

Trabajo de Grado

EVALUACION DEL RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
EN EL PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO DE UN HOSPITAL PUBLICO DE
SEGUNDO NIVEL DE BOGOTA D.C. MEDIANTE IMPLEMENTACION DE LA
PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y
SUSTANCIAS (ASSIST)

Edwin Alejandro Baron Muñoz MD.

Santiago Lagos Herran MD.

Yhon Carlos Angel Hernandez MD.

Fundación Universitaria Luis Amigo

Escuela de Postgrados

Especializaciones

Bogota D.C.

Semestre I de 2016

Trabajo de Grado

EVALUACION DEL RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
EN EL PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO DE UN HOSPITAL PUBLICO DE
SEGUNDO NIVEL DE BOGOTA D.C. MEDIANTE IMPLEMENTACION DE LA
PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y
SUSTANCIAS (ASSIST)

Edwin Alejandro Baron Muñoz MD.

Santiago Lagos Herran MD.

Yhon Carlos Angel Hernandez MD.

Olena Klimenko PhD.

Asesor metodológico

Yenny Gonzalez Psc. Jurídica.

Asesor científico

Fundación Universitaria Luis Amigo

Escuela de Postgrados

Especializaciones

Bogota D.C.

Semestre I de 2016

Tabla de contenido

Introducción	5
1. Problema de investigación.....	6
2. Justificación.....	8
3. Objetivos.....	9
3.1. Objetivo general.....	9
3.2. Objetivos específicos.....	9
4. Bases teóricas	10
4.1. Glosario.....	10
4.1.1. Droga:.....	10
4.1.2. Dependencia:.....	10
4.1.3. Intoxicación:.....	10
4.1.4. Abuso:.....	10
4.1.5. Uso riesgoso:.....	10
4.1.6. Uso nocivo o dañino:	10
4.1.7. Dependencia psicológica:	10
4.1.8. Síndrome de abstinencia:	10
4.1.9. Tolerancia:	11
4.1.10. Tolerancia cruzada:	11
4.1.11. Neuroadaptación:.....	11
4.1.12. Codependencia:.....	11
4.1.13. Instrumento clínico de tamizaje en adicciones:.....	11

4.1.14. Entrevista motivacional:	11
4.2. Importancia de las pruebas tamiz en la prevención, diagnóstico, y tratamiento.	12
4.3. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).....	13
5. Diseño metodológico	15
5.1. Tipo de estudio	15
5.2. Definición de sujetos de estudio	15
5.2.1. Población:	15
5.2.2. Criterios de inclusión a la muestra:	15
5.2.3 Criterios de exclusión	15
5.3. Consideraciones éticas.....	15
5.4. Procedimiento de Realización.....	16
5.5. Operacionalización de variables	16
5.6. Procesamiento de datos	18
5.7. Recursos.....	19
6. Resultados.....	20
7. Discusión	22
8. Conclusiones	23
Bibliografía.....	24
Anexo A: La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1).....	27
Anexo B: Consentimiento informado.....	42

Introducción

La enfermedad adictiva es un reto creciente para la salud pública del siglo XXI sin importar la localización geográfica o el grado de desarrollo de los países, latinoamérica y especialmente nuestro país Colombia no puede ser ajeno a esta situación, máxime considerando que históricamente hemos sido catalogados por el primer mundo como un país productor y poco a poco el flagelar de la enfermedad adictiva nos torna a una nueva realidad, somos también un país consumidor.

Desde la óptica de la especialidad en adicciones enfrentamos nuevos retos a todo nivel, retos en programas de prevención, retos en adaptación constante de políticas públicas, retos en el diagnóstico y manejo de la población afecta por enfermedad adictiva inmersa en los grupos de consumo abusivo y dependencia y empeorando esta situación emerge la realidad que nuestro sistema de salud no se encuentra preparado para asumir esta responsabilidad.

Se anota que las políticas de salud pública de forma paradójica no contemplan a los profesionales y trabajadores del área de la salud como grupo poblacional en riesgo para esta patología e iniciar esta labor desde el campo de la prevención nos motiva a realizar la presente investigación que esperamos sea un punto de partida para identificar la realidad del perfil epidemiológico en este grupo poblacional y sirva a posterior como punto de partida de ulteriores estudios y programas debidamente anidados en la realidad.

1. Problema de investigación

El perfil epidemiológico en relación a consumo de psicotrópicos a pesar de ser dinámico en toda la población e influenciado por múltiples factores tiende a mantenerse constante y con un leve aumento en su prevalencia según lo reportado por el Observatorio Nacional de Drogas de Colombia haciendo descripción de datos obtenidos de diferentes estudios en los que se discrimina la población en general y la población escolarizada sin discriminar las estadísticas para otros grupos poblacionales entre ellos el personal sanitario (Observatorio de Drogas de Colombia, 2015). Una vez realizada la bibliométrica no se encontró estudios específicos en nuestro país enfocados a determinar el riesgo o identificar el perfil epidemiológico de la enfermedad adictiva en el personal sanitario, se encontraron algunos estudios brasileños recientes sobre la enfermedad adictiva y la práctica profesional de la anestesia (Duval, 2011; Serebrenic, 2012) en concordancia con otros datos hallados a nivel mundial al respecto en el mismo grupo poblacional y en investigaciones relativamente recientes (May, 2002; Holtman, 2007; Fry, 2015; O'Connor, 1997; Tetzlaff, 2011)

Siendo las profesiones de la salud altamente exigentes en materia de tiempos de trabajo, sacrificio personal y familiar, baja remuneración, tercerización, sobrecarga laboral (FAJARDO, 2015) y caracterizadas en su mayoría por desempeñar funciones en condiciones de estrés elevado (Serebrenic, 2012; Holtman, 2007), sobra acotar que estos factores todos se comportan como Factores de Riesgo (BECOÑA, 2002) que aumentarían en términos de probabilidad el riesgo de desarrollo de enfermedad adictiva (Arroyave, 2015).

Cada día son más jóvenes los que ingresan a las facultades de medicina, facultades de enfermería, y centros que brindan programas técnicos en salud; y de manera característica no se incluye en el proceso de selección a pregrado de muchas, por no decir de todas las facultades, una pesquisa psiquiátrica conllevando esto a someter adolescentes y adultos jóvenes a altos niveles de estrés en su proceso de formación, así mismo el inicio de la vida universitaria plantea nuevos factores de riesgo para consumo de sustancias, aumentando los factores de riesgo y más sustrato para el desarrollo de la enfermedad adictiva y otras patologías en salud mental (Aparicio, 2015; SEMANA.COM, 2015; Bohorquez, 2015; André, 2013; COLEMAN, 1997).

Ante el no conocimiento el comportamiento de la enfermedad adictiva en este grupo poblacional se plantea como pregunta de investigación:

¿Cuál es el riesgo de consumo de alcohol, tabaco y sustancias valorado mediante la prueba ASSIST¹ del personal sanitario de un hospital público de segundo nivel de atención en la ciudad de Bogotá D.C.?

¹ *“La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo. La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar.” (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2011).*

2. Justificación.

De acuerdo al Estudio Nacional de Salud Mental realizado en el año 2003, se puede observar una elevada prevalencia en el consumo de alcohol y/u otras drogas en el país, que durante la última década ha aumentado significativamente, convirtiéndose en un problema de salud pública de gran magnitud, no solo por el aumento del consumo como tal, sino también porque cada vez hay más variedad de sustancias lo que fortalece el mercado de las drogas, ubicándose en el tercer lugar de frecuencia dentro de las principales alteraciones de salud mental (FUNDACIÓN FES-SOCIAL , 2015).

Se han realizado numerosos estudios sobre la prevalencia e incidencia del consumo de alcohol y de drogas por países, incluso por departamentos en nuestro país, sin embargo, los estudios que se enfocan en determinar el consumo de estas sustancias dentro del ámbito laboral en personal del área de la salud son pocos. (Observatorio Nacional de Drogas, Colombia, 2015). Está demostrado que uno de los principales factores predisponentes al consumo de estas sustancias tiene que ver con la ocupación de cada individuo, observándose mayor riesgo en las personas que tienen fácil acceso al producto, así como empleados que en su diario vivir se ven enfrentados a altos niveles de estrés o tensión (FUNDACIÓN FES-SOCIAL , 2015).

Considerando que la población relacionada con el área de la salud, cuyo campo laboral proporciona factores de mayor riesgo en cuanto al consumo de alcohol y/o drogas, se ha estimado un aumento en la incidencia y prevalencia de este, observándose cifras de gran impacto donde aproximadamente una quinta parte de esta población se encuentra en situación de riesgo o con problemas ya establecidos asociados al abuso de estas sustancias (FUNDACIÓN FES-SOCIAL , 2015).

En cuanto a la preferencia de la sustancia a consumir, los estudios realizados a nivel nacional en individuos relacionados con el área de la salud, demuestran que la sin duda alguna el alcohol y la marihuana son las principales sustancias de elección, donde aproximadamente un 54% de los profesionales, la mayoría de estos hombres, refieren haberlos consumido alguna vez, el 34% lo han hecho durante los últimos 12 meses y el 27 % en el último mes. La cocaína es también una droga bastante consumida en esta población, los datos calculados según estudios realizados, arrojan que aproximadamente un 23% de los profesionales han consumido cocaína alguna vez en su vida, un 13% la han consumido durante los últimos 12 meses y un 6% en el último mes. (FUNDACIÓN FES-SOCIAL , 2015). Drogas como la heroína, el basuco, sustancias nuevas que se han vinculado al mercado por ejemplo algunos inhalantes como el poppers y el dick, y medicamentos como benzodiazepinas, metilfenidato, analgésicos narcóticos y barbitúricos, aunque son drogas de baja prevalencia, se ha demostrado que tienen alto impacto en esta área poblacional (Observatorio Nacional de Drogas, Colombia, 2015).

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Determinar el riesgo de consumo de alcohol, tabaco y sustancias valorado mediante la prueba ASSIST² del personal sanitario de un hospital público de segundo nivel de atención en la ciudad de Bogotá D.C.

3.2. Objetivos específicos

1. Establecer el consumo de sustancias a lo largo de la vida en el personal sanitario estudiado.
2. Tipificar el consumo de sustancias en los últimos tres meses en este grupo poblacional.
3. Identificar la existencia de problemas relacionados al consumo en los últimos tres meses en la muestra poblacional estudiada.
4. Establecer el nivel de riesgo clasificándolo en “bajo”, “moderado” o “alto” para cada sustancia de la que se identifique el consumo.
5. Tipificar como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de “alto riesgo los casos de consumo de sustancias.
6. Establecer las conductas asociadas con inyectarse en los casos en que se identifique esta modalidad de consumo.
7. Determinar la intervención más adecuada para caso en términos de “no tratamiento”, “intervención breve”, o “derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento” respectivamente basados en lo estipulado en la aplicación del instrumento ASSIST.

² IBID.

4. Bases teóricas

4.1. Glosario.

A continuación se describen los términos comúnmente utilizados en la realización de este proyecto.

4.1.1. Droga: para definirla nos referiremos en forma textual en el presente trabajo como *“aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y, también, física, y que ocasionan, en muchos casos, un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social”* (Lorenzo, 2009), con fines prácticos no se hará distinción entre el término “droga” y “droga de abuso”.

4.1.2. Dependencia: es el estado fisiológico, orgánico y psicológico al que se llegaría cuando se consume una o varias drogas en forma repetida a pesar de la aparición de problemas relacionados con el consumo, se caracterizaría por la auto-administración repetida de la droga donde se presentarían los fenómenos de tolerancia y abstinencia que se trata por separado más adelante en el presente acápite (basados en Velasquez, 2013; BECOÑA, 2002; Lorenzo, 2009; y Toro, 2013).

4.1.3. Intoxicación: se entenderá como un estado de efectos reversibles sobre la fisiología y la conducta en una persona quien consumió una droga, independiente de la cantidad de veces que hayan consumido la sustancia (Velasquez, 2013).

4.1.4. Abuso: viene a ser el consumo de alguna droga en contra de recomendaciones médicas o normas sociales sin que se hubiese instaurado dependencia (Velasquez, 2013).

4.1.5. Uso riesgoso: es la aplicación del termino abuso en alguien con sustrato orgánico afectado lo que pondría en riesgo la salud e inclusive la vida (Velasquez, 2013).

4.1.6. Uso nocivo o dañino: se aplica para grupos poblacionales en quienes a consecuencia del consumo de una droga podrían sufrir daños orgánicos, v.gr. embarazadas (Velasquez, 2013).

4.1.7. Dependencia psicológica: traducción al español del termino en inglés “craving”, vendría a ser la necesidad del psique de experimentar por un lado los efectos euforizantes o evasivos de las drogas y por el otro suprimir los síntomas orgánicos del síndrome de abstinencia (Lorenzo, 2009)

4.1.8. Síndrome de abstinencia: sus sinónimos en la literatura son síndrome de supresión o de discontinuación (Velasquez, 2013), agrupa el conjunto de síntomas que se presentan al cesar o disminuir el consumo habitual de las drogas (Lorenzo, 2009; Velasquez, 2013; y Toro, 2013).

4.1.9. Tolerancia: en la práctica es la manifestación de querer consumir cada vez más cantidad y acortar los periodos interconsumo de una o varias drogas para obtener los mismo efectos (Velasquez, 2013; y Lorenzo, 2009).

4.1.10. Tolerancia cruzada: es la capacidad de una droga que al ser consumida puede frenar el estado de abstinencia de la cesación del consumo de otra droga (Velasquez, 2013).

4.1.11. Neuroadaptación: el organismo expresa la capacidad de adaptarse al consumo repetido de una droga, esta adaptación en el sistema nervioso se denomina Neuroadaptación que acopla el conjunto de cambios sistémicos y celulares en sistema nervioso central (Velasquez, 2013).

4.1.12. Codependencia: la enfermedad adictiva afecta la dinámica familiar, este término se acuñó para definir la conducta de algunos miembros de la familia que facilitan el consumo de drogas por parte del paciente o que pretenden ignorar la adicción o la coexistencia de patología dual³ (Velasquez, 2013).

4.1.13. Instrumento clínico de tamizaje en adicciones: las pruebas para diagnóstico clínico presentan cinco niveles en relación a su jerarquía, estos son tamizaje, búsqueda de casos, descarte de diagnóstico, confirmación de un diagnóstico, y seguimiento (Ruiz, 2004). Para efectos del presente proyecto nos enfocaremos en las pruebas de tamizaje o cribado, es decir pruebas que se aplican a una población numerosa para detectar la presencia de una enfermedad, se acepta que las pruebas tamiz tienen alta sensibilidad y baja especificidad lo que en la práctica aumenta el número de falsos positivos, es decir casos en los que se detectó la presencia de la enfermedad sin que esta estuviese presente⁴ (Blanco, 2011; Ruiz, 2004; y De_Almeida, 2011). Existen pruebas de tamizaje clínico en adicciones para la población en general y para poblaciones generales además de aquellas pruebas de screening biológico en las que buscamos biomarcadores de exposición a drogas

4.1.14. Entrevista motivacional: Para definir en forma breve y sucinta la entrevista motivacional los autores traemos a cita textual lo expresado por Germán Alexander Torres Carvajal en su artículo “La entrevista motivacional en adicciones” que es tal vez una de las definiciones más pragmáticas de esta estrategia terapéutica y que por lo extenso del tema se ajusta armónicamente a los propósitos del presente trabajo: *“La entrevista motivacional se ha descrito como una intervención directiva, con un*

³ *“La comorbilidad de un trastorno por abuso o dependencia de sustancias y un trastorno psiquiátrico primario se denomina diagnóstico dual, patología dual o trastorno dual”*. (Lorenzo, 2009)

⁴ Nota de los autores: Una característica más que importante y que consideramos indispensable en las pruebas de screening, es el bajo costo y la facilidad de aplicación la prueba en el campo.

estilo centrado en el paciente, para suscitar el cambio de comportamiento, al ayudarlo a explorar y resolver la ambivalencia que le genera su problema. Ésta se da en una atmósfera constructiva de conversación sobre el cambio de comportamiento, en la que el clínico inicialmente escucha de manera empática, para comprender la perspectiva del cliente y minimizar la resistencia de éste. Sobre dichas bases de colaboración respetuosa se implementan estrategias y técnicas, que se utilizan para estudiar los valores de la persona, sus objetivos y su relación con el problema de adicción, y promover la motivación para el cambio proveniente del paciente.” (Torres, 2010).

4.2. Importancia de las pruebas tamiz en la prevención, diagnóstico, y tratamiento.

Con base en lo aprehendido en lo transcurrido en la Especialización en adicciones y experiencias previas de los autores en otros campos académicos y profesionales nos parece necesario contextualizar la necesidad de las pruebas tamiz y su aplicación en la realidad de la enfermedad adictiva.

Aceptando la enfermedad adictiva como un problema creciente en salud pública (Velasquez, 2013) y caracterizada además por la presencia de recaídas y baja tasa de recuperación (Lorenzo, 2009) es mandatoria la ejecución de actividades preventivas que deben ser llevadas a los campos de ejecución de la atención primaria en un intento de minimizar la incidencia de este flagelo.

Los programas de prevención se subdividían clásicamente en primaria, secundaria, y terciaria, actualmente se han renombrado como Universal, Selectiva, e Indicada acorde con las características del grupo diana poblacional (Becoña, 2010). Con efectos prácticos nos parece importante tomar en la práctica y ejecución de este trabajo las dos clasificaciones dado que bajo la óptica clásica con la prueba haríamos prevención primaria dado en un extremo que en quienes no han iniciado consumo de drogas o este ha sido experimental se aplica la prueba con una no intervención o una intervención breve, y por el otro lado haríamos prevención secundaria en quienes expresan patrones de consumo no experimental al ser detectados realizando también una intervención breve en este grupo pero direccionando al examinado a su servicio de salud. Según la perspectiva de la conceptualización actual de los programas de prevención estaríamos con base en el hipotético de que la población sanitaria expresaría un riesgo mayor que el de la población en general obrando del dentro del campo de la prevención selectiva (Becoña, 2010).

Para contextualizar finalmente y sin caer en eufemismos, es claro que debemos propender por realizar prevención constante y tratamiento temprano para lo que es indispensable llevar a la práctica cotidiana la aplicación programas efectivos en prevención y detección temprana como el que nos atañe en este trabajo investigativo.

4.3. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

En respuesta a la alta carga que presenta la enfermedad adictiva para la salud pública global la Organización Mundial de la Salud optó por diseñar un instrumento de aplicación sencilla enfocado a la identificación temprana y a una intervención breve que motivara el cambio de la población con consumo de drogas, este instrumento debería ser de fácil aplicación por no profesionales en drogadicción y cumplir con los requisitos de una prueba tamiz, por otro lado dar la oportunidad para que los examinados “hicieran girar la rueda del cambio”, pilar fundamental de la entrevista motivacional, la aplicación del mismo encajaría en la atención primaria en salud (Organización Mundial de la Salud, 2015). Nace así la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) en un intento por la identificación temprana del riesgo y la prevención de la progresión de la enfermedad.

Para el presente trabajo se ejecutó la versión 3.1 de la prueba ASSIST (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2011), la aplicabilidad de esta prueba radica en que se diligencia un cuestionario en versión de papel y lápiz que se espera llegue a la población diana y que puede ser ejecutada por un profesional en el área de la salud previamente certificado una vez supere la capacitación presencial o virtual según lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, la capacitación es libre, gratis, y accesible en el CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA de la Oficina Regional para las Américas⁵, en este sentido se ejecutó la prueba directamente sobre una hoja de cálculo en Excel dando como resultado unos datos tabulados que nutren los resultados del presente trabajo.

El presente proyecto se ejecutó realizando la prueba por un psicólogo entrenado en la aplicación de la misma y con agrado por el estudio de las adicciones. Se estimaba que el tiempo de aplicación de la prueba tomara entre cinco y 15 minutos para cada examinado, en la práctica se anotó un poco mayor de tiempo por cada prueba a los rangos contenidos en el manual original, esto obedeció a la necesidad de recolectar además de los datos del cuestionario la información sociodemográfica básica y complementaria necesaria para el plan de análisis de datos, como se describirá en el acápite de “Metodología”.

En total la versión 3.1 de ASSIST se enfoca a la búsqueda del consumo de nueve drogas en particular y una posibilidad de incluir algunas otras no contempladas dentro de las nueve primeras opciones. Las drogas a pesquisar son en su orden: Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína, Estimulantes de tipo anfetamina, Inhalantes,

⁵ Nota de los autores: Link de libre ingreso <https://www.campusvirtualesp.org/?q=es/cursos/auto-aprendizaje>

Sedantes o pastillas para dormir (benzodicepinas), Alucinógenos, Opiáceos, y “Otras drogas” (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2011).

Las preguntas que contiene el cuestionario se detallan en el Anexo A intitulado “La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)”. La utilidad de la prueba radica en dos aspectos importantes. El primero es obtener información acerca del consumo de sustancias a lo largo de la vida, el consumo y los problemas relacionados con el mismo en los últimos tres meses, y por ultimo permite identificar problemas relacionados con el consumo de sustancias (que se trata de intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de “alto riesgo” y conductas asociadas con inyectarse) (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2011). El segundo aspecto relevante consiste en que una vez se ejecuta el cuestionario se asigna un puntaje a cada respuesta para cada una de las sustancias, logrando clasificar a cada uno de los examinados según el riesgo para alcohol y cada una de las demás sustancias identificadas, el riesgo se asignaría acorde con el puntaje obtenido según la Tabla 1 que se incluye a continuación

Tabla 1: Clasificación del riesgo de consumo de sustancias de acuerdo a puntaje obtenido en aplicación de la prueba ASSIST v3.1

	Alcohol	Otras sustancias
Riesgo bajo	0-10	0-3
Riesgo moderado	11-26	4-26
Riesgo alto	≥27	≥27

Tomado de: ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria, pagina 34.* Organización Panamericana de la Salud.

Como se describe en el acápite de las consideraciones éticas del presente proyecto, a pesar de tratarse de un estudio de corte transversal descriptivo, la identificación de grado de riesgo “moderado” o “alto” en la población estudiada nos obliga en beneficio del examinado a realizar una intervención breve o una “derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento” en forma respectiva para no atentar contra la esencia misma del instrumento por un lado y en forma complementaria para transmitir a la población objetivo, tratándose esta de personal sanitario, la correcta aplicación de la prueba máxime cuando para la gran mayoría, por no decir todos, será su primer contacto con el instrumento y su aplicación siendo esta una oportunidad de hacer promoción de la prueba y los beneficios de la correcta aplicación.

En relación a la validación de la prueba es pertinente aclarar que la prueba ASSIST-DIT fue validada para aplicación en varios idiomas y en entornos multiculturales y no requiere de validación interna o prueba piloto para la aplicación del instrumento (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2011).

5. Diseño metodológico

5.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal durante las dos últimas semanas del mes de abril y las tres primeras semanas del mes de mayo de 2016.

5.2. Definición de sujetos de estudio

5.2.1. Población: se realizó el estudio en el grueso de la población asistencial de un hospital público de segundo nivel de atención de la ciudad de Bogotá, es decir el total de personal en contacto con el usuario dentro de los rangos de formación académica técnica (auxiliares de enfermería) y profesional (tecnólogos en radiología, bacteriólogos, terapeutas físicos y respiratorios, enfermeros profesionales, médicos generalistas, y médicos especialistas).

5.2.2. Criterios de inclusión a la muestra: El total de la población que cumplía con los criterios es de 700, el cálculo muestral para este estudio con porcentaje de error del 5%, nivel de confianza del 95%, y distribución de respuestas del 50% la muestra recomendada es de 249⁶. Se había planeado asignar proporcionalmente los cupos de la muestra acorde con la distribución de la formación académica de la población total pero al momento de aplicar la prueba no todos los sujetos participaron encontrando renuencia en la participación del personal profesional del área médica y en mayor expresión por parte del personal médico especializado y supra-especializado, de tal forma que se aplicó la prueba para un total de 232 sujetos que aceptaron de forma consciente y voluntaria participar en el estudio.

5.2.3 Criterios de exclusión: Para evitar sesgos en los resultados se excluyen de la muestra el total de psicólogos y médicos psiquiatras que actualmente se encuentran vinculados con la institución, en total fueron dos psicólogos clínicos y dos médicos psiquiatras.

5.3. Consideraciones éticas.

El proyecto de investigación fue aprobado por la Fundación Universitaria Luis Amigo será puesto a consideración y evaluado por el departamento de educación médica

⁶ Nota de autores: Cálculos mediante uso de "CALCULADORA PARA OBTENER EL TAMAÑO DE UNA MUESTRA" suministrada por Departamento de Sistemas Informáticos Integrales de la Facultad de Medicina - Universidad Nacional del Nordeste (Argentina) disponible en el Link <http://med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>

e investigación del Hospital donde se realizó el estudio una vez verificado que este se cumplía con los requisitos institucionales para tal fin.

En todo momento y con el ánimo de respetar los derechos de las personas que voluntariamente participaron en la prueba se garantizó el derecho a la privacidad mediante la confidencialidad de los resultados, la participación voluntaria se formalizo mediante la firma de un acta de consentimiento informado donde se garantizó por escrito el anonimato y la confidencialidad además del manejo con fines epidemiológicos y estadísticos de la información obtenida y la presentación de resultados en forma general sin discriminar las intervenciones breves y la remisión a servicios especializados en salud.

5.4. Procedimiento de Realización.

Una vez la persona autorizo la participación en el estudio mediante la formalización se procedió a realizar de inmediato y dentro de la oportunidad aplicación misma, se había planeado que los datos se allegaran de forma periódica el mismo día de la recolección para garantizar su inclusión dentro del formulario sistema de análisis epidemiológico en la oportunidad facilitando el análisis expedito de los resultados pero en la práctica tomo más tiempo del estimado inicialmente con un retardo en la entrega de los datos consolidados retrasando el cronograma propuesto inicialmente. La prueba fue realizada en condiciones de confidencialidad en cada área donde laboraba el personal sanitario dentro de las instalaciones institucionales y dentro de la jornada de trabajo sin que esto hubiese generado traumatismos en la prestación del servicio.

5.5. Operacionalización de variables

Inicialmente en el anteproyecto se habían plasmado variables demográficas y en relación a la percepción y contacto con la enfermedad adictiva pero por indicación del asesor metodológico se consideró eliminarlas en aras a la preservación de la prueba ASSIST según su diseño original y para no ampliar el objeto de estudio y entrar en necesidad de prueba piloto de instrumentos de evaluación, de tal manera que del total de variables propuestas en el anteproyecto se dejaron solamente las ocho variables que se incluyen en el instrumento original. En la Tabla 2 que se consigna a continuación se desglosan y analizan las variables estudiadas.

Tabla 2: Operacionalización de Variables

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores
Exposición a drogas a lo largo de la vida.	Variable discreta.	Se trata de identificar a quienes han tenido consumo de cualquier tipo de drogas en lo corrido de su existencia.	¿Cuáles sustancias han consumido alguna vez a lo largo de la vida?, se anotan como drogas a investigar: Las drogas a pesquisar son en su orden: Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína,	Se analizara mediante distribución.

			Estimulantes de tipo anfetamina, Inhalantes, Sedantes o pastillas para dormir (benzodicepinas), Alucinógenos, Opiáceos, y "Otras drogas", las respuestas aceptadas son SI o NO.	
Consumo de drogas en últimos tres meses.	Variable discreta.	Se tipificará si existe consumo de reciente de drogas mediante esta variable.	¿Con qué frecuencia se ha consumido sustancias en los últimos tres meses, lo que indica las sustancias más importantes para el estado de salud actual?, las respuestas aceptadas son: Nunca: no se ha consumido en los tres últimos meses. Una o dos veces: de una a dos veces en los últimos tres meses. Mensualmente: promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses. Semanalmente: de una a cuatro veces a la semana. Diariamente o casi diariamente: de cinco a siete veces a la semana.	Se analizará mediante distribución.
Evaluación de craving.	Variable discreta.	Se tipificará si existe dependencia psicológica mediante esta variable.	¿Con qué frecuencia se ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir cada sustancia en los últimos tres meses?, las respuestas aceptadas son: Nunca: no se ha consumido en los tres últimos meses. Una o dos veces: de una a dos veces en los últimos tres meses. Mensualmente: promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses. Semanalmente: de una a cuatro veces a la semana. Diariamente o casi diariamente: de cinco a siete veces a la semana.	Se analizará mediante distribución.
Afectación en las esferas personal familiar, y laboral por el consumo de drogas.	Variable discreta.	Se tipificará si existe afectación de esferas de desempeño mediante esta variable desde la óptica del examinado.	¿Con qué frecuencia el consumo de sustancias ha causado problemas en los últimos tres meses?, las respuestas aceptadas son: Nunca: no se ha consumido en los tres últimos meses. Una o dos veces: de una a dos veces en los últimos tres meses. Mensualmente: promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses. Semanalmente: de una a cuatro veces a la semana. Diariamente o casi diariamente: de cinco a siete veces a la semana.	Se analizará mediante distribución.

Afectación en las esferas personal familiar, y laboral por el consumo de drogas.	Variable discreta.	Se tipificará si existe afectación de esferas de desempeño mediante esta variable desde la óptica del examinado.	¿Con qué frecuencia se dejó de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses?, las respuestas aceptadas son: Nunca: no se ha consumido en los tres últimos meses. Una o dos veces: de una a dos veces en los últimos tres meses. Mensualmente: promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses. Semanalmente: de una a cuatro veces a la semana. Diariamente o casi diariamente: de cinco a siete veces a la semana.	Se analizará mediante distribución.
Afectación en las esferas personal familiar, y laboral por el consumo de drogas.	Variable discreta.	Se tipificará si existe afectación de esferas de desempeño mediante esta variable desde la óptica de los allegados y/o su familia.	Si algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo y qué tan reciente ha sido. Las respuestas aceptadas son: No, nunca. Sí, pero no en los últimos tres meses. Sí, en los últimos tres meses.	Se analizará mediante distribución.
Entrada en etapa de contemplación del problema de consumo de drogas.	Variable discreta.	Se tipificará si el examinado ha auto percibido riesgo o afectación por el consumo de drogas	Si se ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancia y no se ha logrado y qué tan reciente ha sido. Las respuestas aceptadas son: No, nunca. Sí, pero no en los últimos tres meses. Sí, en los últimos tres meses.	Se analizará mediante distribución.
Existencia de conductas de riesgo.	Variable discreta.	Se identificarán conductas de alto riesgo en relación al consumo de drogas.	Si alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada y qué tan reciente ha sido. Las respuestas aceptadas son: No, nunca. Sí, pero no en los últimos tres meses. Sí, en los últimos tres meses.	Se analizará mediante distribución.

5.6. Procesamiento de datos

Se planteó realizar el procesamiento de datos y su análisis utilizando el software EPI-INFO en su versión 7.1.5.2 que es de libre distribución a través del Centers for

Disease Control and Prevención (CDC)⁷ y que ha sido diseñado para tal fin pero por la simplicidad de las mediciones a realizar se utilizó las funciones estadísticas básicas del programa EXCEL en su versión OFFICE 13®.

5.7. Recursos

Para la realización del presente estudio se contó con el apoyo institucional por parte de la Fundación Universitaria Luis Amigo para la orientación metodológica y asesoría del proyecto. Se cuenta además con la participación activa de los autores en el proceso de logística para realización del proyecto quienes cursaron y aprobaron el modulo para aplicación del instrumento ASSIST-DIT, además de realizar la sistematización de la información y análisis de datos. La prueba será ejecutada por uno o varios psicólogos titulados y entrenados para la ejecución de la misma. Los recursos pecuniarios a que hubiere lugar correrán por cuenta de los autores.

⁷ Nota de los autores: Software disponible para descarga gratuita y segura en el link <http://www.cdc.gov/epiinfo/pc/index.html>

6. Resultados

Se contempló una muestra inicial de 249 sujetos de un universo de 700 con la intención de realizar un estudio con porcentaje de error del 5%, intervalo de confianza con un nivel del 95% y una distribución de respuestas del 50%, en la práctica hubo una pérdida del 6.83% de la muestra planteada (solamente se ejecutaron 232 pruebas) lo que condicionó un porcentaje de error del 5.37 y un nivel de confianza del 93.6%.

La prueba en su forma original no contempla las variables demográficas básicas por lo que no es posible dar una descripción epidemiológica del grupo muestral. Los resultados por sustancia detectada se describen a continuación en la Tabla 3.

Tabla 3: Consumo de sustancias identificado a lo largo de la vida y frecuencia actual de consumo según resultados obtenidos mediante Pruebas ASSIST DIT®.

Sustancia	alguna vez en la vida	Frecuencia de consumo en los últimos tres meses				
		nunca	1 o 2 veces	mensualmente	semanalmente	diariamente o casi diariamente
Alcohol	186	85	46	32	23	0
Tabaco	116	63	0	0	20	33
Cannabinoides	23	21	0	2	0	0
Cocaína	4	0	0	1	0	0
Benzodiazepinas	1	0	0	0	0	0
Nunca han consumido nada	46	0	0	0	0	0

Fuente: Autores, Universo 700, muestra calculada 249 pruebas, muestra real 232 pruebas.

Fue llamativo el hecho que los evaluados contestaran como frecuencia de deseo de consumo fuese la misma que las frecuencias de consumo. En la Tabla 4 a continuación se discrimina por sustancia el riesgo asociado al consumo en la población estudiada.

Tabla 4: Riesgo asociado al consumo de sustancias identificado mediante aplicación de instrumento ASSIST-DIT.

Sustancia	Riesgo		
	Bajo	Moderado	Alto
Alcohol	186	0	0
Tabaco	63	53	0
Cannabinoides	0	2	0
Cocaína	3	1	0
Benzodiacepinas	1	0	0

Fuente: Autores, Universo 700, muestra calculada 249 pruebas, muestra real 232 pruebas.

Se debe acotar que se detectó consumo concomitante de alcohol ya tabaco en 21 casos, 16 de ellos con frecuencia semanal y cinco con frecuencia mensual. Además hubo consumo de concomitante de alcohol con cannabinoides con frecuencia semanal en dos casos y de cocaína con alcohol en un caso.

7. Discusión

Para los autores fue un reto poner en marcha el presente trabajo si consideramos que el campo de las adicciones y su estudio sigue siendo tema de poca atención por parte del personal sanitario y del sistema de salud actual donde se relega su operar a normalización que en su gran mayoría no se cumple en la práctica, máxime si se considera que a la luz de la práctica diaria de la medicina hay problemas de salud clásicamente manifiestos con alta prevalencia y también con una alta carga sobre el sistema de salud como lo son las enfermedades crónicas y sus complicaciones.

En el presente estudio la muestra expuso pérdidas ante la negativa de algunos sujetos de examinación de participar en el estudio, consideramos estas fueron aceptables y no afectan de manera significativa la potencia del estudio.

Es de resaltar que en 46 de los evaluados hubo manifestación de no consumo de ninguna sustancia a lo largo de la vida, esto representa el 19,82% de la población estudiada.

Los datos obtenidos muestran que existe un riesgo asociado al consumo de alcohol bajo en toda la población y un riesgo moderado en relación al consumo de tabaco moderado en el 22,84% de la población.

Si bien es cierto se identificaron dos casos de consumo de cannabinoides asociados a consumo de alcohol con frecuencia mensual al igual que un caso de consumo de cocaína con las mismas características de consumo asociado a alcohol y con frecuencia mensual lo que representaría una baja parte de la población, 0.86% para cannabinoides y 0.43% para cocaína, no se debe subestimar estos datos porque podrían corresponder en forma alegórica a la punta de un iceberg ante el temor a expresar en este tipo de estudios el consumo o la frecuencia real de este en el entorno social en el que hay desempeño laboral lo que condicionaría un sub-registro real del perfil para este tipo de sustancias.

8. Conclusiones

Como conclusiones puntuales del presente trabajo se afirma que:

1. De la población estudiada el 19.82% informa nunca haber consumido sustancia alguna de las evaluadas, el 80.17% manifestó haber consumido alguna vez alcohol en su vida. El 50% respondió afirmativamente acerca de consumo alguna vez en la vida de tabaco. El 9.91% manifestó haber consumido alguna vez en la vida cannabinoides. El 1.72% de la población manifestó haber consumido alguna vez cocaína en su vida. Tan solo una persona manifestó haber consumido alguna vez en la vida benzodiazepinas lo que equivale al 0.43% de la población.
2. En relación al consumo de sustancias de los últimos tres meses en la población estudiada revela que 101 personas han consumido licor (43.53%), 53 han consumido tabaco (22.84%), dos han consumido cannabinoides (0.86%), y tan solo uno ha consumido cocaína (0.43%).
3. No se identificó la existencia de problemas relacionados al consumo en los últimos tres meses en la muestra poblacional estudiada.
4. Se encontró que existe un riesgo asociado al consumo de alcohol bajo en toda la población. Para los casos de consumo de cannabinoides, y de cocaína se identificó riesgo moderado (0.86% y 0.43% respectivamente). Se identificó riesgo moderado en relación al consumo de tabaco en el 22,84% de la población. Se identificó riesgo bajo para benzodiazepinas. No se identificó consumo de otras sustancias.
5. No se tipificaron casos de intoxicación aguda, se identificó consumo regular de alcohol y tabaco.
6. No se encontraron casos de conductas asociadas con inyectarse.
7. Las intervenciones más adecuadas según lo estipulado en la aplicación del instrumento ASSIST para caso fueron 176 casos catalogables como de “no tratamiento” y 56 “intervenciones breves”, no hubo casos de “derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento”.

Bibliografía

- André, M. (2013). Factores asociados a planeamiento suicida en estudiantes de una Escuela de Nutrición en Lima, Perú, 2009. *Anales de la Facultad de Medicina*, An. Fac. med. v.74 n.2 Lima abr./jun. 2013.
- Aparicio, D. (01 de 11 de 2015). *15% de los estudiantes de medicina dijo que ha pensado en suicidarse, según estudio*. Obtenido de @Psyciencia: <http://www.psyciencia.com/2015/04/15-de-los-estudiantes-de-medicina-dijeron-que-han-pensado-en-suicidarse-segun-estudio/>
- Arroyave, C. (26 de 11 de 2015). PRESENTACION VIII CONGRESO INTERNACIONAL DE ADICCIONES MEDELLIN 2015. Medellin, Antioquia, Colombia.
- BECOÑA, E. (2002). *BASES CIENTÍFICAS DE LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS*. Madrid españa: MINISTERIO DEL INTERIOR.
- Becoña, E. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona - España: SOCIDROGALCOHOL.
- Blanco, J. (2011). *Fundamentos en Salud Pública: Tomo III Epidemiología Básica y principios de Investigación*. Medellin - Colombia: Corporacion para Investigaciones Biológicas.
- Bohorquez, A. (01 de 11 de 2015). *Universidad Javeriana*. Obtenido de Prevalencia de depresion y de ansiedad segun las escalas de Zung, y evaluacion de la asociacion con el desempeño academico de los estudiantes de medicina de la Pontifica Univeridad Javeriana: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/medicina/tesis37.pdf>
- COLEMAN, E. (1997). Assessing Substance Abuse Among Health Care Students and the Efficacy of Educational Interventions. *Journal of Professional Nursing*, Vol 13, No 1, 28-37.
- De_Almeida, N. (2011). *Introducción a la Epidemiología*. Buenos Aires - Argentina: Lugar.
- Duval, G. (2011). Professional Well-being Work Party of WFSA: It is Time to Think and Take Action Regarding the Occupational Health of Anesthesiologists. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Vol. 61, No 4, July-August, 389-396.
- EBSCO Information Services. (10 de 08 de 2015). *Bases de datos*. Obtenido de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/search/selectdb?sid=9bfc1670-43a0-4c5e-8322-9f98397bd45d%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4112>

FAJARDO, Á. S. (01 de 11 de 2015). *Asociacion Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Publicos de la Salud, Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia*. Obtenido de http://www.anthoc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3362:anthoc-las-mayoria-y-minorias&catid=15:opinion&Itemid=115

Fry, R. (2015). A retrospective survey of substance abuse in anaesthetists in Australia and New Zeland from 2004 to 2013. *Anaesthesia and Intensive Care*, Vol 43, Issue 1, 111-117.

FUNDACIÓN FES-SOCIAL . (01 de 11 de 2015). *ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL COLOMBIA 2003*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Fundacion Universtaria Luis Amigo. (10 de 08 de 2015). *Departamento de Educación Virtual y a Distancia*. Obtenido de <http://virtual.funlam.edu.co/mod/assign/view.php?id=178290>

Holtman, M. (2007). Disciplinary careers of drug-impaired physicians. *Social Science & Medicine*, 64 (2007) 543–553.

Interglot. (10 de 08 de 2015). *Interglot Translation Dictionary*. Obtenido de <http://www.interglot.es/>

Lorenzo, P. (2009). *DROGODEPENDENCIAS*. Madrid - España: Medica Panamericana.

May, J. (2002). Attitudes of Anesthesiologists About Addiction and Its Treatment: A Survey of Illinois and Wisconsin Members of the American Society of Anesthesiologists. *Journal of Clinical Anesthesia*, 14:284 –289.

NACIONES UNIDAS. (1971). CONVENCIÓN ÚNICA DE 1961 SOBRE ESTUPEFACIENTES, ENMENDADA POR EL PROTOCOLO DE 1972 DE MODIFICACIÓN DE LA CONVENCIÓN ÚNICA DE 1961 SOBRE ESTUPEFACIENTES. (pág. 1). New York: NACIONES UNIDAS.

O'Connor, P. (1997). PHYSICIAN IMPAIRMENT BY SUBSTANCE ABUSE. *MEDICAL CLINICS OF NORTH AMERICA*, VOLUME 81, NUMBER 4, 1037-1052.

Observatorio de Drogas de Colombia. (01 de 11 de 2015). *Observatorio de Drogas de Colombia*. Obtenido de <http://www.odc.gov.co/CONSUMO-DE-DROGAS/Situacion-del-consumo>

- Observatorio Nacional de Drogas, Colombia. (01 de 11 de 2015). *Situación del consumo de drogas*. Obtenido de <http://www.odc.gov.co/CONSUMO-DE-DROGAS/Situacion-del-consumo>
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria*. Organización Panamericana de la Salud.
- Ruiz, A. (2004). *Epidemiología Clínica*. Bogota - Colombia: Editorial Medica Internacional LTDA.
- SEMANA.COM. (01 de 11 de 2015). Medicina Legal señala que médico se suicidó.
- Serebrenic, F. (2012). Anesthetic Drug Abuse by Anesthesiologists. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Vol. 62, No 3, May-June, 375-386.
- Tetzlaff, J. (2011). Drug Diversion, Chemical Dependence, and Anesthesiology. *ADVANCES IN ANESTHESIA*, 29 (2011) 113–127.
- Toro, R. (2013). *PSIQUIATRIA*. Medellin - Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Torres, G. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, vol. 39, Suplemento, 171-187.
- Velasquez, E. (2013). *Adicciones, aspectos clínicos y psicosociales, tratamiento y prevención*. Medellin - Colombia: Fondo Editorial CIB.

Anexo A: La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1).

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

Nombre del trabajador clínico	<input type="text"/>	Clinica	<input type="text"/>
Identificación o nombre del usuario	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>

Introducción (léasela al usuario o adapte a las circunstancias locales)*

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas).

Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas **que han sido recetadas** por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por **otros** motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo.

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

Antes de hacer las preguntas, entregue al usuario la tarjeta de respuestas.

PREGUNTA 1 | A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

	No	Sí
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Sí
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Sí
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	No	Sí
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Sí
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Sí
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Sí
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Sí
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Sí
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Sí
j Otras, especifique: _____	No	Sí

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"

Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.
Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

* El ASSIST V3.1 debe utilizarse como "filtro" para fines clínicos. Para fines de investigación, utilice la versión anterior ASSIST V3.0.

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

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

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

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

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

PREGUNTA 5 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).					

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

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

PREGUNTA 8 ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

NOTA IMPORTANTE

A los usuarios que se han inyectado drogas en los últimos tres meses se les debe preguntar acerca de sus hábitos de inyección durante este período para determinar sus niveles de riesgo y el mejor curso de intervención.

Hábitos de inyectarse

Cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses o menos

Más de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses

Lineamientos de intervención

Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección

Evaluación adicional y tratamiento más intensivo

Cómo calcular la puntuación de consumo de una sustancia específica

Para cada sustancia (rotulada 'a' a la 'j') sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 o de la pregunta 8 en esta puntuación. Por ejemplo, una puntuación para cannabis se calcularía como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c.**

Observe que la pregunta 5 para tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a.**

El tipo de Intervención se determina por la puntuación de consumo de sustancias específicas

	Registrar la puntuación para cada sustancia	No requiere Intervención	Recibir Intervención breve	Tratamiento más Intensivo
a Tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b Alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c Cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d Cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e Estimulantes de tipo anfetamina		0 – 3	4 – 26	27+
f Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g Sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

Ahora use la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST para proporcionarle al usuario una intervención breve.

Tarjeta de respuestas del ASSIST v3.1

TARJETA DE RESPUESTAS | Sustancias

- a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)
- b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)
- c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)
- d Cocaína (coca, crack, etc.)
- e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)
- f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)
- g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)
- h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)
- i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)
- j Otras, especifique: _____

Tarjeta de respuestas del ASSIST v3.1

TARJETA DE RESPUESTAS Respuestas de frecuencia	
<p>Respuestas Últimos tres meses (preguntas 2 a 5 del ASSIST)</p> <ul style="list-style-type: none"> Nunca: no se ha consumido en los tres últimos meses. Una o dos veces: de una a dos veces en los últimos tres meses. Mensualmente: promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses. Semanalmente: de una a cuatro veces a la semana. Diariamente o casi diariamente: de cinco a siete veces a la semana. 	<p>Frecuencia A lo largo de la vida (preguntas 6 a 8 del ASSIST)</p> <ul style="list-style-type: none"> No, nunca. Si, pero no en los últimos tres meses. Si, en los últimos tres meses.

Tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST v3.1

Puntuaciones de consumo de sustancias específicas	Puntuación	Nivel de riesgo	
a Productos de tabaco		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
b Bebidas alcohólicas		0 – 10 11 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
c Cannabis		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
d Cocaína		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
e Estimulantes de tipo anfetamina		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
f Inhalantes		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
g Sedantes o pastillas para dormir		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
h Alucinógenos		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
i Opiáceos		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
j Otras, especifique: _____		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Usted corre un riesgo inferior de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias.

Moderado: Usted corre un riesgo moderado de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias.

Alto: Usted corre un riesgo alto de tener problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, en sus relaciones) a consecuencia de sus hábitos actuales de consumo y es probable que sea dependiente.

¿Le preocupan sus hábitos de consumo de sustancias?

A | Tabaco

Su riesgo de sufrir estos daños es (marque uno):

Bajo Moderado Alto

Fumar tabaco con regularidad está asociado con:

Envejecimiento prematuro y arrugas en la piel

Condición física inferior y tiempos de recuperación más largos después de un resfriado o gripe

Infecciones respiratorias y asma

Alta presión sanguínea, diabetes mellitus

Aborto espontáneo, parto prematuro y bebés de bajo peso al nacer

Enfermedades renales

Enfermedades crónicas de las vías respiratorias, entre ellas enfisema

Enfermedades cardíacas, apoplejías, enfermedades cardiovasculares

Cáncer de pulmón, vejiga, mama, boca, garganta y esófago

B | Alcohol

Su riesgo de sufrir estos daños es (marque uno):

Bajo Moderado Alto

El consumo excesivo de alcohol con regularidad está asociado con:

Resacas, conducta violenta y agresiva, accidentes y lesiones, náusea y vómito

Disminución en el desempeño sexual, envejecimiento prematuro

Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, alta presión sanguínea

Ansiedad y depresión, dificultades en las relaciones personales, problemas económicos y laborales

Dificultad para recordar cosas y resolver problemas

Deformidades y daño cerebral en los bebés de mujeres embarazadas

Daño cerebral permanente que lleva a la pérdida de memoria, déficits cognitivos y desorientación

Apoplejía, daño muscular y en los nervios

Enfermedad del hígado y el páncreas

Cáncer de boca, garganta y mama

Suicidio

C | Cannabis

Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):

Bajo Moderado Alto

El consumo regular de cannabis está asociado con:

Problemas de atención y motivación

Ansiedad, paranoia, pánico, depresión

Disminución de la memoria y de la capacidad para resolver problemas

Presión sanguínea alta

Asma y bronquitis

Psicosis, en particular en personas con historial personal o familiar de esquizofrenia

Enfermedades cardíacas y enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Cáncer de las vías respiratorias superiores y de garganta

D | Cocaína

Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):

Bajo Moderado Alto

El consumo regular de cocaína está asociado con:

Dificultad para dormir, aceleramiento del corazón, dolores de cabeza, pérdida de peso

Aletargamiento, hormigueo, piel húmeda, rascarse o arrancarse la piel

Ansias o deseo intenso, estrés por el estilo de vida

Accidentes y lesiones, problemas económicos

Cambios del estado de ánimo: ansiedad, depresión, manías

Paranoia, pensamientos irracionales, dificultad para recordar cosas

Conducta agresiva y violenta

Psicosis después del consumo repetido de altas dosis

Muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas

E | Estimulantes de tipo anfetamina

Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):

Bajo Moderado Alto

El consumo regular de estimulantes de tipo anfetamina está asociado con:

Dificultad para dormir, pérdida de apetito y peso, deshidratación, reducción de la resistencia a las infecciones

Tensión en la mandíbula, dolores de cabeza, dolor muscular

Cambios del estado de ánimo: ansiedad, depresión, agitación, manías, pánico

Temblores, latido irregular del corazón, falta de aliento

Dificultad para concentrarse y recordar cosas

Paranoia, conducta agresiva y violenta

Psicosis después del consumo repetido de altas dosis

Daño cerebral permanente

Daño hepático, hemorragia cerebral, muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas

F | Inhalantes

Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):

Bajo Moderado Alto

El consumo regular de inhalantes está asociado con:

Síntomas semejantes a los de la gripe, sinusitis, sangrado de nariz

Náusea y vómito, indigestión, úlceras estomacales, diarrea

Mareos y alucinaciones, náusea, aletargamiento, desorientación, visión borrosa

Dolores de cabeza, accidentes y lesiones, conducta impredecible y peligrosa

Dificultades para la coordinación, reacciones lentas, poco abastecimiento de oxígeno al cuerpo

Pérdida de la memoria, confusión, depresión, agresión, cansancio extremo

Delirio, convulsiones, coma, daño en los órganos (corazón, pulmones, hígado, riñones)

Muerte por insuficiencia cardíaca

G | Sedantes y pastillas para dormir

Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):

Bajo Moderado Alto

El consumo regular de sedantes está asociado con:

Aletargamiento, mareo y confusión

Dificultad para concentrarse y recordar cosas

Náusea, dolores de cabeza, paso inestable

Problemas para dormir

Ansiedad y depresión

Tolerancia y dependencia después de un período corto de tiempo

Síntomas de abstinencia severos

Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos y otras drogas depresivas

H | Alucinógenos

Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):

Bajo Moderado Alto

El consumo regular de alucinógenos está asociado con:

Cambios visuales, auditivos, táctiles y olfativos, conducta impredecible

Dificultad para dormir

Náusea y vómito

Taquicardia y alta presión sanguínea

Cambios del estado de ánimo

Ansiedad, pánico, paranoia

Visiones retrospectivas

Empeoramiento de los síntomas de enfermedades mentales, como esquizofrenia

I | Opiáceos

Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):

Bajo Moderado Alto

El consumo regular de opiáceos está asociado con:

Comezón, náusea y vómito

Aletargamiento, constipación, caries, períodos menstruales irregulares

Dificultad para concentrarse y recordar cosas

Depresión, disminución del impulso sexual, impotencia

Dificultades económicas, comisión de delitos

Estrés en las relaciones personales

Problemas para conservar el trabajo y en la vida familiar

Tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia

Sobredosis y muerte por paro cardíaco

Tarjeta de riesgos asociados con inyectarse | Información para los usuarios

El consumo de sustancias por vía inyectada aumenta el riesgo de daño por consumo de sustancias.

Este daño puede ser ocasionado por:

- ▮ La sustancia:
 - | si usted se inyecta alguna droga, es más probable que desarrolle dependencia;
 - | si usted se inyecta anfetaminas o cocaína, es más probable que experimente psicosis;
 - | si se inyecta heroína u otro sedantes, es más probable que sufra una sobredosis;
- ▮ La conducta al inyectarse:
 - | si se inyecta, puede dañarse la piel y las venas y padecer infecciones;
 - | puede ocasionar cicatrices, moretones, inflamación, abscesos y úlceras;
 - | sus venas pueden colapsarse;
 - | si se inyecta en el cuello, puede ocasionarse un derrame cerebral;
- ▮ Compartir equipo de inyección:
 - | Si comparte equipo de inyección (agujas y jeringas, cucharas, filtros, etc.) es más probable que disemine infecciones virales de transmisión sanguínea como la hepatitis B y C y el VIH.

Es menos arriesgado evitar inyectarse

- ▮ Si se inyecta:
 - | use siempre equipo limpio (por ejemplo, agujas y jeringas, cucharas, filtros, etc.);
 - | use siempre una aguja y jeringa nuevas;
 - | no comparta el equipo con otras personas;
 - | limpie el área de preparación;
 - | límpiese las manos;
 - | limpie el sitio de inyección;
 - | use un sitio de inyección diferente cada vez;
 - | inyéctese lentamente;
 - | ponga su aguja y jeringa usadas en un recipiente rígido y deséchelo de manera segura.
- ▮ Si consume drogas estimulantes como anfetaminas o cocaína, los siguientes consejos lo ayudarán a reducir el riesgo de psicosis:
 - | evite inyectarse y fumar;
 - | evite consumir drogas diariamente.
- ▮ Si consume drogas depresoras como heroína, los siguientes consejos lo ayudarán a reducir el riesgo de sobredosis:
 - | evite consumir otras drogas, en especial sedantes o alcohol, el mismo día;
 - | consuma una cantidad pequeña y siempre que tenga un nuevo lote, "pruébelo" primero;
 - | hágase acompañar por alguien siempre que consuma la droga;
 - | evite inyectarse en lugares donde nadie puede llegar hasta usted en caso de una sobredosis;
 - | tenga a la mano los números telefónicos del servicio de ambulancias.

Anexo B: Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación

Evaluación del riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en el personal médico y paramédico de un hospital público de segundo nivel de Bogotá D.C. mediante implementación de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

Introducción

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio incluyendo los riesgos y beneficios.

Propósito del estudio

Este proyecto busca determinar el riesgo de consumo de alcohol, tabaco y sustancias valorado mediante la prueba ASSIST en el personal sanitario de un hospital público de segundo nivel de atención en la ciudad de Bogotá.

Participantes del estudio

El estudio es completamente voluntario. Usted puede participar o abandonar el estudio en cualquier momento. Para este proyecto se tendrá en cuenta al personal de salud que labora en el Hospital.

Procedimientos

Para la recolección de la información relacionada con este estudio, se empleará la prueba ASSIST la cual determinará el riesgo de consumo de alcohol, tabaco y/o cualquier otra sustancia psicoactiva.

Tiempo requerido

El tiempo requerido para contestar el cuestionario es de 15 minutos

Riesgos y beneficios

El estudio no conlleva a ningún riesgo y el participante no obtiene ningún beneficio.

Privacidad y confidencialidad

La información personal que usted dará a los investigadores en el curso de este estudio permanecerá en secreto y no se proporcionará a ninguna persona diferente a Usted bajo ninguna circunstancia. A las encuestas y entrevistas se les asignará un código de tal forma se asegurará que ninguna otra persona conocerá su identidad. El resultado o los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas, pero la identidad suya no será divulgada.

Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento. Sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio a menos de que Usted solicite expresamente que su identificación y formación sea borrada de nuestra base de datos. Al retirar su participación Usted deberá informar al grupo de investigación si desea que sus respuestas sean eliminadas. No firme este consentimiento a menos de que Usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias para todas las preguntas

Nombre del participante

cc

Firma del participante