. Si bien los sedantes no reportaron una frecuencia de consumo alta en comparación con el tabaco, el deseo por consumirlos diario o casi diario registro un porcentaje de 21%, precedido por el alcohol. Llama la atención que estas dos sustancias tienen un efecto sedante con un mayor consumo semanal y mensual y de acuerdo a lo reportado en la literatura, son las sustancias que generan mayores problemas sociales y de salud.

Al obtener las puntuaciones finales de las 8 preguntas, se registró que el 43% de la muestra presentó un nivel de riesgo de consumo bajo, 33% riesgo moderado y 24% nivel de riesgo alto, si bien la mayor proporción de la muestra se categoriza en el riesgo de consumo bajo, es imperativo fomentar medidas psicoeducativas enfocadas a las consecuencias que presenta el consumo de cada una de las sustancias, así como favorecer la salud mental con prevención primaria.

Con respecto a cada sustancia, los sedantes presentaron un mayor porcentaje en los niveles de riesgo de consumo MODERADO y ALTO, si bien el patrón de consumo no es diario o casi diario, los efectos negativos que produce el consumo semanal o mensual, son importantes para el desarrollo de un trastorno por consumo que requiere atención médica.

El tabaco también representó RIESGO DE CONSUMO ALTO, sin embargo al realizar la intervención personal, los pacientes identifican al tabaco como una droga legal y que de acuerdo a su percepción no les genera tanto impacto como el consumo de sedantes.

Al comparar los resultados con la tesis de realizada en el 2016 titulada “*Validación de consistencia interna de la prueba ASSIST en la población clínica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*”. Observamos que dentro de las sustancias de mayor consumo se encuentran tabaco (94%), alcohol (98%) cannabis (86%), y cocaína (46%). Estos resultados coinciden con la presente investigación al reportar que el tabaco fue sustancia de mayor consumo. Sin embargo, en pacientes límite de personalidad, se observa que la segunda sustancia registrada fueron los sedantes, seguido por el alcohol.

CONCLUSIÓN

En la muestra que se aplicó esta prueba, se observa que los y las pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad que están en un proceso terapéutico grupal, tienen un nivel de riesgo de consumo de sedantes ALTO y MODERADO, siendo los diferentes tipos de benzodiazepinas el consumo principal. La manifestación de síntomas propios del trastorno límite de la personalidad como: ansiedad,

mala regulación del estado de ánimo, impulsividad, conductas autolesivas, su uso para calmar algún síntoma psicológico así como la falta de información sobre estas sustancias, son factores que influyen en el consumo de sustancias, datos observados en las intervenciones que se realizaron posterior al test.

Existen múltiples propuestas para relacionar el trastorno límite de personalidad con los trastornos por uso de sustancias y la insuficiencia de los abordajes llevados a la práctica en el pasado, por lo que es necesario pasar a una intervención clínica que combine el tratamiento psicoterapéutico y el psicofarmacológico para ambos trastornos. Por lo que realizar una prueba sencilla, estandarizada y validada como el ASSIST permite su identificar y categorizar en niveles de riesgo de consumo, para brindar orientación terapéutica temprana, proporcionar un mejor abordaje clínico y psicoterapéutico grupal.

La prueba de detección ASSIST tiene como objetivo detectar problemas de salud o factores de riesgo en una etapa temprana antes de que causen enfermedades graves u otros problemas, y contribuye a mantener las actividades de práctica de prevención en los ámbitos de la atención de salud.

Los trabajadores de la salud, especialmente los encargados de la salud mental, deben estar conscientes de los motivos del consumo de sustancias psicoactivas ya sea por sus efectos placenteros o deseables, para bloquear un dolor físico o psicológico, o bien por la función o el propósito de las sustancias.

Una de las motivaciones para realizar este estudio, fue obtener datos sobre el consumo de sustancias, ya que no se encontraban trabajos previos que describie-

ran el consumo de sustancias en paciente en terapia grupal de trastorno límite de la personalidad.

Partiendo del MODELO INTEGRADOR en el que se sustenta la terapia grupal, es necesario el abordaje de las co-morbilidades que presentan estos pacientes, siendo el consumo de sustancias la de mayor impacto por las repercusiones en el tratamiento y la evolución, dado que suelen tener una peor evolución y un mayor riesgo de suicidio, muerte o lesión por accidente, por lo que realizar una prueba sencilla, estandarizada y validada como el ASSIST permite su identificación y establecer un abordaje terapéutico individualizado.

Esta investigación queda para futuros estudios, para determinar la prevalencia, y características del trastorno de personalidad en relación al perfil de consumo de cada droga, así como hacer estudios de regresión de los datos para describir modelos con vistas a predecir evolución y pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Internacional Classification of Diseases, 10th Revision. Geneva: World Health Organization; 1992:204-7
2. Bowen M. Borderline personality disorder: clinicians' accounts of good practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013; 6 (20): 491 – 8

3. Muñoz F., Flores C, Modelo integrador de terapia grupal para pacientes con trastorno límite de la personalidad, Programa de Atención Institucional de Psicoterapia Grupal para pacientes del Servicio de Consulta Externa en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez SS. 30/07/2013
4. Navarrete R, Szarman N, Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. Salud Mental 2015;38(4):395-396 Editorial ISSN: 0185-3325 Disponible en: <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3806/sm3806395.p>
5. Organización Mundial de la Salud, La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Manual para uso en la atención primaria. Biblioteca Sede OPS Catalogación en la fuente. Madrid, Esp, 2011
6. Guarnieri B, Adorni F, Musicco M, Appollonio I, Bonanni E, et al; Estructura factorial del test ASSIST: aplicación del análisis factorial exploratorio y confirmatorio; trastornos adictivos Madrid, España Marzo 2012; 33:50-58.
7. Wagner F, Anthony JC. From First Drug Use to Drug Dependence: Developmental Periods of Risk for Dependence upon Marijuana, Cocaine, and Alcohol.
8. Dalley JW, Everitt BJ, Robbins TW. Impulsivity, compulsivity, and top-down cognitive control. Neuron 2011;69: 680-94.
9. Goodman M, Mascitelli K, Triebwasser J. The Neurobiological Basis of Adolescent-onset Borderline Personality Disorder. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013; 22 (3): 212-20.
10. Howe E. Five Ethical and Clinical Challenges Psychiatrists May Face When Treating Patients with Borderline Personality Disorder Who Are or May Become Suicidal.

Innov Clin Neurosci. 2013; 10(1):14–19

11. Dra. Xóchitl Martínez Bustamante, Dr. Horacio Reza- Garduño Treviño. Clínica de patología dual. Documento interno del hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, 2014.

ANEXO 1

Solicitud de aprobación para la aplicación de los instrumentos al jefe de Consulta externa y médico adscrito a la terapia grupal para pacientes con trastorno límite de la personalidad del equipo 8, de consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Carta de información al jefe de servicio.

México, D.F., a ____ de ____ de 20 ____.

Dr. José Ibarreche Beltrán
Jefe de la Consulta Externa.

Presente.

Por este medio envío un cordial saludo, y aprovecho para solicitar a usted autorización para la realización del protocolo de estudio ***“NIVEL DE RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS, EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN TERAPIA GRUPAL DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”***, mismo que pretende llevarse a cabo 3 meses, en el servicio de Consulta Externa, no omito anexar la aprobación de los comités de investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

El estudio consistirá en la aplicación del cuestionario ASSIST a los pacientes que atiende diariamente el médico residente.

Agradeciendo su apoyo y atención prestada.

ANEXO 2

Carta de información al adscrito al servicio

México, D.F., a ____ de ____ de 20 ____.

Dr. Francisco Javier Muñoz Sandoval.
Médico adscrito al servicio.

Presente.

Por este medio envío un cordial saludo, y aprovecho para solicitar a usted autorización para la realización del protocolo de estudio **“NIVEL DE RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS, EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN TERAPIA GRUPAL DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”**, mismo que pretende llevarse a cabo 3 meses, en el servicio de Consulta Externa, no omito anexar la aprobación de los comités de investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

El estudio consistirá en la aplicación del cuestionario ASSIST a los pacientes que atienda diariamente el médico residente.

Agradeciendo su apoyo y atención prestada.

ANEXO 3

Carta de permiso al Jefe de archivo clínico para solicitar expedientes.

México, D.F., a ____ de ____ de 20__.

Jefe de archivo clínico
Presente

Por este medio envío un cordial saludo, y aprovecho para solicitar a usted autorización para la revisión expedientes clínicos de los pacientes incorporados a la terapia grupal de trastorno límite de la personalidad, del servicio de consulta externa; consultorio 16, equipo 8, del Hospital Fray Bernardino Álvarez”.

Para la realización del protocolo de estudio **“NIVEL DE RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS, EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN TERAPIA GRUPAL DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”**, mismo que pretende llevarse a cabo 3 meses, en el servicio de Consulta Externa, no omito anejar la aprobación de los comités de investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

ANEXO 4

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

LUGAR: MÉXICO D.F. CALLE NIÑO JESUS NUM 2. DEL. TLALPAN.
FECHA: _____/_____/_____

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO: **““NIVEL DE RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS, EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN TERAPIA GRUPAL DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”**

EL OBJETIVO DEL ESTUDIO ES: Determinar el nivel de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (cannabis, cocaína, anfetaminas o metanfetaminas, inhalantes, sedantes o tranquilizantes, alucinógenos y opioides) en pacientes con trastorno límite de la personalidad en terapia grupal del servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACIÓN CONSISTIRÁ EN: RESPONDER DE FORMA LIBRE Y SIN PRESIÓN ALGUNA, UNA ESCALA CON PREGUNTAS MIXTAS

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE QUE NO SE TIENEN RIESGOS, INCONVENIENTES NI MOLESTIAS, Y SI BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL, SE HA COMPROMETIDO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE LE PLANTEE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARAN A CABO, LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACIÓN.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL, ME HA DADO SEGURIDAD DE QUE NO SE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO; Y LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERÁN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIÉN SE HA COMPROMETIDO HA PROPORCIONARME LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE ESTE PUDIERA CAMBIAR MI PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO.

Los costos y materiales para la realización de este estudio, será cubierto por el médico residente de psiquiatría.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL INVESTIGADOR
NUMERO TELEFÓNICO AL CUAL PUEDE COMUNICARSE EN CASO DE DUDAS O PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL ESTUDIO

TESTIGOS:

ANEXO 5

OMS- ASSIST V3.0

PREGUNTA 1

A lo largo de su vida, ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo de uso NO médicos)	NO	SÍ
--	----	----

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulante (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolinas/ nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, alprazolam, tafil, xanax, lorazepam, rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros. Especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas:

¿Tampoco incluso cuando iba a la escuela?

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

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

PREGUNTA 2

En los <u>últimos TRES meses</u> , ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.)	N u n c a	1 o 2 v e c e s	C a d a m e s	C a d a s e m a n a	A d i a r i o o c a s i a d i a r i o
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	2	3	4	6

e. Anfetaminas u otro tipo de estimulante (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolinas/ nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, alprazolam, tafil, xanax, lorazepam, rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros. Especifique:	0	2	3	4	6

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

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

PREGUNTA 3

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

h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros. Especifique:	0	3	4	5	6

PREGUNTA 4

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

j. Otros. Especifique:	0	4	5	6	7
------------------------	---	---	---	---	---

PREGUNTA 5

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

PREGUNTA 6

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

PREGUNTA 7

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

PREGUNTA 8

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

