

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

**Propuesta para la adaptación y validación de instrumentos para la
detección temprana de uso y consumo problemático de alcohol, tabaco y
otras drogas en población adolescente del Ecuador**

Mecanismo de Titulación: Tesis en torno a una hipótesis

Diana Gabriela Reyes Tejena

**María Sol Garcés Espinosa, PhD
Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito
para la obtención del título de Psicólogo Clínico
con Especialización en Niños, Adolescentes y Familias

Quito, 27 de julio del 2023

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**Propuesta para la adaptación y validación de instrumentos para la
detección temprana de uso y consumo problemático de alcohol, tabaco y
otras drogas en población adolescente del Ecuador**

Diana Gabriela Reyes Tejena

Nombre del Director del Programa: Cherie Elaine Oertel
Título académico: Ph.D.
Director del programa de: Maestría en Psicología Clínica

Nombre del Decano del colegio Académico: Paolo Emilio Moncagatta Alvarado
Título académico: Ph.D.
Decano del Colegio: Ciencias Sociales y Humanidades

Nombre del Decano del Colegio de Posgrados: Hugo Burgos Yáñez
Título académico: Ph.D.

Quito, 27 de julio del 2023

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Educación Superior del Ecuador.

Nombre del estudiante: Diana Gabriela Reyes Tejena

Código de estudiante: 00327486

C.I.: 1311406738

Lugar y fecha: Quito, 27 de julio de 2023.

ACLARACIÓN PARA PUBLICACIÓN

Nota: El presente trabajo, en su totalidad o cualquiera de sus partes, no debe ser considerado como una publicación, incluso a pesar de estar disponible sin restricciones a través de un repositorio institucional. Esta declaración se alinea con las prácticas y recomendaciones presentadas por el Committee on Publication Ethics COPE descritas por Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing, disponible en <http://bit.ly/COPETHeses>.

UNPUBLISHED DOCUMENT

Note: The following graduation project is available through Universidad San Francisco de Quito USFQ institutional repository. Nonetheless, this project – in whole or in part – should not be considered a publication. This statement follows the recommendations presented by the Committee on Publication Ethics COPE described by Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing available on <http://bit.ly/COPETHeses>.

DEDICATORIA

Quiero expresar mi agradecimiento infinito y dedicar este trabajo, palabra por palabra, principalmente a mi familia. Sinceramente, siento un apoyo absoluto y casi ciego por parte de ellos, principalmente por parte de mi mamá y hermana, quienes confían en mí de innumerables maneras, incluso cuando yo misma pueda dudar de mi progreso. Junto con mi familia, mis amigos cercanos son los pilares que me sostienen y nutren cada día, incluso desde la distancia. Su presencia me llena de alegría y me brinda la esperanza necesaria para alcanzar mis objetivos, crecer continuamente tanto personal como profesionalmente, y al mismo tiempo que me alientan a proponerme nuevos desafíos.

¡Gracias por estar siempre aquí, junto a mí! El camino parece más llevadero y gratificante al tenerlos cerca.

AGRADECIMIENTOS

Al culminar este proyecto, basado en una propuesta que ha requerido varios meses de arduo trabajo con un equipo excepcional compuesto por miembros de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ) y el Ministerio de Salud Pública (MSP), siento un profundo orgullo al poder plasmar en este documento las numerosas razones que me han motivado a llevar a cabo esta investigación. Desde el principio, conté con un apoyo incondicional por parte de mi tutora de propuesta, María Sol Garcés Espinosa, quien me alentó a adentrarme en el tema hasta que despertó en mí una verdadera curiosidad y la necesidad de llevar el proceso hasta su conclusión. Su guía y dedicación han sido fundamentales para llegar hasta este punto, y siempre estaré agradecida por su invaluable contribución a mi trabajo. Durante todo este tiempo, me sentí acompañada y respaldada, incluso en los momentos en los que me encontraba atascada en ideas y experimentaba frustración.

Además, quiero reconocer y agradecer el apoyo brindado por el equipo del Ministerio de Salud Pública, Óscar Escobar, Alexandra Coque y, en especial a Roberto Enríquez, cuya labor en la organización y explicación detallada de cada aspecto de la propuesta y el proyecto en general fue fundamental para mi desarrollo y entendimiento progresivo. También deseo expresar mi agradecimiento a mi compañero de investigación y colega de maestría, Mateo Castillo. Su revisión enfocada en la población adulta me permitió enfocar mi atención en el grupo que más me interesa: los adolescentes. Además, considero que el trabajo realizado en equipo fue una base importante al momento del desarrollo individual de nuestros trabajos, por lo que reconozco su contribución.

RESUMEN

El consumo de sustancias es un grave problema de salud pública a nivel mundial, afectando negativamente tanto la salud física como mental de las personas y generando repercusiones en diversas áreas de sus vidas. La OPS/OMS (2022) considera que la adolescencia corresponde a la etapa de mayor vulnerabilidad ante el consumo de sustancias por la baja percepción de riesgo que poseen los jóvenes. Además, el consumo está vinculado con la violencia, el crimen y la inestabilidad social. Debido a esto, la detección temprana es esencial para intervenir a tiempo y proporcionar el tratamiento adecuado. Sin embargo, para lograrlo se requiere de instrumentos de detección validados científicamente, que sean precisos, confiables, de fácil uso y especializados para la población objetivo, como lo son el Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) y el Car, Relax, Alone, Forget, Family and Friends, Trouble (CRAFFT) para adolescentes. Estos instrumentos permitirán a profesionales de la salud y otros miembros de la comunidad identificar a individuos en riesgo, mientras se brinda el apoyo necesario. En respuesta a esta problemática, el Ministerio de Salud Pública (MSP) en conjunto a la Universidad San Francisco de Quito (USFQ) proponen la adaptación cultural y validación de dichos instrumentos de detección temprana. La siguiente revisión de literatura, misma que es una propuesta del protocolo, abordará los principales temas y la necesidad por llevar a cabo la adaptación en Ecuador considerando al grupo adolescente. Abordar el consumo de sustancias de manera temprana es crucial para ofrecer la asistencia requerida.

Palabras clave: Consumo de sustancias, alcohol, tabaco, drogas, fenómeno socioeconómico de las drogas, POSIT, CRAFFT, adaptación de instrumentos, instrumentos de detección, screening, adaptación transcultural.

ABSTRACT

Substance use is a severe public health problem worldwide, negatively affecting people's physical and mental health and generating repercussions in various areas of their lives. PAHO/WHO (2022) considers adolescence the greatest vulnerability to substance use due to young people's low perception of risk. In addition, consumption is linked to violence, crime, and social instability. Because of this, early detection is essential to intervene early and provide appropriate treatment. However, to achieve this, scientifically validated detection instruments are required, which are precise, reliable, easy to use, and specialized for the target population, such as the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) and the Car, Relax, Alone, Forget, Family and Friends, Trouble (CRAFFT) for teens. These instruments will allow health professionals and other community members to identify at-risk individuals while providing the necessary support. In response to this problem, the Ministry of Public Health (MSP) with San Francisco de Quito College (USFQ) proposes the cultural adaptation and validation of these early detection instruments. The following literature review, a protocol proposal, will address the main issues and the need to adapt in Ecuador considering the adolescent group. Addressing substance use early is crucial to offering the required assistance.

Key words: Substance use, alcohol, tobacco, drugs, socioeconomic phenomenon of drugs, POSIT, CRAFFT, adaptation of instruments, detection instruments, screening, cross-cultural adaptation.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	13
Problema de Investigación	13
Justificación.....	14
Propósito del Trabajo	19
Estructura del Trabajo	20
Marco Teórico	21
1. Uso y Consumo Problemático de Sustancias	21
Definiciones	21
Consecuencias del Uso y Consumo Problemático de Sustancias	23
Afectados por el Problema	24
Factores que Contribuyen al Problema	30
Factores Genéticos	30
Factores Biológicos	30
Factores Ambientales	31
Historia Familiar	33
Acceso Limitado a Servicios de Salud.....	34
Fracaso Escolar.	34
Presión Social	36
Entorno Rural	36
Redes Sociales.....	37
Factores Individuales.....	37
Estrategias Empleadas.....	39
Estrategias de Screening.....	39
Estrategias de Tratamiento	41
Estrategias de Prevención.....	42

2. Instrumentos para la Detección Temprana de Uso y Consumo Problemático de Sustancias para la Población Adolescente	44
Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT).....	44
Car, Relax, Alone, Forget, Family and Friends, Trouble (CRAFFT).....	46
3. Adaptación y Validación de Instrumentos de Psicométricos	48
Diferencias entre Adaptación Transcultural y Traducción	49
Importancia de la Adaptación Transcultural	51
Principales Problemas de la Traducción Idiomática	53
Desafíos en la Adaptación Transcultural	53
Proceso de Adaptación Transcultural.....	54
Traducción, Retrotraducción y Síntesis.	54
Estudio Piloto y Procesos Complementarios de Revisión.	56
Validación de Cuestionarios y Escalas.....	58
Metodología y diseño de la investigación	62
Objetivos	62
Método	62
Diseño.....	62
Variables.....	63
Participantes	65
Materiales	67
Instrumentos.	67
Recurso Humano.	70
Programas y Softwares.....	70
Consideraciones Éticas.....	70
Procedimiento.....	72
Análisis de Datos.....	77
Conclusiones	78
Referencias	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	66
Tabla 2	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	57
Figura 2	59
Figura 3	75
Figura 4	76
Figura 5	76

INTRODUCCIÓN

Problema de Investigación

El consumo de sustancias es un problema de salud pública que afecta a muchas personas y comunidades en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). El uso de sustancias puede tener efectos negativos en la salud física y mental de las personas, así como en su capacidad para trabajar, estudiar y relacionarse con los demás (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.). Además, según la OPS puede contribuir a la violencia, el crimen y la inestabilidad social.

La detección temprana del consumo de sustancias es fundamental para ayudar a las personas a buscar tratamiento antes de que su adicción se agrave y se vuelva más difícil de tratar (OMS, 2018). Para facilitar la detección temprana del consumo de sustancias, es importante contar con instrumentos de detección efectivos y precisos (Tena-Suck et al., 2018). Los instrumentos de detección temprana deben ser validados científicamente, lo que significa que han sido sometidos a rigurosas pruebas para garantizar que sean precisos y confiables (Carvajal et al., 2011). Además, deben ser fáciles de usar y entender para que puedan ser implementados por profesionales de la salud, trabajadores sociales, educadores y otros miembros de la comunidad para identificar a personas que puedan estar en riesgo de desarrollar problemas de consumo de sustancias (Tena-Suck et al., 2018).

En el Ecuador es urgente la adaptación y validación de instrumentos para la detección temprana de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, que no únicamente sirvan como pesquisa, sino que orienten a los profesionales de la salud, educadores y demás responsables sociales. Esto les permitirá brindar un proceso de prevención vinculado a las necesidades propias de cada grupo de personas y de requerirse, realizar el abordaje terapéutico para

deshabitación, desarrollo de hábitos saludables y aptitudes personales en conjunto con la reinserción social en los diferentes niveles de atención de salud (Tena-Suck et al., 2018).

Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), el Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD), la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), COLOMBO PLAN y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), así como entidades gubernamentales como el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), abordan el fenómeno socioeconómico de las drogas. Estas organizaciones y agencias han desarrollado políticas públicas para hacer frente a los diversos problemas asociados al consumo problemático de drogas, que incluyen consecuencias biológicas, como daños a la salud y órganos del individuo; problemas psicológicos, que afectan las áreas cognitivas, emocionales y comportamentales; y problemas sociales, que se relacionan con situaciones conflictivas familiares, económicas, legales y comportamientos sexuales de riesgo, entre otros (OMS, 2011; Secretaría Técnica de Drogas [SETED], 2017).

Según el Informe Mundial sobre drogas 2021 de la UNODC, se ha registrado un aumento del 22% en el consumo de drogas a nivel mundial en los últimos 10 años. Este informe señala que alrededor de 275 millones de personas consumieron drogas en el año previo a su publicación. De este grupo, se estima que 27 millones de personas padecen trastornos relacionados al consumo de sustancias, lo que representa aproximadamente el 0,7% de la población mundial. Sin embargo, solo uno de cada ocho individuos con trastornos de consumo de drogas recibe tratamiento, lo que agrava aún más la situación en los países en

desarrollo (UNODC, 2021). Además, el informe destaca que se han perdido 3,6 millones de años de vida debido a muertes prematuras y 16,4 millones de años de vida debido a discapacidades relacionadas con el consumo de drogas (UNODC, 2018). Según los estudios relacionados con la OMS, el inicio del consumo de drogas generalmente ocurre entre los 10 y 14 años, lo que expone a los adolescentes a diversos factores de riesgo que pueden afectar su salud (OPS/OMS, s.f.; Vega-Cauich y Zumárraga-García, 2019).

En Ecuador, según el Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas 2017-2021 y una encuesta realizada en 2016 a estudiantes de 9° de educación básica, se determinó que el inicio del consumo de drogas se sitúa entre los 14 y 15 años, siendo la marihuana la sustancia más fácil de obtener, aunque también hay acceso a otras drogas ilícitas (Simón Saiz et al., 2020). En el año 2015, se registraron 8,693 muertes relacionadas con el consumo de drogas, lo que representó el 13.42% de todas las muertes a nivel nacional, con un costo estatal de 214 millones de dólares. De estas muertes, el tabaco fue responsable del 72.94% (6,341 muertes), el alcohol del 25.38% (2,207 muertes) y otras drogas causaron la muerte de siete personas (1.60%) (SETED, 2017).

En cuanto a las estadísticas del MSP, se registraron 53,609 atenciones en el año 2020 relacionadas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas, según el Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) y la Plataforma de Registro en Atenciones de Salud (PRAS). Además, se registraron un total de 166,333 atenciones preventivas relacionadas con problemas de estilo de vida asociados a factores de riesgo que podrían estar vinculados al consumo de drogas.

Las razones detrás del consumo de drogas en los adolescentes son diversas, pero la principal es la percepción de bajo riesgo, especialmente en relación al consumo de cannabis (SETED, 2017; OPS/OMS, 2022). Las situaciones problemáticas asociadas al consumo

problemático de alcohol, tabaco y otras drogas durante la adolescencia pueden resultar en bajo rendimiento escolar, abandono escolar, agresiones físicas y verbales hacia pares o adultos, comportamientos sexuales de alto riesgo, ruptura familiar, vida en la calle y, en algunos casos, delincuencia juvenil (Vega-Cauich y Zumárraga-García, 2019; Lugo et al., 2020). Por lo tanto, es crucial detectar tempranamente el consumo de sustancias en los adolescentes y llevar a cabo programas de prevención y tratamiento cuando sea necesario, con el objetivo de detener, reducir o evitar el consumo de drogas en este grupo de edad de manera rápida y efectiva (SETED, 2017).

Estudios realizados por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) de los Estados Unidos sobre el consumo de drogas en la adolescencia revelan que uno de cada 15 adolescentes en el último año de la escuela secundaria consume marihuana a diario (Nora, 2021). Mientras el consumo de otras drogas ilegales y alcohol se ha mantenido o disminuido en los últimos años, el consumo de marihuana ha aumentado (Volkow, 2013, Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2018). Una de las razones de esto es la creciente falta de conciencia sobre los riesgos y los daños que esta droga puede causar (Nora, 2021; Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2018). Aunque la investigación sobre los daños pulmonares causados por el consumo de marihuana aún está en curso, se menciona que aproximadamente el 9% de los usuarios desarrolla adicción, y este porcentaje aumenta al 17% si el consumo comienza a una edad temprana. Esto significa que alrededor del 7% de los estudiantes que consumen marihuana a diario ya son adictos (Nora, 2021; Moreta-Herrera et al., 2018).

Los estudios del NIDA muestran que el consumo de marihuana en la adolescencia puede tener efectos adversos en el hipocampo, lo que dificulta la creación de nuevos recuerdos. Además, se afectan los ganglios basales y el cerebelo, que son responsables de

funciones motoras como la postura, el equilibrio, la coordinación y el tiempo de reacción (Nora, 2021; Ministerio de sanidad y consumo, 2018). En altas dosis, el consumo de marihuana puede llevar a psicosis aguda con alucinaciones y delirios. El NIDA ha identificado tres tipos de repercusiones causadas por el abuso de marihuana: efectos agudos durante la intoxicación (deterioro de la memoria a corto plazo, atención, juicio, funciones cognitivas, coordinación, aumento del ritmo cardíaco y episodios psicóticos); consecuencias que persisten más allá del período de intoxicación pero no son permanentes (deterioro de la memoria, habilidades de aprendizaje y sueño); y consecuencias a largo plazo debido al consumo crónico (adicción, tos crónica, bronquitis, ansiedad, depresión, síndrome amotivacional y esquizofrenia en personas susceptibles) (Nora, 2021).

El NIDA ha identificado tres aspectos de los daños causados por el abuso de marihuana: efectos agudos durante la intoxicación, como deterioro de la memoria a corto plazo, atención, juicio y otras funciones cognitivas, coordinación y equilibrio, aumento del ritmo cardíaco y episodios psicóticos; consecuencias que persisten más allá del período de intoxicación pero no son permanentes, como deterioro de la memoria, habilidades de aprendizaje y sueño; y consecuencias a largo plazo debido al consumo crónico, como adicción, mayor riesgo de tos crónica, bronquitis, esquizofrenia en personas susceptibles, ansiedad, depresión y síndrome amotivacional (Nora, 2021).

Por otro lado, el consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas en la adolescencia puede tener diversas consecuencias, como bajo rendimiento escolar, deserción escolar, agresiones verbales o físicas hacia otros individuos, comportamientos sexuales de alto riesgo, separación familiar, vida en la calle e incluso delincuencia juvenil (Vega-Cauich y Zumárraga-García, 2019; Lugo, 2020). Por lo tanto, es esencial detectar tempranamente el consumo de sustancias en los adolescentes para prevenirlo y brindar tratamiento cuando sea

necesario, con el objetivo de detener, reducir o evitar esta conducta problemática de manera rápida y efectiva.

Para detectar tempranamente el consumo de sustancias, se han desarrollado diversos instrumentos que realizan un cribado de múltiples sustancias y ofrecen opciones de intervención para aquellos que han comenzado a consumir o que tienen un consumo problemático. Algunos de estos instrumentos incluyen el cuestionario Car, Relax, Alone, Forget, Family and Friends, Trouble (CRAFFT) y el Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT), diseñados específicamente para su uso en adolescentes. Sin embargo, en Ecuador, según el MSP, ninguno de estos instrumentos ha sido validado. Aunque existen similitudes entre países, las características lingüísticas específicas de cada territorio hacen necesario que se realice la validación y adaptación de estos instrumentos al contexto ecuatoriano utilizando métodos científicos adecuados.

La Constitución de la República del Ecuador del 2008 establece la responsabilidad del Estado de proteger a los grupos de atención prioritaria, incluyendo la prevención del uso de estupefacientes, psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias perjudiciales para la salud y el desarrollo (Bertini et al., 2015). En la Ley Orgánica de la Salud, en su capítulo VII, se detallan las responsabilidades y acciones del Ministerio de Salud Pública (MSP) frente al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, reconociéndolo como un problema de salud pública (Colica et al., 2019). El Código de la Niñez y Adolescencia también garantiza el derecho a la salud, estableciendo que es responsabilidad del Estado y del MSP garantizar diferentes niveles de atención gratuita para niños, niñas y adolescentes, así como prohibir la venta de alcohol, tabaco y otras drogas a este grupo de edad (Cote-Menendez et al., 2013).

Debido a todo lo mencionado, en el Ecuador es urgente la adaptación y validación de instrumentos para la detección temprana de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, que orienten a los profesionales de la salud y demás responsables sociales en la prevención y abordaje terapéutico del consumo de sustancias. Para solventar esta problemática el MSP ha propuesto llevar a cabo el proceso de adaptación y validación de instrumentos para la detección temprana de uso y consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas en población adulta y adolescente del Ecuador. Con base en la literatura y en la recomendación de organismos de control, como la OMS, OPS y CICAD, se han seleccionado para la adaptación y validación los instrumentos internacionales AUDIT y ASSIST para la población adulta, así como los instrumentos CRAFFT y POSIT para la población adolescente. Para llevar a cabo este proceso el MSP solicita la colaboración de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ) y cuenta con el apoyo de la CICAD y el interés de la Subsecretaría de Redes de Atención Integral en primer nivel del Ecuador.

Propósito del Trabajo

El primer paso para poder llevar a cabo este proceso es diseñar el protocolo de investigación y someterlo a revisión ética, metodológica y jurídica por parte de un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH). Este trabajo de titulación constituye la propuesta metodológica de la investigación titulada “Adaptación y validación de instrumentos para la detección temprana de uso y consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas en población adulta y adolescente del Ecuador, 2023-2025” presentada al CEISH de la USFQ. Este trabajo se lo realizó de manera conjunta con investigadores del MSP y de la USFQ, entre estos, otro estudiante de maestría, Mateo Castillo, con quién se dividió el marco teórico de acuerdo al grupo etario. Este trabajo abarca el grupo de adolescentes y los instrumentos

apropiados al grupo etario: CRAFFT y POSIT. Es importante mencionar que cada uno de los trabajos de maestría comparten información en las distintas secciones, algunas adaptadas al grupo etario y otras comunes.

Estructura del Trabajo

El trabajo se estructura en dos secciones principales: una teórica, que comprende la definición y contextualización del tema de estudio, estableciendo los fundamentos teóricos de la investigación; y una sección empírica, que presenta la propuesta metodológica. La primera sección incluye la revisión de literatura para el establecimiento del marco teórico, que se fundamenta en información obtenida de principalmente en revistas indexadas revisadas por pares referentes al consumo de sustancias, instrumentos y procedimientos psicométricos; así como también de páginas gubernamentales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), entre otras.

En la parte teórica se presenta información relacionada a tres temas principales: 1) Uso y consumo problemático de sustancias, 2) Instrumentos para la detección temprana del uso y consumo de sustancias en población adolescente, 3) Adaptación y validación de instrumentos psicométricos. La parte empírica se inicia con el planteamiento de los objetivos, seguido por el diseño del estudio y los procedimientos. Finalmente se establecen las conclusiones.

MARCO TEÓRICO

1. Uso y Consumo Problemático de Sustancias

Definiciones

El uso y consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas es una preocupación de salud pública a nivel mundial (OMS, 2018). Esta problemática desafía tanto al desarrollo social como económico de varios países en el continente americano (OPS, s.f.). En el Decreto Ejecutivo 951 del Ecuador, en el artículo 3, se define al fenómeno socioeconómico de las drogas como todos “los impactos y consecuencias sociales, económicas, políticas, culturales y de seguridad ciudadana que se generan por la relación e incidencia de los individuos, la familia, comunidades y Estados con las drogas.” (Secretaría General Jurídica, 2016, p.2).

Según la OPS, solo en América se registra al consumo de alcohol casi un 40% mayor en comparación con el resto del mundo, convirtiéndose en un patrón peligroso que pone al consumidor en riesgo de adquirir más de 200 condiciones de salud y en contra de su integridad en la sociedad (s.f.). Con respecto al tabaco, la OPS estima que actualmente su consumo es la principal causa de mortalidad evitable a nivel mundial, mismo que engloba tanto el uso de cigarrillos como el de cigarrillos electrónicos. Con al menos 1300 millones de consumidores, el consumo de tabaco aporta hasta 8 millones de muertes anuales, siendo de estos aproximadamente 7 millones consumidores activos, mientras que 1 millón se encontraría afectado por fuente ajena (OPS, s.f.).

Pese a su relación, el “uso” y “consumo” de sustancias son dos conceptos distintos. El “uso” de sustancias corresponde a la acción de emplear una sustancia, independientemente de su propósito, ya sea este para obtener un beneficio terapéutico, recreativo o social

(Organización de los Estados Americanos [OEA], s.f.). El uso podría ser ocasional, esporádico o regular, incluyendo sustancias como medicamentos prescritos, hasta alcohol, tabaco, y otras sustancias ilegales (OEA, s.f.). De esta manera, el uso de sustancias podría variar en “términos de frecuencia, cantidad y propósito” (Khan, 2022).

En cuanto al “consumo”, se entiende como el proceso físico por el cual una persona ingiere o utiliza una sustancia, sea esta vía oral, a través de la inhalación, inyección, aplicación directa en el cuerpo u otra forma de administración (OEA, s.f.). El consumo puede ser ocasional o habitual; sin embargo, el término generalmente profiere de una connotación negativa, siendo empleado para referirse al involucramiento regular con la sustancia psicoactiva (Khan, 2022). Es decir, Khan (2022) sugiere que el “consumo” implica un abuso o uso problemático de la sustancia adictiva; mientras que el “uso” podría ser tanto positivo o negativo de acuerdo con el contexto y consecuencias asociadas.

Por ejemplo, un paciente puede usar una sustancia prescrita por su médico para aliviar o tratar síntomas de una condición (Khan, 2022). Al mismo tiempo, el uso moderado de alcohol en situaciones sociales ocasionales y/o específicas en un entorno legal y seguro, como en una reunión, puede ser catalogado como de “uso” (OEA, s.f.). Mientras que, por otro lado, Klimas et al. (2018) explican que el “consumo” engloba un rango de alcance mayor, siendo estos de tipo problemático, adictivo/dependiente y nocivo.

Con respecto al consumo problemático, este se desarrolla tras el uso regular, experimentando consecuencias negativas (Babor, 2001). Klimas et al. (2018), definen al consumo adictivo o dependiente como la utilización compulsiva e ilegal de una sustancia, siendo el usuario involucrado en problemas legales, deterioro físico y dificultades en sus relaciones. A su vez, estos autores señalan que el “estado de dependencia” confiere un patrón de consumo en donde el grado de alcohol en sangre es igual o mayor a 0,08%, lo que

corresponde a cinco o más bebidas estándar en hombres y cuatro o más bebidas en mujeres dentro de un periodo de dos horas aproximadamente.

Por último, el consumo nocivo es entendido como el abuso de medicamentos o sustancias prescritas médicamente, en donde es posible encontrar que el usuario utiliza dosis más altas de lo recetado o, de otra manera, utiliza los medicamentos indicados a otra persona, ubicándose en riesgo a desarrollar efectos secundarios perjudiciales y daño a su salud (Babor, 2001; Klimas et al., 2018). Sin embargo, según Babor (2001), el consumo nocivo no necesariamente presentaría un consumo por dependencia.

Consecuencias del Uso y Consumo Problemático de Sustancias

El consumo problemático de alcohol, tabaco y otras sustancias se asocia con resultados adversos para la salud física, psicológica y social del consumidor (Staiger et al., 2013). Según la OPS (2021), entre los años 2013 y 2015, solo el consumo de alcohol ocasionó aproximadamente 85 mil muertes anuales en América; mientras que se estima cerca de 300 mil muertes al año en donde el consumo de alcohol es un factor importante que contribuye a la mortalidad. Por otro lado, el costo económico total del tabaquismo a nivel mundial alcanza los \$4 billones de dólares, derivados de gastos en salud y pérdidas en productividad (OPS, s.f.).

Además, se calcula que el consumo "per cápita" en países americanos es un 25% mayor que el promedio mundial, lo que alerta de un potencial problema para los Estados y la necesidad por tomar medidas de salud pública, nuevas políticas, junto con el desarrollo de "programas eficaces, viables y sostenibles para reducir el consumo de bebidas alcohólicas" (OPS, 2021). La OPS (s.f.) señala que los distintos trastornos ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas constituyen una carga problemática tanto para el usuario, generando

problemas potenciales sobre su salud física y mental, como para el medio que lo constituye, es decir, familias, comunidades y demás relaciones sociales del consumidor. Mientras que en América las drogas son usadas principalmente en países con ingresos altos, las consecuencias en salud por su dependencia ocurrirían desproporcionadamente en aquellos de ingresos entre medios y bajos, en donde la población tiene menor acceso a la salud (OPS, s.f.).

Por otro lado, el problema que acarrea el consumo excesivo de alcohol es de gran impacto. Johnson (2015) señala que el consumo desmesurado está asociado con mayor mortalidad; mientras Young (2016) encontró que su consumo diario también se vería asociado con mayor incidencia de seroconversión o riesgo a contraer VIH. Asimismo, el consumo problemático de alcohol conduce a diversas consecuencias, tales como sexo sin protección, encarcelamiento y el consumo de otras sustancias como drogas (Maynié-François, 2016). Se ha encontrado que la problemática relacionada al alcohol recae en que pone al consumidor en riesgo de contraer enfermedades hepáticas por Hepatitis C, mismas que, más adelante, en su progresión a cirrosis hepática traería consigo mayores tasas de problemas del estado de ánimo, ansiedad y trastornos de personalidad (Teplin, 2007).

Aunque no todas las personas son igual de vulnerables a consumir drogas, ni a experimentar las consecuencias negativas del abuso de alcohol; otras sí desarrollan patrones de consumo potencialmente dañinos que repercuten negativamente en áreas más amplias del individuo y su medio social (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2014).

Afectados por el Problema

Según la OMS (2018), el consumo problemático de alcohol y otras sustancias abarca una amplia población de distintas ubicaciones geográficas, culturas, rangos de edad, géneros, entre otros. Entre las muertes causadas por consumo de alcohol, la OPS (2021) estima que el

64,9% correspondía a personas menores de 60 años, siendo las hepatopatías la principal causa en un 63,9%, mientras que el 27,4% fueron ocasionados por trastornos neuropsiquiátricos como la dependencia de alcohol.

En el Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud del 2018 de la OMS (2018), se presenta que cerca de tres millones de personas murieron en el 2016 como consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo que equivale a 1 de cada 20 muertes. En el mismo informe se estima que el consumo riesgoso de alcohol añade un 5% más de mortalidad, entre los cuales las tres cuartas partes de los afectados son hombres. La OMS (2018) reporta que en el mundo aproximadamente “237 millones de hombres y 46 millones de mujeres padecen trastornos por consumo de alcohol”, siendo la prevalencia de consumo en hombres mayor en la Región de Europa (14,8%) que en América (11,5%); mientras que la prevalencia de mujeres consumidoras sería mayor en América (5,1%) en comparación de mujeres provenientes de países europeos (3,5%).

Por otro lado, según la OPS el tabaco es una de las principales causas de enfermedades y muertes evitables. Además, es el único producto legal que puede provocar la muerte en casi la mitad de sus usuarios, incluso si se sigue el consumo recomendado por el fabricante (OPS, s.f.). Sin embargo, la OMS menciona que cerca de 1300 millones de personas son fumadoras en el mundo, es decir, cerca del 20% de la población (OMS, 2019). Además, pese a que la brecha entre géneros ha disminuido con el pasar del tiempo, y las mujeres han presentado un mayor consumo de tabaco, informes de la OPS sugieren que los hombres presentan mayores tasas de consumo de manera general.

De acuerdo con el Informe Mundial sobre Drogas del 2021, publicado por la UNODC, se considera que aproximadamente 275 millones de personas, entre 15 y 64 años, consumieron drogas ilegales al menos una vez en el 2020, mientras que 36 millones sufrieron

trastornos debido a su consumo. En este mismo informe se describe que en los últimos 24 años el consumo de cannabis se ha multiplicado por cuatro en ciertos países. Según la UNODC (2021), cada vez son menos los adolescentes que consideran al consumo de cannabis como perjudicial pese a las advertencias sobre salud existentes, disminuyendo el cuidado sobre sus riesgos en un 40% de jóvenes. Por otro lado, en el mismo informe se identificó que el consumo de cannabis por parte de los jóvenes aumentó durante la pandemia.

Ante esto, el consumo de sustancias en la adolescencia es un tema que causa preocupación (OMS, 2023). Durante esta etapa, se pueden experimentar presiones sociales, cambios hormonales y emocionales, curiosidad y búsqueda de experiencias nuevas, factores que pueden predisponer a los jóvenes a consumir sustancias desde aquellas de mayor acceso, como el alcohol y tabaco, hasta marihuana y otras drogas ilícitas (CICAD, SSM y OEA, 2019). Reportes de Choquet et al. (2004) y Merline et al. (2004) resaltan que, en especial, los adolescentes y adultos jóvenes corren un mayor riesgo a consumir tabaco, alcohol, cannabis u otras drogas ilegales.

Tena-Suck et al. (2018) menciona que en diversos reportes se señala que entre los 13 y 25 años existe mayor vulnerabilidad y riesgo de consumo de sustancias ilegales que pueden causar potencial abuso y dependencia. Debido a que la edad de mayor riesgo a consumir sustancias se sitúa en el rango adolescente, el presente trabajo se enfocará en los adolescentes. El consumo de sustancias durante la adolescencia se asocia con mayor riesgo de dependencia y adicción en comparación con usuarios que consumen sustancias más tarde en la vida (Redonnet et al., 2012).

Consumo de Sustancias en la Adolescencia. Según el The Center for Adolescent Substance Use Research (CASAR, 2018), el consumo de sustancias comienza durante la adolescencia, por lo que programas de prevención e intervención temprana especializados

para este grupo es lógico con el objetivo de “reducir costos y ganar años productivos de vida” (CASAR, 2018, p.2). Erskine et al. (2015) señalan que el consumo de sustancias en jóvenes menores de 24 años constituye un problema de salud pública a nivel mundial. Los autores mencionan que diversas entidades públicas y privadas han dedicado esfuerzos para investigar este creciente fenómeno de salud.

Según la OMS, la adolescencia abarcaría desde la niñez hasta la edad adulta, es decir, el periodo desde los 10 hasta los 19 años (OMS, s.f.). Esta etapa representa un momento crucial en el desarrollo, ya que se experimenta un veloz crecimiento físico, intelectual y psicosocial que influye en la manera en que siente, piensa, decide e interactúa el adolescente con su entorno, además de que en esta se establecerán las bases para una buena salud (OMS, s.f.). Es decir, la adolescencia trae consigo cambios continuos a nivel físico, psicológico, emocional y social, mismos que determinan el estilo de vida a ser llevado por los jóvenes (Encalada et al., 2021).

Aunque la adolescencia es considerada como una “etapa saludable”, la OMS establece que “en su transcurso se producen muertes, enfermedades y traumatismos en una proporción considerable”, mismos que podrían ser prevenidos o tratados en relación con asumir pautas de comportamiento con respecto a alimentación, actividad física, uso y abuso de sustancias psicoactivas y referentes a sexualidad y su práctica (OMS, s.f.). Ante esto, se estima que cada año mueren aproximadamente 1,1 millones de adolescentes, y “entre los 15 y 19 años, los riesgos están relacionados más a menudo con comportamientos como el consumo de bebidas alcohólicas y las relaciones sexuales sin protección” (OMS, s.f.).

Encalada et al. (2021) mencionan que debido a que la adolescencia representa una etapa de alta vulnerabilidad por la experimentación-error, los jóvenes se encuentran propensos a cometer actos que comprometan su integridad personal, lo que resulta en el

consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas. Asimismo, la preocupación recae en que la introducción de sustancias psicotrópicas provoca un deterioro gradual a múltiples órganos, entre estos el cerebro, corazón y sistema nervioso central, que no solo compromete al bienestar del consumidor, sino que genera adicción o dependencia total (Encalada et al., 2021).

Prevalencia del Consumo. Los reportes internacionales enfocados en escuelas secundarias indican que las sustancias más consumidas por adolescentes serían el alcohol, marihuana e inhalantes, con un 46% de usuarios y cerca del 12% de estudiantes con dependencia (National Center on Addiction and Substance Abuse [CASA], 2011). Según los datos obtenidos a través de la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud de los Estados Unidos del 2019, cerca del 35% de estudiantes americanos de secundaria reportaron haber consumido alcohol durante el último año (CICAD, SSM y OEA, 2019). De manera similar, en informes del 2016 realizados por la OMS (2023) se encontró que más de una cuarta parte de adolescentes, aproximadamente 155 millones de jóvenes entre edades de 15 y 19 años, en mayor medida varones, “consumían ocasionalmente grandes cantidades de alcohol”.

Es así como el alcohol, según Matute y Pillon (2008), se convierte en la sustancia más consumida entre adolescentes escolarizados; mientras que, junto con el tabaco y el cannabis, estos tres se asocian al inicio del historial de dependencia a futuro en la adolescencia (Medina-Pérez y Rubio, 2012). Para Riquelme Hernández et al. (2012) el “policonsumo”, explicado como la combinación del alcohol y el tabaco con otras sustancias, representa otro problema visible en la adolescencia que conduciría al progresivo consumo de drogas ilegales.

Situándonos en Hispanoamérica, comparando las Encuestas Nacionales de Adicciones de México de los periodos correspondientes al 2002 y 2011, se revela que el consumo de alcohol en la adolescencia tuvo un incremento significativo desde el 35,6% durante el 2002,

hasta el 2011 con 42,9% de consumidores (Benjet et al., 2009). Simultáneamente el consumo de marihuana hasta el 2011 incrementó hasta un 23,7%, mientras que el de inhalantes al 22,2% (Benjet et al., 2009). Aquí mismo, se encontró que en México hay más consumidores adolescentes hombres que mujeres, “a razón de siete hombres por cada tres mujeres” (Tena-Suck et al., 2018, p.267).

Al mismo tiempo y con respecto al tabaco, aunque las cifras pueden variar de acuerdo a las regiones, según los reportes de la OMS del 2018 se calculó que a nivel mundial cerca del 10% de jóvenes entre los 13 y 15 años son fumadores regulares. Además, es posible entender que la edad de inicio de estos consumidores actuales fue en su adolescencia (OM, 2023). Sin embargo, la preocupación recae en la variedad de alternativas en las que se presenta la nicotina, una sustancia altamente adictiva que es capaz de interferir en el desarrollo normal del cerebro, mismo que alcanza su maduración a los 25 años aproximadamente (OMS, 2023).

Según el Informe Mundial sobre Drogas de 2021 de la UNODC, se considera que a nivel mundial la marihuana es la droga ilegal más consumida. Por medio de la revisión de Melchior et al. (2008) se aprecia que la edad de consumo es importante. La prevalencia del consumo de sustancias tendería a disminuir entre los 20 y 30 años, con excepción del tabaco (Melchior et al., 2008). Sin embargo, en investigaciones realizadas por Schulenberg et al. (2005) y Redonnet, et al. (2012) se muestra que una fracción significativa de adultos jóvenes continuaría usando y abusando tanto de alcohol como de otras drogas ilegales incluso cuando se ha alcanzado la adultez.

En el Ecuador, Moreta-Herrera et al. observaron durante el año 2018 que el consumo de sustancias solo en adolescentes durante el último mes correspondía al 31% para alcohol; 10% para tabaco; 5,8% en cannabis; 3,6% cocaína y derivados; 3,4% en inhalantes; 2,9% de tranquilizantes; 2,2% de estimulantes y el 0,82% en heroína. Asimismo, en resultados anuales

reportados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) se presenta a la marihuana como la primera sustancia ilegal más consumida en el Ecuador, con un 14,88% de prevalencia, entre consumidores de edad promedio de 14 años (Venegas y Robayo, 2018). En este mismo informe, la segunda droga con mayor demanda sería la cocaína, con un 14,72% de prevalencia entre los jóvenes. Por último, la heroína, también denominada “H”, ocuparía el tercer puesto en consumo con un 14,39% de adolescentes según los autores.

Factores que Contribuyen al Problema

Para Dube et al. (2003), desde factores genéticos, trastornos del desarrollo, el uso y abuso de sustancias por parte de padres, hasta experiencias familiares adversas, como la violencia y/o negligencia infantil, todos estos representan predictores tempranos comunes que determinarán el riesgo a abusar de sustancias en un futuro.

Factores Genéticos. Estudios en gemelos monocigóticos y dicigóticos por parte de Wang et al. (2012) explican que la susceptibilidad genética de los hijos de padres con un trastorno por consumo de alcohol alcanza hasta un 40% y 60% de vulnerabilidad respectivamente. Asimismo, estudios centrados en jóvenes adoptados demuestran que los hijos de padres con dependencia al alcohol, criados en familias libres de consumo de sustancias, poseen la misma predisposición a padecer alcoholismo que los hijos de padres dependientes que conviven con sus respectivos padres biológicos (Uhl, 2006). Wang et al. (2012) estiman que aproximadamente 1500 genes están vinculados al consumo de sustancias, junto con diversos polimorfismos genéticos.

Factores Biológicos

Sexo. En el reporte de Moreta-Herrera et al., realizado durante el 2018, en Ambato, Ecuador, se corrobora que la vulnerabilidad a consumir alcohol difiere de acuerdo con el

sexo. A través del análisis de muestras, obtenidas por el informe de la OEA y CICAD en el 2011, se probó que la problemática puede evidenciarse fácilmente entre hombres jóvenes en comparación con mujeres en la misma etapa de vida, incluso siendo los hombres adultos de la población universitaria el siguiente grupo más afectado antes que las mujeres en la etapa adolescente o durante la pre-adolescencia (Moreta-Herrera et al., 2018). Además, los adolescentes hombres se encuentran más expuestos a acceder a sustancias ilegales en comparación con las mujeres (Moreta-Herrera et al., 2018).

En general, las mujeres parecen mostrarse más sensibles ante el problema que representa el consumo de sustancias ilícitas, además de ser más conscientes sobre los posibles riesgos y efectos del abuso, menor resistencia a la presión de pares y con menos actitudes dirigidas hacia la experimentación y continuación del consumo de drogas (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2014). Además, Moreta-Herrera et al. (2018) explican que la edad es otro factor de riesgo que se manifiesta en la salud física general y mental de los adolescentes, por lo que existiría mayor vulnerabilidad tanto al inicio como a la exposición de drogas mientras más corta sea la edad. Por un lado, aunque la corta edad genera cierta tendencia hacia la experimentación hacia el alcohol, el nivel de educación y la formación de valores previene actitudes de consumo (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2014).

Factores Ambientales. Uhl (2006) menciona que los factores ambientales tendrían influencia directa en la edad de inicio del consumo, mientras que la parte genética tendría mayor importancia en cuanto a la “transición del consumo”, es decir, de pasar de un consumo regular a un trastorno por consumo de sustancias.

Historia Familiar. Para Redonnet et al. (2012), los problemas alrededor de la familia también confluyen en el abuso de sustancias. Farrington y Welsh (2007) mencionan que en familias situadas en barrios de bajo nivel económico-social es posible observar mayor

exposición al abuso de sustancias de los padres y/o cuidadores, a la vez que es más probable encontrar trastornos psiquiátricos no tratados y delitos por la falta de conocimiento sobre problemas de la salud mental y conductual. Asimismo, Redonnet et al. (2012) explican que la exposición a problemas psicosociales por parte de los padres y el crecer en un hogar monoparental también tendrían un efecto moderado en el posterior consumo y abuso.

En encuestas longitudinales realizadas por Blow et al. (2005) a una muestra de 6000 jóvenes británicos de entre 11 y 18 años del British Youth Panel, Reino Unido, se confirmó la relación inversa con respecto a los ingresos de la familia y el consumo de tabaco en adolescentes. En el mismo estudio se determinó que tanto el nivel educativo parental como el consumo de sustancias entre familiares ejercerían una influencia prominente en el consumo del adolescente. No obstante, y quizá lo más impactante del estudio de Blow et al. (2005) es que, a través de varios años de seguimiento, se corroboró que estas familias, incluso al aumentar sus ingresos familiares, no disminuirían en su consumo posterior; contrario a lo esperado, se desarrollaría un comportamiento opuesto que reforzaría el abuso ilícito (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2014).

Por otro lado, Allen et al. (2003) señalan que los adolescentes se encontrarían en mayor riesgo de abusar de sustancias cuando uno o ambos padres son consumidores, existe historial de violencia intrafamiliar, y/o habría un pobre manejo emocional. Además, estudios a manos de Cleveland et al. (2008) reportan que una familia separada, independientemente de la causa (abandono, muerte, divorcio, etc.), posee mayor riesgo a que entre sus miembros exista consumo de sustancias. Por otro lado, las relaciones cálidas con los cuidadores y la correcta supervisión familiar funcionarían como factores protectores ante el inicio del consumo (Cleveland et al., 2008).

Estatus Socioeconómico Bajo. Según lo explicado por Dube et al. (2003), aún no se conoce con claridad si el estatus socioeconómico en la niñez predeciría el uso de drogas ilícitas en etapas tempranas como la adolescencia.

El análisis exhaustivo de Daniel et al. (2009) de 16 estudios longitudinales de distintos países que examinaban la asociación entre estatus socioeconómico y abuso de drogas, reveló una correlación relativamente baja entre el nivel socioeconómico bajo y el consumo de cannabis más adelante en la vida. Esto contrarresta con lo encontrado por Hanson y Chen (2007), y Fothergill y Ensminger (2006), en donde fue posible observar mayor riesgo de abuso de sustancias en entornos socioeconómicos desfavorecidos de países industrializados como Estados Unidos, Nueva Zelanda, Francia, Países Bajos y Alemania.

De manera particular, por medio de análisis de muestras transversales en Francia, se estima que el 6% de la población adulta joven cumpliría con criterios para un trastorno relacionado con el consumo/abuso de alcohol (Beck et al., 2006). Los autores demuestran que, aunque el consumo de tabaco disminuye con el paso del tiempo y el de cannabis puede estabilizarse, las tasas de abuso de alcohol van en aumento. Junto a lo expuesto por Beck et al. (2006) y Redonnet et al. (2012) se señala que los logros educativos jugarían un papel fundamental bidireccional, ya que el desempeño educativo disminuiría a causa del consumo.

Pese a que se estima que el 83% de la población francesa posee un título de escuela secundaria, existe una baja participación laboral que al mismo tiempo predispone a empleos temporales a un 51% (Beck et al., 2006). Esta inestabilidad financiera, para Baumann et al. (2007) genera disparidades socioeconómicas con respecto al consumo de tabaco; sin embargo, hace falta obtener características de la vida temprana para entender el fenómeno de manera más clara.

Acceso Limitado a Servicios de Salud. Como es presentado por Redonnet et al. (2012) en su revisión, el factor de riesgo compartido entre las diferencias personales y/o familiares y el consumo de sustancias ilegales es explicado en gran medida por un estatus socioeconómico deficiente. Por ejemplo, problemas de comportamiento, como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastornos de Conducta, baja competencia cognitiva y otras condiciones que necesitarían de atención especializada, rara vez serán identificadas de manera válida o con asistencia debido al limitado acceso a salud de un estatus bajo (Schulenberg et al., 1994).

De esta manera se indica que el estatus económico efectivamente influye en el riesgo de desarrollar problemas con respecto a drogas ilícitas más adelante en la vida y, a su vez, deja a entrever la transmisión a través de generaciones de inequidades con respecto al área de salud pública (Redonnet et al., 2012).

Fracaso Escolar. El fracaso escolar se entiende como la obtención de calificaciones bajas o incompletas (Redonnet et al., 2012). En estudios de longitudinales a 1,4 millones de residentes suecos que habían fracasado escolarmente a los 15 años se encontró que estos presentaban mayor riesgo a abusar de sustancias más adelante en la vida, aproximadamente alrededor de los 25 años, en comparación con sus pares sin este indicador y con un nivel socioeconómico igual de bajo (Fletcher, et al., 2009).

Para Fletcher, et al., (2009) el riesgo asociado con el fracaso escolar supera al riesgo relacionado a un nivel socioeconómico deficiente. No obstante, Redonnet et al. (2012) resaltan que, aunque el fracaso escolar sería importante al momento de determinar el riesgo a consumir sustancias, el que los jóvenes provengan de hogares económicamente insustentables definitivamente sólo duplica el riesgo de presentar problemas relacionados al consumo de

drogas ilícitas en comparación con niños criados en hogares con ingresos estables, altos, o socio-demográficamente ajustados.

La problemática presentada por Fletcher et al. (2009) recae en que el fracaso escolar no sólo representaría un indicador de un aparente rendimiento académico deficiente, sino que podría ser considerado como un marcador hacia varias vías, entre las que se encuentran los problemas relacionados con las drogas. De esta manera, experimentar problemas académicos puede llevar a un prominente malestar psicológico que, al mismo tiempo, puede desembocar en el consumo de sustancias ilícitas entre adolescentes con el objetivo de aliviar dicha angustia escolar (Fletcher et al., 2009).

Un hallazgo particular al revisar los datos registrados en Statistics Sweden del 2012, fue que jóvenes suecos provenientes de familias con un estatus socioeconómico alto presentaban una fuerte asociación entre el fracaso escolar percibido y el desarrollo de problemas de consumo en relación al consumo de drogas ilícitas (Redonnet et al., 2012). De manera particular, se encontró que la angustia psicológica, la exigencia de la familia o incluso las expectativas autoimpuestas por los jóvenes sobre “éxito académico” serían los principales factores de riesgo que habrían participado en la decisión por consumir (Statistics Sweden, 2012).

Asimismo, la “desventaja intergeneracional” también tiene un efecto en el desempeño escolar deficiente, ya que existe un acceso restringido a los recursos financieros, sociales y culturales que apoyan a los resultados educativos (Redonnet et al., 2012). En el informe de Statistics Sweden del 2012 se destaca que el nivel de educación de los padres, mismo que se correlaciona de forma estrecha con el estatus socioeconómico familiar, también desempeñaría un rol esencial en el consumo del adolescente. Pese a que la educación puede ser valorada en el hogar, independientemente del nivel social o económico, es posible que aquellos de un

nivel más bajo estén menos equipados para ayudar a sus hijos con las opciones educativas, trabajos escolares y la comunicación asertiva hacia autoridades, situación que también genera otra desventaja (Redonnet et al., 2012).

Presión Social. Fletcher et al. (2009) resaltan que el consumo de sustancias y fracaso escolar también pueden estar incitados en la necesidad por “pertenecer a grupos y pares”. Los jóvenes tienen alto riesgo a ser influenciados por distintos aspectos biopsicosociales entre los cuales se encuentran la inmadurez neurobiológica, que los lleva a ser impulsivos, mostrar actitudes temerarias y a cometer repetidos errores de juicio comunes de la etapa (Steinberg, 2008). No obstante, esta característica propia del desarrollo adolescente también los sitúa en mayor riesgo a consumir sustancias y desarrollar conductas impulsivas debido a la deficiencia en el manejo emocional y toma de decisiones (Steinberg, 2008). Debido a esto, Steinberg (2008) indica que los jóvenes podrían tener pocas conductas de autocuidado, siendo propensos a sucumbir ante la presión social de pares.

Durante la adolescencia existe mayor exposición al consumo ilícito de drogas en grupos de pares en donde se fomenta el ausentismo escolar y bajas expectativas con respecto a la escuela (Fletcher et al., 2009, y Redonnet et al., 2012). Todo esto genera un efecto progresivo y potencialmente peligroso para los jóvenes, ya que el desempeño escolar se convierte en un criterio de selección para continuar con estudios de escuela secundaria y nivel superior, lo que al mismo tiempo determina las posibilidades futuras de recibir educación universitaria, obtener empleo y una serie de aspectos relacionados al contexto socioeconómico (Redonnet et al., 2012).

Entorno Rural. Pese a las características individuales, el comportamiento está condicionado por agentes más amplios que inciden directamente en el desenvolvimiento de

los individuos, ya sea en el barrio, escuela o incluso la entidad territorial al que el adolescente se expone (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2014).

Encalada et al. (2021) estiman que hace aproximadamente 20 años el consumo de sustancias ilícitas era predominante en un rango de edad mayor, siendo la edad promedio de consumo entre 21 y 35 años. El autor señala que, hace algunos años, esta accesibilidad a drogas habría estado mediada por el costo, la dificultad con la que las sustancias podían ser encontradas, el entorno en el que se desenvolvía el consumidor, e incluso su necesidad por desviar sus emociones y preocupaciones en otras actividades. Sin embargo, hoy en día el rango de edad adolescente es el principal agente de consumo, siendo los jóvenes entre 12 y 18 años que cursan la escuela secundaria los que tendrían vasto acceso a dichas sustancias (Encalada et al., 2021).

Redes Sociales. Según lo expuesto por Encalada et al. (2021), la popularidad del internet, redes sociales, la publicidad e imagen de artistas, indirectamente promueven el consumo de drogas como un “nuevo estilo” de recreación o diversión. Hoy en día, los medios tecnológicos carecen de filtros de edad, por lo que el contenido puede ser distorsionado en una etapa crítica del desarrollo como lo es la adolescencia (Encalada et al., 2021).

Solo en Ecuador, Franco (2016) encontró por medio de encuestas que el 19% de alumnos desde octavo a décimo de bachillerato aceptaron haber consumido drogas como sugerencia de lo presentado en redes sociales. El autor señala como segunda causa de consumo a la curiosidad creada a través de videos y tutoriales; mientras que como tercer motivo de acceso a sustancias ilícitas por primera vez se destaca la sugerencia de pares y la facilitación gratuita por parte de otros conocidos.

Factores Individuales. Babor y Kadden (2005) hacen hincapié en que los factores de personalidad también están involucrados en el inicio y mantenimiento del uso de sustancias.

Jonah et al. (2001) en estudios enfocados en la población universitaria encontraron que aquellos que puntuaban alto en la medida de personalidad “búsqueda de sensaciones” eran más proclives a mostrar conductas de riesgo asociadas a conducir de manera impulsiva, beber con más frecuencia, presentaban mayor probabilidad a conducir después de beber, junto con una marcada tolerancia al alcohol.

Ante esto, Babor et al. (1989) señala la fuerte asociación entre el rasgo de la sociopatía y el consumo regular de sustancias, debido a las tendencias de búsqueda extrema por estimulación, seguida por la incapacidad tanto para inhibir el comportamiento en curso como de aprender del castigo.

Actitud hacia el Consumo. Alarcón et al. (2015) señalan como principales causas del primer contacto a la “motivación hedónica”, entendida como la búsqueda de sensaciones placenteras; en segundo lugar, la “presión social del grupo de iguales”, que tiene como objetivo reducir la tensión percibida; y, como tercer punto, el “deseo de exploración” junto al pobre conocimiento de posibles repercusiones.

Desde el punto de vista psicológico, Oliva et al. (2008) explican que las representaciones sociales del joven, los juicios de valor con respecto al uso de sustancias, junto con las actitudes propias del individuo permitirían que el adolescente disponga del consumo como una manera de ajustarse psicológicamente y adaptarse a las demandas que el medio implícitamente exige.

Asimismo, Moreta-Herrera et al. (2018) mencionan que, de manera subjetiva, ciertos esquemas mentales, las construcciones afectivas y cognitivas sobre las sustancias podrían modificarse favoreciendo al consumo y habituación hacia las sustancias. Sin embargo, para los autores, otros marcadores macrosociales como la permisibilidad y aceptación social de la conducta ejercen una presión fuerte en el inicio y desarrollo del uso regular de drogas.

Estrategias Empleadas

Al revisar reportes públicos a nivel internacional se ha concluido que anualmente cerca de 2 millones de ingresos son registrados en las salas de urgencias debido al consumo y abuso de sustancias (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2010). Debido a esta demanda, es necesario que el personal de salud evalúe de manera rápida y competente a los usuarios (SAMHSA, 2010).

Tena-Suck et al. (2018) señala que el personal especializado para la evaluación de consumo requiere de conocimientos en el área de psicología/consejería, habilidades de recursos humanos e incluso actitudes para que los adolescentes puedan ser abordados de una manera oportuna, creando una relación de confianza, reconociendo su autonomía y utilizando estrategias que inciten al joven consumidor a reportar la verdad para intervenir lo antes posible. Asimismo, los autores sugieren implementar estrategias de screening, tratamiento y prevención como manera de contrarrestar al fenómeno socioeconómico de las drogas tanto en adolescentes como adultos.

Estrategias de Screening. Debido a la creciente demanda, la poca disponibilidad de personal para los diversos organismos de salud y grupos de intervención, además de la falta de entrenamiento, en México se ha propuesto adoptar una serie de pruebas rápidas de auto reporte conocidas como Screening, Brief Intervention, Reference to Treatment o algoritmo “SBIRT”, mismas que evaluarán desde la presencia, frecuencia y cantidad de sustancia consumida, hasta los efectos adversos y situaciones asociadas que fomentan el consumo (Tena-Suck et al., 2018). Los autores describen que dentro del SBIRT podrían ser utilizadas pruebas como el CRAFFT, AUDIT, POSIT, CAD-20, BEDA y ASSIST, mismas que son de rápida aplicación, eficaces y toman un tiempo muy corto en el auto reporte escrito.

La importancia de las pruebas de detección se encuentra en su capacidad para evaluar los factores de riesgo, los cuales pueden ser genéticos, conductuales o ambientales (Tena-Suck et al., 2018). Asimismo, la detección permite distinguir entre aquellos que podrían beneficiarse de una intervención mínima y otros que pueden requerir una evaluación diagnóstica adicional o un posible tratamiento (Babor y Kadden, 2005).

Por un lado, el equipo de Kirisci et al. desarrolló una prueba rápida en el 2013, en Estados Unidos, de tres a cuatro minutos de duración para la detección de algún trastorno por consumo de sustancias en adolescentes. La réplica del “Drug Use Screening Inventory-Revised” (DUSI-R) fue administrada a una muestra de 329 jóvenes varones de edades entre 12 y 19 años en tres ocasiones. Por lo explicado por Kirisci et al. (2013), los ítems seleccionados para la creación del DUSI-R Quick Screen (DQS) consistieron en los principales del Substance Involvement Index y la Problems Severity Index. Finalmente, el equipo concluyó que la sensibilidad del DQS para la detección de problemas actuales en adolescentes oscilaba entre un 93% al 100% de efectividad; mientras que era capaz de predecir el futuro consumo en el mismo rango de edad hasta en con 75% de exactitud.

En el 2009 en Pensilvania, Estados Unidos, Kelly et al. (2009) realizaron la comparación de seis pruebas de tamizaje para la detección de abuso o dependencia de alcohol en 181 adolescentes consumidores entre 18 y 20 años recluidos de dos departamentos de emergencias. Entre las pruebas empleadas se encontraron el AUDIT-C, RAPS4-QF, el FAST, CRAFFT, RUFT-Cut y una escala de 2 ítems del DSM-IV, mismas que fueron administradas y comparadas durante tres días. Se concluyó que todos los instrumentos eran eficaces al momento de filtrar el consumo de alcohol, sin embargo, el mejor desempeño para la detección de Trastorno por Consumo de Alcohol lo obtuvo la escala de 2 ítems del DSM-IV, con un 88% de sensibilidad y 90% de especificidad (Kelly et al., 2009). El equipo también señala que

el FAST y AUDIT-C también pueden ser recomendadas como un método de screening rápido debido a su desempeño.

Por último, Babor y Kadden (2005), en su revisión de instrumentos de screening para la detección temprana del uso y abuso de sustancias implementados en Estados Unidos, recomiendan y señalan la susceptibilidad, confiabilidad y validez de tests como el POSIT, Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI), The Personal Experience Screening Questionnaire (PESQ), y The Drug and Alcohol Problem (DAP) para adolescentes.

Al mismo tiempo, los autores también mencionan la importancia de las pruebas de detección biológicas como lo son los análisis de orina, pruebas de cabello y pruebas de saliva, mismos que serían más objetivos en la evaluación (Babor y Kadden, 2005).

Estrategias de Tratamiento. Según Babor y Kaddel (2005) y Tena-Suck et al. (2018) otro requisito en el enfoque de salud pública, seguido de la detección temprana de los trastornos por uso de sustancias, sería la realización de un tratamiento adecuado. Según Babor y Kaddel (2005), el término “intervención” se refiere a realizar un esfuerzo, independientemente de su naturaleza, para brindar información, asesoramiento, aumentar la motivación, enseñar habilidades consistentes o brindar un tipo de terapia intensiva en relación con la problemática, es decir, el cese del uso de sustancias.

Por medio de metaanálisis realizados por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), se encontró que entre los individuos con trastornos por consumo de alcohol (AUD), el 38% buscaba tratamiento por consumo de opiáceos; el 45% de personas buscaba tratamiento debido a su dependencia a estimulantes; mientras que el 28% consumía heroína, y todos consumían más de 40gr de alcohol diario (Klimas et al., 2018).

Por otro lado, Klimas et al. (2014) resaltan en su revisión que entre las intervenciones frecuentemente utilizadas para el tratamiento por AUD se incluyen la entrevista motivacional (MI), la terapia cognitivo-conductual (CBT), los enfoques psicodinámicos e intervenciones breves de terapia familiar, asesoramiento sobre drogas, programas de 12 pasos, el uso de grupos/comunidades terapéuticas y rehabilitación vocacional (RV).

En la revisión de Babor y Kaddel de intervenciones aplicadas en Estados Unidos, las menos costosas involucrarán conversaciones motivacionales breves entre el usuario y un médico especializado o consejero (2005). Los autores describen que la Terapia Conversacional consistiría en máximo tres sesiones de corta duración; mientras que un tratamiento psicoterapéutico breve tomaría entre 3 a 15 sesiones, mismas que deberán ser brindadas por un psicólogo especializado.

Bien et al., en 1993 evaluó 32 estudios controlados que involucraban a más de 6000 pacientes sometidos a intervenciones breves con distintos enfoques para el tratamiento del consumo nocivo de alcohol. En el estudio se concluyó que la prognosis del consumo puede ser modificado efectivamente mediante intervenciones breves de atención primaria. Por otro lado, Kahan et al. (1995) revisaron 11 ensayos de intervención breve y concluyeron que todos estos métodos fueron efectivos en cuanto a prevención, además de ser de bajo costo para los consumidores de alcohol.

Estrategias de Prevención. Botvin et al. (2007) señalan factores fundamentales para que los programas de prevención de uso de sustancias sean efectivos. Entre estos se destacarían la necesidad por abordar factores de riesgo y protección, brindar información apropiada para la población objetivo, incluir material que ayude a los jóvenes a examinar y resistir posibles presiones alrededor del uso de drogas, ofrecer capacitación integral en habilidades personales y sociales, todo esto junto con métodos interactivos y sensibles a la

cultura como el lenguaje. Asimismo, estos programas adquirirían mayor relevancia al ser impartidos a la familia, escuela y comunidad del usuario (Botvin et al., 2007).

Chakravarthy et al., (2013) señala como un programa de prevención familiar efectivo a la Terapia Familiar Multidimensional (MDFT), diseñado para adolescentes que abusan de sustancias, aquellos en riesgo y otras conductas problemáticas. Según lo explicado por el autor, el MDFT se enfocaría en el desarrollo de habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, promoviendo una mejor toma de decisiones; además, ayuda a la familia a mejorar el funcionamiento interpersonal como un factor de protección. Ante esto, Liddle et al. (2002) compararon la MDFT con la Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) individual y descubrieron que, aunque ambos tratamientos eran prometedores, la MDFT era más eficaz para tratar la gravedad del problema de consumo de sustancias. Además, a largo plazo los resultados de la Terapia Familiar fueron más duraderos (Liddle et al., 2002).

Por otro lado, el NIDA (2010) propone los beneficios de incorporar programas de prevención comunitarios y escolares en la prevención del abuso de sustancias. Es más, la introducción de programas a una edad temprana es mucho más efectiva al momento de abordar factores que precipiten al consumo de sustancias en el futuro, además de conductas como la agresión temprana, habilidades sociales deficientes y/o dificultades académicas (NIDA, 2010). Entre los programas escolares de mejor acogida mencionados por el NIDA se encontraría el “Reconnecting Youth” (RY), el cual se enfoca en estudiantes de secundaria con bajo rendimiento escolar y en potencial riesgo de no completar su educación por conductas problemáticas, como abuso de sustancias, depresión, agresión o conductas suicidas.

Los objetivos del RY son aumentar el rendimiento escolar, reducir el consumo de drogas y aprender habilidades para controlar tanto el estado de ánimo como las emociones (NIDA, 2010). Además, se explica que el programa promueve el trabajo en grupos pequeños

para fomentar la vinculación positiva entre compañeros, mientras se capacita en habilidades sociales. Según el NIDA (2010) en estudios que implementaron el RY se demostró que este mejoraba el rendimiento escolar en un 20%, disminuía la deserción escolar, reducía el consumo de drogas en un 60%, y disminuyó los problemas de consumo de drogas.

2. Instrumentos para la Detección Temprana de Uso y Consumo Problemático de Sustancias para la Población Adolescente

Según Bertini et al. (2014), existe una necesidad creciente en el campo médico con respecto a la prevención, detección y manejo de los problemas alrededor de la salud del adolescente. Debido a esta demanda, es necesario la utilización de instrumentos estructurados con el objetivo de mejorar la detección de posibles trastornos relacionados al consumo de sustancias (Bertini et al., 2014). Ante esto, los autores sugieren que el POSIT y el CRAFFT serían ideales por su fácil administración y capacidad de evaluar tanto problemas específicos en la vida del joven como los factores de riesgo asociados al abuso o dependencia.

Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT).

El POSIT es un instrumento diagnóstico diseñado por el NIDA y el National Institutes of Health en 1991, como parte del “Sistema de Evaluación y Referencia del Adolescente (AARS)”. La versión original cuenta con 139 reactivos que cubren 10 áreas a ser analizadas: “uso y abuso de sustancias, salud física, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés vocacional, habilidades sociales, entretenimiento y recreación, y conducta agresiva/delictiva.” (Sánchez Guerrero et al., 2008, p.2). Entre sus validaciones, en 1997 se elaboró una versión de 81 ítems para los jóvenes adolescentes, tanto hombres como mujeres entre 13 y 19 años, siendo este adaptado por la Universidad Nacional

Autónoma de México y el Instituto Nacional de Psiquiatría “Juan Ramón de la Fuente Muñiz” (Sánchez Guerrero et al., 2008).

Esta versión en español sirve como instrumento de detección para brindar la atención oportuna a usuarios de drogas, personas en riesgo o vulnerables (Sánchez Guerrero et al., 2008). Además, los autores mencionan que es administrada a manera de autoreporte y en grupos o individual, en caso de ser solicitada por el usuario o como parte de una entrevista clínica inicial. Por último, el POSIT también permite añadir u omitir variables sociodemográficas que sean consideradas como oportunas según los objetivos establecidos de evaluación (Sánchez Guerrero et al., 2008).

Con propósito de detectar problemas específicos en adolescentes que usan y/o abusan de drogas el POSIT es recomendado por la COPOLAD (Mariño et al., 1998). La Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Nacional de Psiquiatría “Juan Ramón de la Fuente Muñiz” validaron al POSIT en 1997 para la población mexicana juvenil, es decir, tanto hombres como mujeres entre 13 y 19 años, independientemente de su ocupación y escolaridad (Mariño, et al., 1998). La muestra la conformaron n= 310 adolescentes en tratamiento para el abuso/uso problemático de sustancias. Para la aplicación de esta escala se necesitó adaptar la versión de habla hispana a un lenguaje apropiado para los adolescentes mexicanos.

De esta manera, Mariño et al. (1998) mencionan que de los 139 reactivos únicamente 32 fueron modificados según el idioma y cultura con lo que se logró un entendimiento satisfactorio al momento de emplearlo. Al concluir el estudio, se encontró que 81 (58.3%) de los 139 ítems iniciales, pertenecientes a siete áreas del POSIT, presentan un rendimiento satisfactorio para identificar problemas relacionados con el consumo de sustancias entre adolescentes mexicanos. Estas áreas abarcan aspectos vinculados a la salud mental, relaciones

familiares, amistades, nivel educativo, intereses vocacionales y conducta agresiva/delinuencia. Sin embargo, se identificaron 3 áreas funcionales: salud física, habilidades sociales, entretenimiento y recreación que no poseen una validez satisfactoria en esta versión debido a la escasa cantidad de reactivos y la baja consistencia entre ítems, obteniendo valores alfa menores a .50.

En el 2018 se realizó una validación para la población española a manos de un grupo de investigadores de la Universidad de Santiago de Compostela, conformado por Araujo et al. La muestra fue conformada por 569 estudiantes entre 12 y 18 años de la comunidad autónoma de Galicia en dos etapas. Finalmente se corroboró la validez del POSIT comparando los resultados obtenidos en este test con el Adolescent Diagnostic Interview, informando que la versión española del POSIT tendría un comportamiento psicométrico superior tanto por su consistencia interna ($\alpha=.82$) sensibilidad (94,3%) y especificidad (83,9%) (Araujo et al., 2018).

Car, Relax, Alone, Forget, Family and Friends, Trouble (CRAFFT).

La escala CRAFFT es un instrumento de evaluación de salud, creado en 1999 por el Boston Children's Hospital por Knight y colaboradores, además de psiquiatras especializados en farmacodependencia (Knight et al., 1999). El CRAFFT permite identificar el uso de sustancias, el riesgo asociado a conducir y/o montar en bicicleta en presencia de sustancias y la existencia o curso de un trastorno por uso de sustancias en una población entre 12 y 21 años (The Center for Adolescent Substance Use Research, 2018). Recomendado por la National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), se destaca por su concisión y alta eficacia como un complemento en el campo de la salud, al utilizarse para detectar e intervenir de forma temprana en el consumo de sustancias en adolescentes de diversos

contextos socioeconómicos y étnicos (The Center for Adolescent Substance Use Research, 2018).

La escala original comprende seis preguntas que valoran tanto el consumo como el nivel de riesgo asociado al uso de sustancias. (Knight et al., 1999). Es así como, según los autores, una puntuación mayor a dos (>2) alerta sobre la presencia o el riesgo de consumo, siendo recomendada la realización de una evaluación exhaustiva.

La primera validación de la escala fue realizada a manos del equipo de Knight et al. (2002) en 538 participantes de edades entre 14 y 18 años que llegaron para atención médica rutinaria en el Hospital de Boston. Aquí se encontró una sensibilidad general del 76%, junto con la especificidad del 94%; además, se observó un valor predictivo positivo de 0,83 y un valor predictivo negativo de 0,91 (Knight et al., 2002). Asimismo, en cuanto a la detección de "cualquier desorden", se logró una sensibilidad del 80% y una especificidad del 86%, con un valor predictivo positivo de 0,53 y un valor predictivo negativo de 0,96. Para la identificación de casos de "dependencia", la sensibilidad del test fue del 92%, mientras que la especificidad fue aproximadamente del 80%, con un valor predictivo positivo de 0,25 y un valor predictivo negativo de 0,99 (Knight et al., 1999).

En el 2013, Cote-Menéndez et al., realizaron un estudio para la validación de la escala CRAFFT, para la población de jóvenes colombianos. Para este estudio se evaluó la validez de criterio en la cual se calculaba la sensibilidad, especificidad y valores predictivos de esta herramienta. Finalmente, se validó la versión colombiana para adolescentes mediante la obtención de una sensibilidad del 95%, una especificidad del 83%, y valores predictivos de 0.94 (Cote-Menéndez et al., 2013).

Otra validación hispanohablante de la escala CRAFFT se realizó en Argentina por el equipo de Bertini et al. (2014) para la población adolescente. Para el estudio se reclutaron a

286 participantes y compararon los resultados obtenidos en el CRAFFT experimental, con una versión validada de la escala POSIT, por medio de la cual se encontró una sensibilidad de 59%, especificidad del 88% y valor predictivo de 78%, lo cual demuestra que la adaptación idiomática del CRAFFT sería efectiva entre pruebas para esta población.

3. Adaptación y Validación de Instrumentos de Psicométricos

En la siguiente revisión se pretende explicar dos procesos que se llevarán a cabo en la investigación, los cuales son la adaptación y validación del POSIT y CRAFFT. La OMS aboga por la creación y utilización de indicadores de salud estandarizados, específicamente, exige el uso de herramientas validadas en el campo de la salud con el propósito de facilitar la comparación de estudios a nivel internacional (Carvajal et al., 2011). Es así como la estandarización y validación de estos instrumentos garantizan la fiabilidad y comparabilidad de los datos recopilados en diferentes países y contextos, lo que permite obtener información precisa y significativa sobre la salud a nivel global (Patrick y Erickson, 1993).

El proceso de traducción de un cuestionario es esencial para asegurar la validez del instrumento en distintas culturas (Carvajal et al., 2011). Sin embargo, la adaptación transcultural no se trata simplemente de una traducción directa del cuestionario, sino que requiere seguir una metodología adecuada para asegurar la equivalencia cultural, de contenido y lingüística con respecto a su población (Maneesriwongul y Dixon, 2004). Sin duda alguna y como lo señala Carvajal et al. (2011) la forma de plantear preguntas y el lenguaje utilizado pueden generar sesgos. Sin embargo, los autores añaden que los factores culturales también desempeñan un papel importante. La cultura puede influir en la validez de una misma pregunta en distintos idiomas o incluso en países que comparten la misma lengua, haciendo que la adaptación del instrumento sea esencial (Carvajal et al., 2011).

Debido a esto es por lo que, para utilizar un cuestionario de manera confiable, es fundamental verificar que mida adecuadamente, de manera consistente y en circunstancias similares, siendo sensible a los cambios alrededor de la situación clínica y no presente dificultades en su aplicación práctica (Carvajal et al., 2011). Este proceso de verificación de sus características se denomina validación. Para Argimon y Jiménez (2004) validar una versión de un cuestionario en un idioma diferente al original implica primero adaptar culturalmente el cuestionario al contexto donde se pretende utilizar, para más adelante verificar nuevamente que retiene las propiedades psicométricas apropiadas que miden su objetivo original. Es por esto que la metodología empleada es importante al garantizar que los resultados obtenidos puedan ser interpretados de manera adecuada y también puedan ser utilizados en la práctica clínica sin inconvenientes (Maneesriwongul y Dixon, 2004).

Diferencias entre Adaptación Transcultural y Traducción

Aunque ambos procesos pueden ser confundidos, difieren principalmente en la complejidad del proceso. En primer lugar, la traducción implica el simple traslado idiomático de un cuestionario a otro idioma distinto del original (Beaton et al., 2000). Por otro lado, Beaton et al. (2000) describen que la adaptación transcultural implica a todo un equipo multidimensional de profesionales que incluye traductores, profesionales de la salud que manejan comúnmente el cuestionario, junto a investigadores con conocimientos especializados en clinimetría. Además, el proceso de adaptación transcultural incluiría “la traducción inicial, síntesis, retro-traducción, la revisión del comité de expertos, la prueba piloto del borrador de la traducción y la evaluación psicométrica” (Maher et al., 2007).

Según Beaton et al. (2000) el proceso completo de adaptación transcultural está diseñado para alcanzar la equivalencia entre las versiones originales y traducidas con respecto

al lenguaje (equivalencia semántica e idiomática) y también experiencias equivalentes a la vida cotidiana y significados/formas de pensar de la población. Esto se debe a que el objetivo principal del proceso de adaptación es que el cuestionario sea semejante en medición y contenido al original, ya que su propósito no reside en la creación de un cuestionario idéntico (Maher et al., 2007). De esta manera, Maher et al. (2007) indican que, si un elemento del cuestionario es irrelevante o “sin sentido” para el entorno nuevo de adaptación, este podría ser modificado, reemplazado o eliminado. Para Beaton et al. (2000) el remplazo deberá ser revisado con el propósito de que refleje el constructo o atributo que pretendía medir el ítem original. Además, los autores aconsejan que en estos casos también podría ser importante consultar con el creador original del cuestionario o prueba.

El personal de salud suele utilizar cuestionarios para evaluar síntomas y resultados del tratamiento (Maher et al., 2007). Para Maher et al. (2007), estas pruebas facilitan, de una manera conveniente, la posibilidad de evaluar cómo el tratamiento ha afectado los resultados, como el dolor, la discapacidad y/o la calidad de vida relacionada con la salud. De manera general, los cuestionarios pueden utilizarse para detectar enfermedades graves, comorbilidades, estimar el pronóstico y recopilar información sobre los pensamientos y sentimientos del paciente (Trust, 1994). Sin embargo, para que un cuestionario sea útil, los pacientes deberán leer y comprender el texto, de manera que los elementos tengan sentido y sean relevantes para la persona en su contexto (Maher et al., 2007).

Alrededor del mundo no todas las personas hablan el mismo idioma, los pensamientos y sentimientos varían, además de que sus estilos de vida también son distintos entre regiones, estos cuestionarios no pueden ser empleados indiscriminadamente para una amplia población (Maher et al., 2007). Debido a esto, Maher et al. (2007) resaltan la necesidad de adaptación de

los cuestionarios originales con el objetivo de que sean legibles, comprensibles y relevantes en su nuevo entorno. Para los autores este proceso se conoce como “adaptación transcultural”.

Maher et al. (2007) señalan que a través de tiempo los cuestionarios en inglés se han utilizado ampliamente para personas que hablan y/o son familiares con el idioma. No obstante, el problema recae en que incluso la mejor palabra usada en inglés para expresar un concepto puede variar entre diferentes países que aparentemente emplean la misma lengua, como lo son Australia, Canadá, USA y Reino Unido (Trust, 1994). Incluso dentro de un solo país, el mismo cuestionario puede variar entre regiones dependiendo de las barreras en la comprensión lingüística, haciendo que la adaptación transcultural se convierta en una tarea más compleja de lo que supone a simple vista (Trust, 1994).

Trust (1994) menciona que en algunos países como Canadá y Bélgica hay más de un idioma oficial; mientras que según el Australian Bureau of Statistics del 2006, pese a que el idioma oficial de Australia es el inglés, se hablan más de 200 idiomas. Según el mismo estudio, esto sería similar en Estados Unidos, en donde el 18% de la población habla un idioma diferente al inglés en casa, y la mitad de estos presenta dificultades en la comprensión del idioma (US Bureau of Statistics, 2000). Por otro lado, Maher et al. (2007) resaltan que, incluso si en todo el mundo se hablara un solo idioma, tampoco sería posible usar un solo instrumento de evaluación, ya que la cultura y estilo de vida difieren entre regiones.

Importancia de la Adaptación Transcultural

Maher et al. (2007) explican que la mayoría de los cuestionarios se desarrollaron originalmente en inglés. Por lo tanto, la adaptación transcultural de los cuestionarios en inglés a diferentes idiomas permitiría la comparación del mismo instrumento y los constructos a medirse entre diversas poblaciones, permitiendo el intercambio de información a través de las

barreras culturales y lingüísticas (Maher et al., 2007). Asimismo, se señala que la adaptación de los cuestionarios podría detener la práctica común de excluir a sujetos/individuos de ensayos clínicos simplemente porque no entienden el idioma hablado en el país.

Para Flaherty et al. (1988) el propósito será obtener un cuestionario que cuente con cinco equivalencias en niveles como: equivalencia semántica, la cual asegura el mismo significado de los ítems entre culturas; equivalencia conceptual, que ratifica la medición del mismo constructo teórico; la equivalencia de contenido, por la cual se verificará que los ítems escogidos sean relevantes para la cultura objetivo; equivalencia técnica, misma que sostiene que el método utilizado para recolectar datos es similar y comparable entre culturas; y, finalmente, la equivalencia de criterio que asegurará que la interpretación de la medida permanece constante al compararla con las normas de cada cultura analizada. Sin embargo, según lo explicado por Flaherty et al. (1988), verificar la equivalencia técnica y de criterio de la nueva versión de cuestionario puede necesitar un análisis estadístico adicional, lo cual va más allá del proceso inicial de traducción.

Cabe recalcar que la razón principal para realizar la adaptación transcultural e idiomática de un cuestionario existente es que esta sería más eficiente en comparación con el desarrollo de un nuevo instrumento (Maher et al., 2007). Sin embargo, los autores mencionan que la adaptación requiere de un trabajo integrador, multidisciplinario y de extenso tiempo tanto para el desarrollo como la validación del cuestionario adaptado. Por otro lado, no hay una guía definitiva para llevar a cabo el proceso de adaptación transcultural, lo que lleva a utilizar diversos métodos en los procesos de traducción y adaptación de instrumentos (Flaherty et al., 1988). Entre los procesos más utilizados se encontrarían: “la traducción lineal, la traducción lineal con estudio piloto y la traducción-retrotraducción con personas monolingües o bilingües” (Brislin, 1986, p. 142; Dauphinee, 1998).

Principales Problemas de la Traducción Idiomática

Beaton et al (2000) mencionan la existencia de cuatro problemas con el uso de cuestionarios únicamente traducidos, ya que esta traducción solo involucraría uno de los tantos pasos propios del proceso de adaptación transcultural. En primer lugar, los errores de traducción son posibles cuando se trata de imitar exactamente la estructura y el orden de las palabras del texto original, situación que puede hacer que el resultado final traducido sea difícil de interpretar sintácticamente por la combinación de dos idiomas distintos (Beaton et al., 2000). En segundo lugar, los autores mencionan la posibilidad de que esta traducción literal carezca de sentido o posea un significado diferente al original.

El tercer problema a presentarse sería el que ciertas palabras traducidas, pese a que se entiendan y exista su equivalente/igual, sean irrelevantes para la nueva adaptación. Finalmente, algunas palabras en inglés no pueden ser traducidas directamente debido a que no existe una palabra equivalente al idioma de destino, es decir, no es posible encontrar una palabra que exprese el mismo significado (Beaton et al., 2000). Es por esto por lo que, con la finalidad de evitar estos inconvenientes, los autores proponen desarrollar un proceso de adaptación transcultural de pruebas revisado.

Desafíos en la Adaptación Transcultural

Gjersing et al. (2010) mencionan que un instrumento previamente validado no necesariamente será válido en otro tiempo, cultura o contexto. Según los autores, aunque no existe un acuerdo universal sobre cómo adaptar un instrumento para que sea usado en otro entorno cultural, si existe un acuerdo en el que la simple traducción y uso de un cuestionario en otro contexto lingüístico es inapropiado.

Guillemin et al. (1993) en estudios encontraron que un proceso de traducción lingüística integral no garantiza la validez ni confiabilidad del constructo a ser medido. Por ejemplo, un cuestionario que evalúa la actividad física sería solo apropiado para entornos en donde ciertas actividades, como el esquí en nieve, pueda ser practicado. (Herdman et al., 1998). Por otro lado, un inventario de depresión validado en individuos adictos puede confundir los síntomas somáticos de la depresión con los de la intoxicación y/o abstinencia (Herdman et al., 1998). Asimismo, Reichenheim y Moaes (2007) indican la importancia de la contemporaneidad, ya que los instrumentos validados años atrás pudieron haber perdido su validez en la actualidad debido a los cambios constantes de la sociedad.

De esta manera, el proceso de adaptación transcultural es fundamental cuando el instrumento se usa en un idioma, entorno y tiempo distinto, reduciendo el riesgo de introducción de sesgos (Reichenheim y Moaes, 2007). Sin embargo, deberá tomarse en cuenta que las actitudes no se pueden medir directamente, lo que significa que se deberá usar un conjunto de ítems del cuestionario que indirectamente cumplan esta función, situación que puede resultar de difícil comparación, tomando en cuenta las culturas y diversos grupos al que deberá el cuestionario ser adaptado (Likert, 1932).

Proceso de Adaptación Transcultural

Traducción, Retrotraducción y Síntesis. Según Gjersing et al. (2010), la primera etapa consiste en la evaluación de la relación existente entre el cuestionario y el concepto subyacente tanto en el contexto/entorno original como con el objetivo de adaptación. Aquí también será necesario evaluar la importancia de cada uno de los ítems dentro del instrumento, ya que deberán ser relevantes y aceptables en la población objetivo como en la población original (Herdman et al., 1998). Además, tanto la equivalencia conceptual como la

de los ítems pueden evaluarse por medio de una revisión de literatura, y estos hallazgos deberán ser discutidos con expertos en el campo y miembros de la población objetivo (Herdman, et al., 1998).

Más adelante, Guillemin et al. (1993) proponen que el instrumento original será traducido desde el idioma de origen al de la población objetivo. En este paso, al menos dos personas deberán realizar las traducciones iniciales de manera independiente según lo sugerido por Beaton, et al. (2000). Además, Herdman et al. (1998) señalan la obligación de que los traductores dominen el idioma de la población objetivo, además de comprender ampliamente el idioma original.

Después de esto, Herdman et al., (1998) indican que las versiones traducidas deberán ser sintetizadas en una sola versión por un tercer traductor independiente. Sin embargo, esta nueva versión sintetizada deberá ser retrotraducida independientemente por al menos dos personas distintas como parte del proceso obligatorio (Herdman et al., 1998). Estos retrotraductores, al igual que los traductores iniciales, también deberán ser fluidos en el idioma original del cuestionario, además de poseer una buena comprensión en el idioma en la población objetivo (Herdman et al., 1998). Por último, Guillemin et al. (1993) proponen que las versiones traducidas y retrotraducidas sean sintetizadas para que, más adelante, puedan ser revisadas por un comité de expertos.

Con respecto al comité de expertos, Guillemin et al. (1993) señalan que deberá estar compuesto por metodólogos, profesionales de la salud e idiomas y traductores directos y retrotraductores. El comité de expertos será el personal encargado de evaluar si una o más palabras reflejan las mismas ideas o temas tratados tanto en la versión original del cuestionario como en la versión adaptada (Beaton et al., 2000). Por medio de esta evaluación

se garantiza que los ítems sean traducidos correctamente y sean relevantes en el nuevo entorno (Beaton et al., 2000).

Sin embargo, Beaton et al. (2000) recomiendan que, en caso de existir dudas sobre el significado de alguna palabra o ítem en específico, la opción adecuada será contactar al desarrollador del instrumento original con el fin de aclarar los elementos señalados. Por otro lado, Beaton et al. (2000) y Reichenheim y Moraes (2007) también sugieren que sería óptimo volver a la población objetivo y hacer que los expertos discutan las diferencias sutiles que surgen de las distintas propuestas de traducción de manera que el instrumento logre ajustarse después de llegar a un consenso.

Estudio Piloto y Procesos Complementarios de Revisión. Después de alcanzados los ajustes previos, Beaton et al. (2000) señalan que el instrumento deberá ser probado en una “prueba previa/pre-test” o “estudio piloto” que consista en al menos 30 y 40 encuestados. De esta manera, se sondeará a los encuestados en cuanto a su “comprensión, aceptabilidad e impacto emocional” con respecto a los ítems para detectar posibles elementos confusos, de doble sentido o engañosos (Beaton et al., 2000).

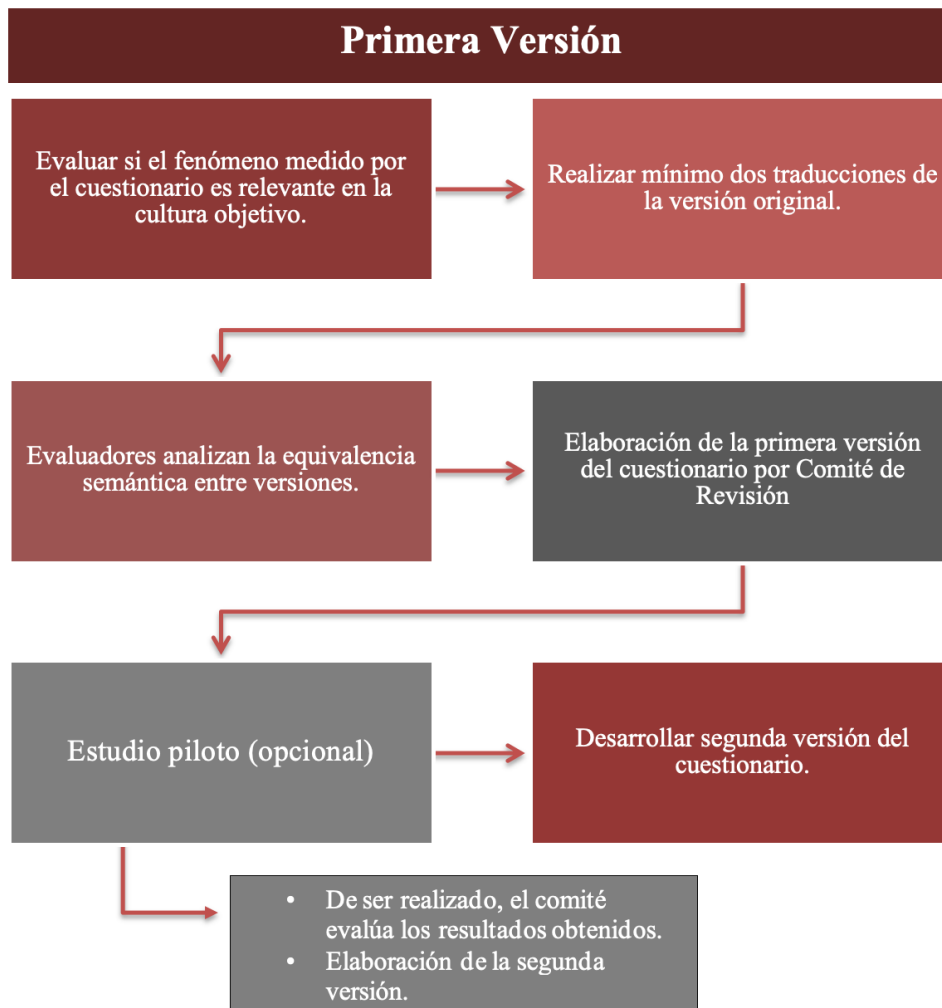
Asimismo, Herdman et al. (1998) sugieren que una buena estrategia a implementar en el proceso de adaptación se basaría en solicitar a los encuestados que ellos mismos reformulen cada ítem propuesto en la prueba sintetizada. Todo esto se realiza como una técnica para identificar si un ítem, pregunta o elemento es entendido por completo o no (Herdman et al., 1998).

Reichenheim y Moraes (2007) están de acuerdo con este proceso complementario y recomiendan que las intervenciones con los encuestados se realicen progresivamente hasta que se obtenga un porcentaje de comprensión apropiado para todos los ítems, el cual tendrá

que ser propuesto y preestablecido por los investigadores previamente. Como mínimo, los autores sugieren que se deberá alcanzar el $\geq 90\%$ de concordancia en comprensión.

Figura 1

Proceso de traducción-retrotraducción,, según Agra (1997).



Más adelante, y de acuerdo con la evidencia obtenida del estudio piloto, Reichenheim y Moraes (2007) proponen otro ajuste semántico final en donde se evalúe la equivalencia operativa del instrumento. Para Herdman et al. (1998), lograr la equivalencia operativa

supone que es posible utilizar el formato del cuestionario, sus instrucciones, modo de administración y métodos de medición similares a las implementadas en el entorno original con la población objetivo.

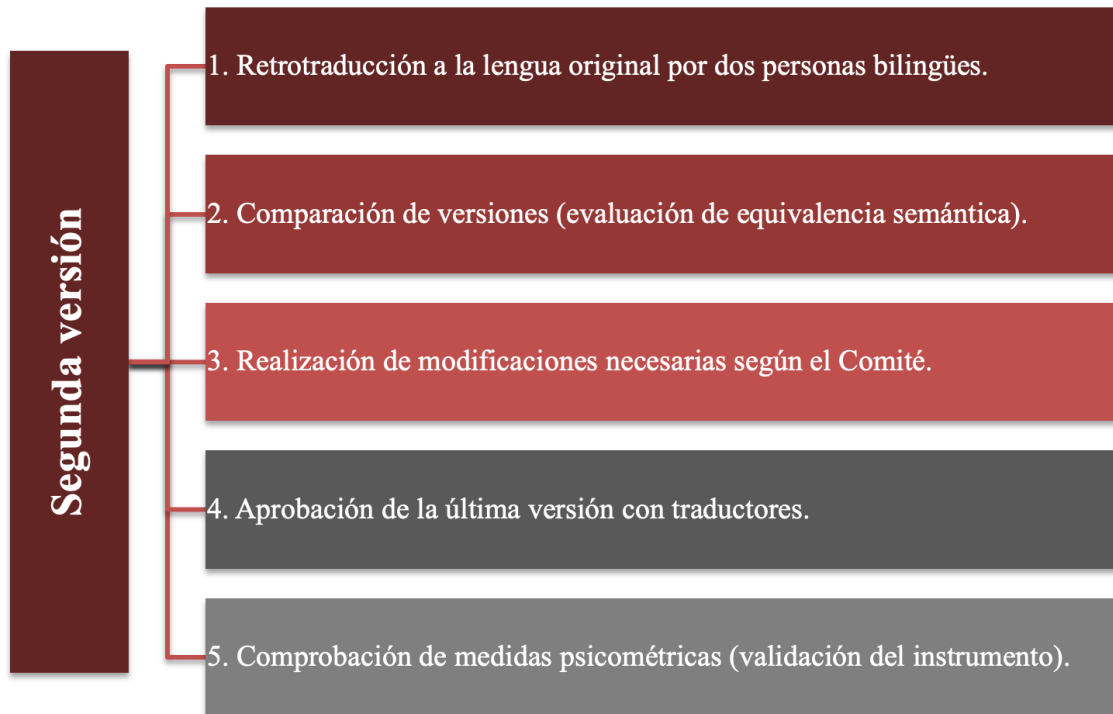
Sin embargo, al implementar el cuestionario adaptado en la nueva población elegida, será necesario realizar una revisión de literatura previa sobre el uso del instrumento en el nuevo entorno, es decir, reconocer el contexto y sus necesidades (Herdman et al., 1998). Ante esto, Herdman et al. (1998) también recomiendan contactar a expertos en el tema y sujetos de la población objetivo para evaluar el formato del cuestionario, las instrucciones, los métodos de administración y medición adecuados. El objetivo de esta reunión sería lograr un consenso con respecto a la equivalencia operativa y metodología incorporada en el estudio (Reichenheim y Moraes, 2007).

Finalmente, una vez realizado el proceso, el instrumento podrá ser administrado a los participantes en un estudio formal, el cual proporcionará resultados que sentarán las bases de las propiedades psicométricas del instrumento, mismas que deberán ser probadas por medio de métodos estadísticos reconocidos (Beaton et al., 2000).

Validación de Cuestionarios y Escalas. Según Gómez Benito e Hidalgo (2002) existen dos características métricas fundamentales al momento de valorar la precisión de un instrumento adaptado, estas son la fiabilidad y validez. Para los autores la fiabilidad se refiere a medir una variable de manera constante; mientras que la validez evalúa que un instrumento mida lo que debe medir. Sin embargo, la fiabilidad no garantiza la validez del instrumento (Fortin y Nadeu, 1999). Además, según los autores, la sensibilidad y factibilidad son otras características métricas importantes que de manera obligatoria deberán ser consideradas.

Figura #2

Proceso de traducción-retrotraducción, según Agra (1997).



Asimismo, al ser la validación de instrumentos un proceso dinámico y continuo, este adquiere mayor consistencia a medida que las propiedades psicométricas se comprueban en distintas culturas, poblaciones y sujetos (Gómez Benito e Hidalgo, 2002).

Fiabilidad. Se entiende como fiabilidad a la propiedad para describir la consistencia y precisión de los resultados obtenidos al aplicar un instrumento en diferentes ocasiones (Fortin y Nadeau, 1999; Polt y Hungler, 1999). En palabras de Carvajal et al. (2011) la fiabilidad valora “el grado de consistencia en que un instrumento mide lo que debe medir”. De esta manera, los autores señalan que un instrumento logra ser fiable únicamente cuando los resultados obtenidos son semejantes en situaciones similares.

No obstante, Nunnally (1978) y Polit y Hungler (1999) aclara que ningún instrumento alcanza el máximo nivel de correlación en todas las situaciones, por lo tanto, es crucial establecer un nivel de correlación aceptable. Según los autores, se considera que un margen permisible para los coeficientes de fiabilidad se encontrarían entre 0.7 y 0.9. Además, es importante recordar que una alta fiabilidad no siempre garantiza la calidad del instrumento, ya que puede carecer del aspecto más importante: la validez (Carvajal et al., 2011).

Por otro lado, Nunnally (1978) y Carvajal et al. (2011) mencionan que la fiabilidad puede ser estimada en base a cuatro medios, los cuales constarían de consistencia interna, equivalencia, estabilidad y armonía interjueces. Sin embargo, Polit y Hungler (1999) advierten que el método empleado para medirla dependerá de la naturaleza del instrumento.

Validez. Se entiende a la validez como la propiedad psicométrica cuyo objetivo es evaluar la medida en qué una herramienta mide el constructo teórico para el cual fue diseñada (Kazdin, 2016). La validez engloba diversos aspectos, entre ellos la validez de constructo, de contenido, concurrente, predictiva, de criterio, convergente, discriminante, validez aparente y validez incremental (Carvajal et al., 2011). Estos subtemas permiten examinar diferentes aspectos y enfoques para asegurar que la herramienta de medición sea confiable y adecuada para su propósito teórico original (Kazdin, 2016).

Sensibilidad. También denominada como “análisis hipotético”, es una medida que evalúa la capacidad de detectar cambios en los sujetos evaluados después de recibir una intervención (Argimon y Jimenez, 2004). Este análisis utiliza el tamaño del efecto como un constructo para medir dichos cambios. En investigaciones, la sensibilidad es comúnmente empleada para medir las diferencias pre y post intervención (Carvajal et al., 2011). Además, esta característica es crucial para determinar el tamaño muestral adecuado en un estudio (Argimon y Jimenez, 2004). Según los autores, si la sensibilidad del instrumento es alta, se

requerirá un tamaño de muestra menor para obtener resultados significativos y representativos. En otras palabras, cuanto más sensible sea el instrumento, menos participantes serán necesarios para obtener resultados fiables (Carvajal et al., 2011).

Factibilidad. Se emplea para determinar la viabilidad o accesibilidad de aplicar la herramienta en el contexto previsto (Carvajal et al., 2011). En esta evaluación, se consideran diversos aspectos, como el tiempo necesario para completarla, la simplicidad del lenguaje utilizado para los participantes y la percepción de los participantes hacia el evaluador al momento de administrarla (Argimon y Jimenez, 2004; McDowell y Newell, 1996; Carvajal et al., 2011).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivos

Objetivo General

Adaptación y validación de instrumentos para la detección temprana de uso y consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas en población adolescente del Ecuador.

Objetivos Específicos

1. Realizar la adaptación idiomática y ajuste de los instrumentos seleccionados.
2. Desarrollar prueba piloto de instrumentos seleccionados.
3. Determinar propiedades psicométricas iniciales.
4. Aplicar los instrumentos adaptados a la muestra.
5. Analizar las propiedades psicométricas, confiabilidad y validez.

Método

Diseño

Con respecto al diseño de estudio este se considera como no experimental, debido a que no existirá manipulación de variables a evaluar por el POSIT ni del CRAFFT, ni de grupos de control (Hernández et al., 2014). Es decir, se analizarán las propiedades psicométricas de los tests adaptados a la población ecuatoriana. Este estudio es de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo/correlacional.

Cuantitativo. Debido a que es secuencial y probatorio donde se medirán las variables y se analizarán los resultados mediante el uso de métodos estadísticos para determinar de forma objetiva los resultados.

Transversal. Ya que el análisis de datos se realizará después de una única recolección de la información en sujetos con similares características descritas en los criterios de inclusión y exclusión de los participantes de esta investigación (Hernández et al., 2014).

Descriptivo/Correlacional. Debido a que busca explicar el perfil de un grupo poblacional con respecto al fenómeno socioeconómico de las drogas, además de conocer el grado o nivel de asociación entre las variables en un contexto específico (Hernández et al., 2014).

Variables

El proceso de adaptación y validación de instrumentos psicométricos es fundamental para asegurar que las herramientas utilizadas para medir constructos o rasgos psicológicos sean confiables, válidas y culturalmente apropiadas. El estudio consiste en dos fases fundamentales de acuerdo con las prácticas de adaptación y validación de instrumentos psicométricos mencionados en el marco teórico, mismas que involucran varios pasos.

Adaptación.

Corresponde a la primera fase para la obtención del instrumento final. Dentro de esta se encuentran procesos importantes como la revisión de la literatura, la cual se trata de una revisión exhaustiva, así como la identificación de cualquier instrumento relevante que haya sido validado y empleado antes; la adaptación cultural y contextual (traducción, retrotraducción y síntesis), con el fin de que el instrumento adaptado pueda ser utilizado en un nuevo entorno; la revisión por un comité de expertos en psicometría, psicología,

familiarizados con el constructo y la población, el desarrollo de una prueba piloto hacia una pequeña muestra que represente la población objetivo y en donde se analice la claridad, relevancia y comprensión de los enunciados; por último, un análisis de ítems de manera individual con el objetivo de identificar los que deberán ser revisados o eliminados según la relevancia en el contexto de adaptación (Carvajal et al., 2011).

Considerando que los tests, POSIT y CRAFFT se encuentran en el idioma español, estos deberán ser adaptados con el fin de lograr la equivalencia deseada hacia la población adolescente ecuatoriana. En esta fase se miden las siguientes variables:

Equivalencia Semántica. Asegura el mismo significado entre culturas (Flaherty et al., 1988).

Equivalencia Conceptual. Reitera la medición del mismo constructo teórico (Flaherty et al., 1988).

Equivalencia de Contenido. Permite verificar que los ítems escogidos son relevantes para la cultura objetivo (Flaherty et al., 1988).

Equivalencia Técnica. Sostiene que el método utilizado para recolectar datos es similar y comparable entre culturas (Flaherty et al., 1988).

Equivalencia de Criterio. Asegura que la interpretación de la medida permanece constante al compararla con las normas de cada cultura analizada (Flaherty et al., 1988).

Validación.

La segunda fase del proceso corresponde a la validación del instrumento, para la cual se deberá seguir procesos como el análisis psicométrico de las variables una vez aplicadas en la población objetivo, además de la aplicación test-retest (Carvajal et al., 2011). Se pretende analizar cinco variables para garantizar la efectividad en la adaptación de ambos instrumentos, las cuales corresponden a:

Validez. Indica el grado en que una prueba mide lo que se propone medir cuando se la compara con un criterio aceptado (Carvajal et al., 2011).

Fiabilidad. Es una característica que hace referencia a la precisión del instrumento de medición (Carvajal et al., 2011).

Sensibilidad. Describe la consistencia y precisión de los resultados al aplicar un instrumento en diferentes ocasiones (Fortin y Nadeau, 1999; Polt y Hungler, 1999).

Factibilidad. Mide si el cuestionario es asequible para utilizarlo en la población en la que se busca utilizarlo (Carvajal et al., 2011). Se busca medirla en diversas poblaciones para conocer si el instrumento se adecua a distintas situaciones (McDowell y Newell, 1996).

Gold standard – convergencia y divergencia. También denominado como test de referencia es un criterio que se utiliza como punto de referencia para una comparación de una prueba diagnóstica a utilizarse en un estudio por considerarse una prueba ya aceptada bajo criterios de validez o de máxima certeza (OMS, 2011). Con el objetivo de realizar el Gold standard de la siguiente investigación, se deberá realizar un análisis de divergencia y convergencia con respecto a lo sustentado en la bibliografía de las pruebas CRAFFT y POSIT, por lo cual se realizará las mediciones con los Instrumentos Psicológicos descritos a continuación en la Tabla 1.

Participantes

Muestreo y Criterios de Inclusión. El diseño muestral de la investigación es no probabilístico que corresponde a la segunda fase de una investigación. Aquí participarán adolescentes según las edades que cada instrumento señale como aceptadas para su aplicación. Para el cálculo de la muestra se usará el software EPI INFO con número infinito

de participantes 999.999, nivel de confianza de 95%, y límite de confianza 5% que dará como resultado tamaño muestral de 384 individuos para esta fase.

Debido a que la adaptación de los instrumentos será realizada a la población adolescente, se requieren los siguientes criterios de participación descritos en la Tabla 2.

Tabla 1

Medición de instrumentos implementados en adolescentes.

Instrumento	Medición Afirmativa	Medición Convergencia
Alcohol, tabaco y otras drogas adolescentes. - CRAFFT (9 preguntas)	CAGE (4 preguntas)	PHQ9 Depresión (9 preguntas) y Apgar Familiar (5 preguntas)
Alcohol, tabaco y otras drogas adolescentes. - POSIT (81 preguntas)	CAGE (4 preguntas)	PHQ9 Depresión (9 preguntas) y Apgar Familiar (5 preguntas)

Tabla 2

Criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Población Adolescente: POSIT y CRAFFT	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Personas en rangos de edad según lo requiera el instrumento seleccionado. POSIT de 13 a 19 años / CRAFFT 14 a 18 años - Voluntariedad para participar de la investigación - Firma de consentimiento y asentimiento informado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presenta dificultad de comunicación severa (problemas de lenguaje, sordera). - Existen trastornos del comportamiento o trastornos mentales severos, que impidan entender y responder a las preguntas del cuestionario. - El usuario/paciente es analfabeta/o - Al momento de la consulta se encuentra descompensado clínicamente. - Al momento de la consulta se encuentra bajo los efectos del consumo de alcohol u otras drogas ilegales.

Descripción de los Participantes. La población considerada para el estudio serán adolescentes ecuatorianos, independientemente de que estén o no vinculadas o no a los establecimientos de salud del MSP, tanto de primer, segundo como de tercer nivel de atención. Asimismo, los participantes podrán presentar o no presentar consumo problemático de alcohol, tabaco u otras drogas. Además, con el objetivo de tener acceso a un mayor rango de personas con distintos patrones de consumo se realizará una convocatoria a nivel nacional.

Materiales

Instrumentos.

POSIT. El POSIT es un cuestionario diseñado para identificar problemas específicos en diferentes áreas de funcionamiento en adolescentes. Tiene dos versiones, una original con 139 ítems y una validación mexicana con 81 ítems. Se administra por escrito y su nivel de medición es nominal dicotómico (sí/no). (Mariño et al., 1998).

CRAFFT. El CRAFFT (Knight et al., 1999) es un cuestionario que consta de 6 preguntas de respuesta dicotómica (sí/no). Fue creado específicamente para evaluar el consumo de alcohol y otras sustancias de alto riesgo en adolescentes. La administración del CRAFFT comienza con 3 preguntas iniciales, de manera que, si el joven responde "no" a estas preguntas, solo se formula la primera pregunta del propio CRAFFT. Sin embargo, si el adolescente responde "sí" a una o más de las 3 preguntas iniciales, se procede a contestar las 6 preguntas que conforman el cuestionario CRAFFT (Knight et al., 1999).

The Patient Health Questionnaire PHQ. Los Cuestionarios PHQ son herramientas que ofrecen una tamizaje autoadministrado clínicamente conciso para determinar problemas de desórdenes en la Salud Mental y ayudar a un diagnóstico, el mismo ha sido probado en la práctica en varios países y traducido a varios idiomas; el tamizaje con este instrumento es

amigable al usuario y rápido lo cual ha logrado mejorar la tasa de reconocimiento de Depresión y Ansiedad para incluir de manera temprana a los usuarios a tratamiento con un diagnóstico acertado (Hernández et al., 2015).

PHQ9. El Patient Health Questionnaire (PHQ-9) es una herramienta que permite identificar pacientes con trastorno depresivo mediante una encuesta de autoevaluación de 9 ítems. Además, ayuda a determinar la gravedad del cuadro y realizar seguimiento del tratamiento. En la validación chilena, se utilizó la versión en español del cuestionario, que evalúa la presencia de síntomas depresivos (según los criterios DSM-IV) en las últimas 2 semanas (Barros et al., 2017). Tras la aplicación del PHQ-9, sus resultados mostraron una consistencia interna aceptable, con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,835, lo que indica que es un instrumento confiable que proporciona mediciones estables y consistentes. Asimismo, el coeficiente de KMO (0,913) indica que el análisis factorial es una técnica de utilidad para el estudio (Barros et al., 2017).

PHQ4. Este instrumento ha sido usado en países como Colombia, Chile, España para la realización del Gold Standard en las validaciones de Instrumentos como el POSIT y el CRAFFT utilizados en población adolescente (Valadez-García et al., 2021; UNODC, 2018). Se puede tener acceso a la versión original y traducciones en la página web <https://www.phqscreeners.com/>, donde además se cuenta con un manual de instrucciones de uso. También se puede contar con validaciones en Colombia, donde se trabajó con una muestra representativa de 1500 personas a nivel nacional para determinar las características psicométricas del PHQ4 en esta población. Al final, se obtuvo que el coeficiente de Alfa de Cronbach fue de 0.84, sin discriminaciones relevantes entre sexo, edad o nivel socioeconómico (Office on Drugs and Crime - United Nations, 2021). Consta de cuatro

preguntas de respuestas en escala Likert, los resultados tienen relación de mayor puntuación mayor severidad en la presencia de desórdenes de Salud Mental de depresión y ansiedad.

Cuestionario APGAR Familiar. Valora la efectividad de la estructura familiar, la cual está compuesta por cinco aspectos evaluados. El estudio se llevó a cabo con adolescentes como población de muestra. La versión chilena validada del cuestionario del APGAR familiar mostró una alta consistencia interna en el estudio de Vega-Cauich y Zumárraga-García (2019), con un valor superior a 0,80 medido mediante dos coeficientes: el alfa de Cronbach y el omega de McDonald.

CAGE Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener. Este Instrumento de tamizaje fue creado por Ewing y Rouse en 1968 (Ewing, 1984) para ayudar en la detección de consumo problemático en personas que consumían alcohol de forma frecuente. Consta de cuatro ítems, la primera pregunta se relaciona a conciencia propia de dejar de consumir alcohol, la segunda al respecto de críticas por el patrón de consumo de alcohol, la tercera al respecto de sentimiento de culpa, y la última a la necesidad de consumo de alcohol para restablecerse y poder realizar las actividades diarias.

El resultado se calcula sumando las respuestas y aplicando los siguientes puntos de referencia: 0-1 indica un “Bebedor social”; 2 indica “Consumo de riesgo” con una sensibilidad superior al 85% y una especificidad cercana al 90% para el diagnóstico de abuso o dependencia; 3 indica un “Consumo perjudicial”; y 4 indica “Dependencia alcohólica” (Simón Saiz et al., 2020). Este cuestionario ha sido validado en Colombia, y los resultados muestran que la consistencia interna oscila entre 0.753 y 0.834. Para los fumadores, con un punto de corte de 2, se obtuvo una sensibilidad del 66.7% (IC95%: 38.8-87.0) y una especificidad del 86.0% (IC95%: 73.7-93.3) (Lugo et al., 2020).

Recurso Humano.

Se realizará una convocatoria nacional para que el personal de salud especializado y no especializado en salud mental pueda postular, participar en el estudio y, por último, realizar la recolección de datos en sus actividades de consulta externa y/o territorio, según corresponda a las características del perfil del profesional.

Programas y Softwares.

Para el procesamiento y análisis de los datos obtenidos se utilizarán softwares de paquetes informáticos estadísticos. La información se procesará en Excel y el programa JASP, FACTOR y/o RSTUDIO, el manejo y responsable de la base de datos será el promotor de la investigación.

Consideraciones Éticas

Es de suma importancia aplicar los principios éticos en la investigación, ya que esto tiene múltiples beneficios. En primer lugar, al hacerlo, se logra promover la confianza en los participantes, lo que es fundamental para obtener resultados válidos y significativos. En segundo lugar, al velar por el bienestar humano, se asegura que los individuos involucrados en el estudio estén protegidos y se minimicen los riesgos potenciales.

Además, al respetar los derechos y dignidad de todas las personas, independientemente de su origen o características, se contribuye a crear un ambiente de respeto y equidad en la investigación. Esto a su vez ayuda a fomentar la credibilidad de los estudios y la calidad de los datos obtenidos. Tomar en cuenta las consideraciones éticas nos invitan a ser justos y equitativos en nuestras interacciones y decisiones. Este enfoque es esencial para asegurar que todas las personas que puedan participar en la investigación tengan acceso a las mismas oportunidades de manera justa y sin discriminación.

Aplicación de Principios Éticos.

Riesgos. Riesgo moderado. Aunque es un estudio prospectivo que emplea procedimientos psicológicos comunes, que ayudarán en el diagnóstico o tratamiento de adolescentes, y que no pretende manipular la conducta de los sujetos a investigar, involucra a población vulnerable como los adolescentes.

Beneficios. Se buscará proporcionar retroalimentación sobre los resultados obtenidos tras aplicar el tamizaje de detección temprana de consumo de drogas. Se pretende establecer una conexión con el participante en el sistema de salud para brindar una atención completa, terapias especializadas o incluso medidas preventivas, de acuerdo con los resultados del tamizaje. Este estudio contribuirá proporcionando herramientas de tamizaje válidas para detectar de manera temprana el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes. Estas herramientas podrán ser utilizadas por profesionales de la salud en su práctica para facilitar una atención completa y pertinente a la población.

Seguridad y Confidencialidad de la Información. Durante el período de investigación, se garantizará la seguridad y confidencialidad de los datos recopilados de los participantes. No se divulgará ni compartirá información privada para propósitos distintos a los objetivos claramente especificados en el consentimiento y asentimiento informado. Los objetivos de la investigación estarán expresados de manera clara y sencilla en dicho documento. Asimismo, se respetará el derecho al anonimato del sujeto participante en la investigación al realizar la codificación con sus dos primeras letras de sus nombres, apellidos y los últimos cuatro dígitos de su cédula de identidad, ejemplificado de la siguiente forma Alicia Irina Costales Macao ALIRCOMA3887 (Encinas, 2010; Hernández et al., 2014).

Los investigadores se asegurarán de brindar información esencial utilizando un lenguaje claro y fácil de entender. Esto permitirá que los participantes comprendan las

características de la investigación y en qué consiste su participación. De esta manera, los sujetos podrán conocer los fundamentos que motivan el estudio y tomar una decisión informada sobre si desean colaborar con la investigación en representación de su hijo o como representante de alguien más, o si prefieren no participar y desvincularse del estudio. (Miranda y Villacís, 2019; Gorordo, 2021).

Los investigadores del Ministerio de Salud Pública y la Universidad San Francisco de Quito son responsables de tomar las medidas necesarias para registrar y almacenar de manera segura la base de datos con la información recopilada, tanto en formato digital como físico. Además, tienen la responsabilidad de gestionar el acceso a la información ya codificada, protegiéndola bajo los principios éticos establecidos.

Provisiones Especiales. La información recopilada será tratada con privacidad, confidencialidad y anonimato. Se protegerán los datos relacionados con la edad, sexo, provincia de residencia y detección del consumo de los adolescentes. Para asegurar el anonimato, se utilizará un código compuesto por dos iniciales de sus nombres y apellidos, junto con los últimos cuatro dígitos de su número de cédula.

Procedimiento

Adaptación

El primer paso para la realización de esta investigación será la elaboración del proyecto y obtención de los instrumentos. Será necesario realizar una revisión exhaustiva de la literatura para identificar instrumentos previamente validados que midan el constructo de interés. Más adelante, se convocará a 10 expertos en adaptación idiomática y validación de instrumentos a nivel nacional, con quienes se deberá determinar las modificaciones idiomáticas necesarias y empezar con la redacción de las nuevas versiones de los

cuestionarios seleccionados. Esto comprende los procesos de traducción, retrotraducción, síntesis y una revisión minuciosa para garantizar la equivalencia semántica y conceptual para la elaboración de un nuevo instrumento.

Aquí empezará la planificación de la prueba piloto, misma que será aplicada a personal de salud del MSP a nivel nacional. Para esto, se deberá reclutar a profesionales que deseen voluntariamente involucrarse en el estudio. La prueba piloto tendrá como objetivo identificar posibles problemas de comprensión o ambigüedad en el instrumento. Los datos obtenidos serán analizados a través de programas especializados, revisados y, de estos, se elaborará informes según las propiedades psicométricas alcanzadas. Después de la prueba piloto, se deberá realizar un análisis de ítems para evaluar el rendimiento de cada pregunta o ítem del instrumento. El propósito es identificar aquellos ítems que puedan ser redundantes, poco relevantes o que generen respuestas atípicas.

Más adelante, se reclutará y entrenará a profesionales de psicología para llevar a cabo la administración de los tests en la muestra seleccionada: adolescentes ecuatorianos. Este personal de salud representa los recursos humanos para la investigación, por lo que su entrenamiento incluirá brindar la información necesaria referente a los cuestionarios principales (POSIT y CRAFFT) así como sobre las demás herramientas seleccionadas (mencionadas en la sección de materiales), instrucción en sus propiedades psicométricas y metodología de administración.

Con el objetivo de llevar a cabo la investigación en la población objetivo, se deberá reclutar a la muestra de distintos centros de salud del MSP del país. Aquí se llevará a cabo la aplicación del instrumento con las modificaciones realizadas acordadas previamente. Para esto se pretende enviar el Consentimiento Informado tanto a los representantes como a los adolescentes que deseen participar en el estudio. En caso de que se logre el asentimiento en su

participación, se administrarán las pruebas en un día acordado tanto por el evaluador como el participante.

Validación

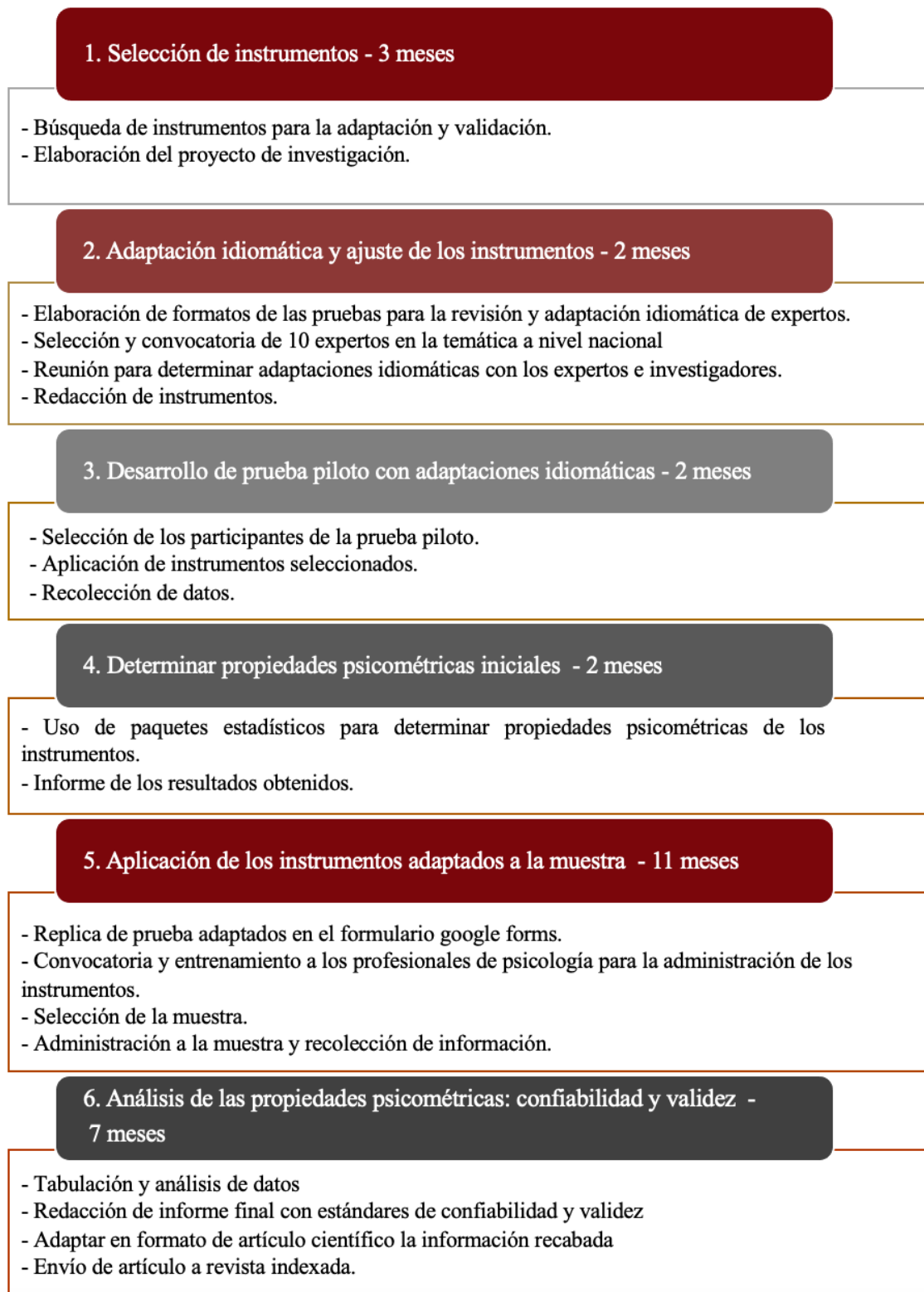
Los datos obtenidos serán guardados bajo anonimato para ser sometidos a una nueva tabulación y análisis. Se evaluará la fiabilidad del instrumento, con el fin de corroborar la capacidad de los cuestionarios para medir consistentemente los mismos constructos a través del tiempo y situaciones distintas. Para evaluar la validez del instrumento, se llevan a cabo varios análisis.

La validez de contenido se verifica mediante la evaluación de expertos que aseguran que los ítems del instrumento reflejan adecuadamente el contenido del constructo. Más adelante se realizará un análisis factorial para examinar la estructura interna del instrumento y que sus dimensiones sean coherentes. También se tendrá que comparar el instrumento con otras medidas ya validadas, como el CAGE, APGAR, PHQ4 y PHQ9, que evalúen el mismo constructo para establecer correlaciones significativas. Una vez determinadas las propiedades psicométricas se redactará el informe final, adaptará el formato del artículo y, finalmente, se lo enviará a una revista indexada para su publicación.

Los pasos descritos se encuentran detallados en la Figura 3, proporcionando una visión clara del proceso mencionado. Además, en las Figuras 4 y 5 se presenta un cronograma con los objetivos generales y específicos a cumplir por meses. La organización del cronograma ha sido acordada con el equipo de investigación. Se estima que el proceso completo de adaptación y validación de los cuatro instrumentos propuestos para la población adolescente (POSIT y CRAFFT) y adulta (ASSIST y AUDIT) requerirá aproximadamente dos años.

Figura 3

Pasos propuestos para el proceso de adaptación y validación.



Análisis de Datos

A razón de que esta investigación no ha sido conducida aún, se planifica iniciarla en septiembre del 2023. Una vez obtenidos los datos, se aplicará estadística descriptiva como medida de tendencia central, estadística inferencial de validación de los instrumentos, análisis factorial exploratorio, análisis factorial confirmatorio. Para la adaptación idiomática se calculará el índice de Kappa de Fleiss de los expertos. Mientras que para el análisis de consistencia interna se realizará el cálculo del Alfa de Cronbach, Omega McDonalds, además del Análisis de validación convergente y divergente con medidas disponibles en el presente estudio. Por último, se espera que tanto el POSIT como el CRAFFT puedan ser adaptados al contexto ecuatoriano con el fin de tomar las medidas necesarias para su prevención temprana.

CONCLUSIONES

Esta investigación aún no ha sido conducida, se realizó únicamente la aplicación al Comité de Bioética y se planifica iniciarlo en septiembre del 2023. El estudio probablemente dure dos años, por lo que se espera contar con las herramientas para su uso en el área de salud al finalizar el periodo estipulado.

Sin embargo, esta revisión de literatura tuvo como propósito principal presentar información referente al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el contexto actual, considerando los términos comúnmente usados para hacer referencia a este fenómeno social que en ocasiones puede causar confusión. Asimismo, por medio de la información recopilada en el siguiente trabajo se detalla la vulnerabilidad y principales factores a los cuales se encuentran expuestos la población adolescente quienes, según distintos autores citados en el documento, serían los más propensos a encontrarse en riesgo de consumo y a sufrir consecuencias en distintas áreas personales y sociales.

Por otro lado, tanto en Ecuador como a nivel mundial el consumo de sustancias representa un problema potencialmente peligroso. A través de la adaptación de estos instrumentos se pretende estimar tanto el “nivel de satisfacción de usuario, recuperación personal, calidad de vida, resultado de tratamiento clínico...”, “salud mental y el uso de servicios de las personas atendidas en los centros de salud del MSP” según los investigadores principales. Además, estas herramientas permitirán identificar hábitos y factores de riesgo asociados con la edad, sexo, presencia de trastornos, rasgos de sintomatología depresiva y ansiosa, conductas violentas relacionadas, y el policonsumo, con el objetivo de tomar medidas oportunas ante indicios tempranos de consumo.

Al mismo tiempo, este documento detalla las principales estrategias implementadas por distintos organismos internacionales para detectar, enfrentar y prevenir el consumo desde su inicio temprano. Es relevante considerar que el consumo de sustancias ha ido en aumento en los últimos años, por lo que concierne prestar suma importancia al desenvolvimiento de este fenómeno tanto para el usuario y su familia como a nivel público para organismos gubernamentales debido a los costos generados. Debido a esto, se espera que el presente documento permita resaltar la importancia de la adaptación transcultural de los cuestionarios de detección especializados en la población joven, como lo son el POSIT y CRAFFT, y, a su vez, brindar una idea concisa al lector sobre el proceso de adaptación mientras permite diferenciarlo de la traducción lingüística.

Entre los principales beneficios encontrados en esta revisión, es que el documento proporciona al lector una información de gran relevancia sobre el consumo de sustancias, el fenómeno social asociado y la importancia del proceso de validación transcultural. Asimismo, destaca las limitaciones de simplemente traducir los cuestionarios sin tener en cuenta la adaptación cultural. Además, esta investigación ofrece una alternativa para mejorar el bienestar de los adolescentes al facilitar la detección temprana de tendencias hacia el consumo de sustancias. Esto permitiría la implementación de tratamientos oportunos en caso de ser necesario. Asimismo, el país se vería beneficiado al contar con herramientas básicas de fácil aplicación, adaptadas a la cultura ecuatoriana y formuladas en un lenguaje adecuado y comprensible para la población, lo que permitiría evaluar de manera más efectiva la problemática actual relacionada con el consumo de sustancias.

Al mismo tiempo, al llevar a cabo la adaptación transcultural oficial de estos instrumentos, se evitaría depender únicamente de traducciones de los cuestionarios para la aplicación y su detección, misma que puede encontrarse sesgada. De esta manera, la

adaptación y validación proporcionarían mayor fiabilidad y precisión en la evaluación, contribuyendo a contar con información actualizada sobre este fenómeno social, misma que en actualidad aún es bastante limitada. En consecuencia, se estaría avanzando hacia una detección más confiable y efectiva de la problemática del consumo de sustancias en el país.

Sin embargo, el estudio presenta algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta. Una de ellas es la escasa disponibilidad de estadísticas sobre el consumo de sustancias en Ecuador, lo que sugiere una falta de atención hacia esta problemática. Esta falta de datos representa una barrera para estimar adecuadamente la gravedad del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como su impacto social. La ausencia de información actualizada dificulta la comprensión de la frecuencia y las consecuencias del consumo de sustancias en el país, especialmente en el contexto de los jóvenes.

Además, se encontró que la información existente sobre el consumo de sustancias en adolescentes ecuatorianos no solo está desactualizada, sino que también carece de detalles sobre las características principales del problema en los jóvenes. Esta falta de información detallada limita la comprensión completa de la situación y las tendencias en el consumo de sustancias en este grupo demográfico. Al mismo tiempo, otra limitación identificada es la poca adaptación que tanto el cuestionario POSIT como el CRAFFT han tenido en países Hispanoamericanos, lo que plantea dudas sobre la confiabilidad y validez de su adaptación en contextos donde el español es el idioma principal. Esto sugiere que es necesario realizar estudios de validación y adaptación en estos contextos para garantizar la fiabilidad de los cuestionarios utilizados. Estas acciones ayudarán a obtener una visión más completa y confiable de la problemática del consumo de sustancias en el país.

Por último, se ha redactado la información de manera que sea comprensible y accesible para diversos tipos de lectores, desde profesionales de la salud y psicometría hasta

personas sin conocimientos en el área de psicología clínica. Se ha tenido especial cuidado en presentar estadísticas globales y estudios de autores ecuatorianos que han destacado la relevancia del problema en el contexto actual. Además, se han incluido los primeros pasos en la adaptación y validación de cuestionarios especializados para la población adulta, con el objetivo de resaltar su importancia y aplicabilidad en el contexto específico.

REFERENCIAS

- Alarcón, C. D., Arévalo, M. T., Torres, I. C., Soto, L. F., & Cardona, J. A. (2015). Motivaciones y Recursos para el consumo de Sustancias Psicoactivas en Universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(1), 92-104.
- Allen, M., Donohue, W. A., Griffin, A., Ryan, D., & Turner (2003). Comparing the influence of parents and peers on the choice to use drugs: A meta-analytic summary of the literature. *Criminal Justice and Behavior*, 30(2), 163-186.
<https://doi.org/10.1177/0093854802251>
- Araujo, M., Golpe, S., Braña, T., Varela, J. & Rial, A. (2018). Validación psicométrica del POSIT para el cribado del consumo de riesgo de alcohol y otras drogas entre adolescentes. *Adicciones*, 30(2), 130-139.
- Argimon, J. M., y Jiménez, J. (2004). Validación de cuestionarios. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Madrid: Elsevier.
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (2021). *Ley orgánica de protección de datos personales*, p. 70.
- Australian Bureau of Statistics (2006). Australian Bureau of Statistics. Camberra.
- Babor, T. F., Kranzler, H. R. & Lauerman, R. L. (1989). Early detection of harmful alcohol consumption: comparison of clinical, laboratory and self- report screening procedures. *Addictive Behaviors*, 14, 139–157.

- Babor, T. & Kadden, R. (2005). Screening and Interventions for Alcohol and Drug Problems in Medical Settings: What Works? *The Journal of TRAUMA, Injury, Infection, and Critical Care*, 59, S80-S87.
- Baumann, M., Spitz, E., Guillemin, F., Ravaud, J.F., Choquet, M., Falissard, B., Chau, N., & Lorhandicap Group (2007). Associations of social and material deprivation with tobacco, alcohol, and psychotropic drug use, and gender: A population-based study. *International Journal of Health Geographics*, 6(5).
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 86-91.
- Beck, F., Legleye, S. & Spilka, S., (2006). Cannabis, cocaine, ecstasy: entre expérimentation et usage régulier. In: Beck, F., Guilbert, P., Gautier, A. (Eds.), Baromètre Santé 2005. *Inpes, Saint-Denis*, 169–221.
- Benjet, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Zambrano, J., Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386-395.
- Bertini C, Busaniche J, Baquero F, Eymann A, Krauss M, Paz M, et al. (2015). Adaptación transcultural y validación del test CRAFFT como prueba de pesquisa para consumo problemático, abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias en un grupo de adolescentes argentinos. *Archivos Argentino de Pediatría*, 113(2), 114–118.
https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/primer/2015/AO_Bertini_anticipo_12-2-15.pdf

- Bien, T., Miller, W. R. & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315–336.
- Blow, L. et al. (2005). Parental income and children's smoking behaviour: evidence from the British household panel survey. *London, Institute for Fiscal Studies*. UK.
- Botvin, G. & Griffin, K.W. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19, 607-15.
- Brislin, R. (1986). Wording and translation of research instruments. Lonner W, Berry J (Eds). *Field Methods in Cross-Cultural Research*. London: Research Sage.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, Á. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1). Pamplona.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007
- Chakravarthy, B., Shah, S., & Lotfipour, S. (2013). Adolescent drug abuse - awareness & prevention. *The Indian journal of medical research*, 137(6), 1021–1023.
- Choquet, M., Morin, D., Hassler, C. & Ledoux, S. (2004). Is alcohol, tobacco, and cannabis use as well as polydrug use increasing in France? *Addictive Behaviors*, 29, 607–614.
- Cleveland, M.J., Feinberg, M.E., Bontempo, D.E. & Greenberg, M.T. (2008). The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 43(2): 157-164. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18639789/>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM) y Organización de los Estados Americanos

- (OEA). (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019* [Pdf]. Washington, D.C., Estados Unidos.
- Cote-Menendez M, Uribe-Isaza MM, Prieto-Suárez E. (2013). Validating the CRAFFT substance abuse screening test for adolescents in Colombia. *Revista Salud Publica*, 15(2), 203–15.
- Colica, D., Campana, V., Vázquez, F., Celga, P., y Vietto, V. (2019). Propiedades psicométricas y características operativas de la versión adaptada al castellano del cuestionario CRAFFT en adolescentes del conurbano bonaerense. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 117(5), 301–305.
- Daniel, J. Z., Hickman, M., Macleod, J., Wiles, N., Lingford-Hughes, A., Farrell, M., Araya, R., Skapinakis, P., Haynes, J., & Lewis, G. (2009). Is socioeconomic status in early life associated with drug use? A systematic review of the evidence. *Drug and alcohol review*, 28(2), 142–153.
- Dauphinee, S et al. (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA project approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 913-923. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9817108/>
- Dube S. R., Felitti V. J., Dong M., Chapman D. P., Giles W. H. & Anda R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111: 564–572.

- Encalada, G., Avila, G., Morán, B. & Franco, K. (mayo-agosto, 2021). Riesgos psicosociales y económicos asociados al consumo de drogas en adolescentes rurales escolarizados de Milagro-Ecuador. *Revista Salud y Bienestar Colectivo*, 5(2), 62-80.
- Erskine, H. E., Mof, T. E., Copeland, W. E., Costello, E. J., et al. (may, 2015). A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychological Medicine*, 45(7), 1551-63.
- Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism. The cage questionnaire. *JAMA*, 252(14),1905-1907. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6471323/>
- Franco, D. (2016). Influencia de las redes sociales en la motivación al consumo de drogas en los adolescentes de la parroquia Barreiro del cantón Babahoyo. *Universidad Técnica de Ambato*. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/2643>
- Farrington, D. P. & Welsh, B. (2007). Saving Children from a Life of Crime: *Early Risk Factors and Effective Interventions*. Oxford/ New York: Oxford University Press.
- Flaherty, J., Pathak, D., Mitchell, T., Wintrob, R., Richman, J., y Birz, S. (1988). Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 257-263.
- Fletcher A., Bonell C., Sorhaindo A. & Strange V. (2009). How might schools influence young people's drug use? Development of theory from qualitative case-study research. *Journal of Adolescent Health*, 45, 126–32.
- Fortin, M. y Nadeau, M. (1999). *La medida de investigación*. Fortin MF (Ed). El proceso de investigación de la concepción a la realización. México: McGraw-Hill Interamericana.

- Fothergill, K. E., & Ensminger, M. E. (2006). Childhood and adolescent antecedents of drug and alcohol problems: A longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, *82*(1), 61–76. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.08.009>
- Gauffin, K., Vinnerljung, B., Fridell, M., Hesse, M., & Hjern, A. (2013). Childhood socioeconomic status, school failure and drug abuse: a Swedish national cohort study. *Addiction*, *108*(8), 1441–1449. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23489245/>
- Gjersing, L., Caplehorn, J. R., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, *10*(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20144247/>
- Gorordo, L. (2021). Metodología de la Investigación y estadística médica. *Revista de Educación e Investigación en Emergencias*, *3*(3). http://www.medicinadeemergencias.com/portadas/reie_21_3_3.pdf#page=45
- Guillemin, F., Bombardier, C. & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, *46*, 1417-1432.
- Hanson, M. D., & Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *Journal of behavioral medicine*, *30*(3), 263–285. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17514418/>
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*, *7*, 323-335. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9610216/>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.) McGRAW-HIL: México, p. 634. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Hernández, O., Font, S., y Gras, M. (2015). Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 27(3), 205–13. www.soyanalistaconductual.org/aprendizaje_social_desarrollo_de_la_personalidad_albert_bandura_richard_h_walters.pdf

Jonah, B.A., Thiessen, R., Au-Yeung, E. (2001). Sensation seeking, risky drinking and behavioral adaptation. *Accident Analysis & Prevention*, 33, 679– 684.

Kahan, M., Wilson, L. & Becker, L. (1995). Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152, 851–859.

Kelly, T. M., Donovan, J., Chung, T., Bukstein, O. & Cornelius, J. (2009). Brief screens for detecting alcohol use disorder among 18-20 year old young adults in emergency departments: Comparing AUDIT-C, CRAFFT, RAPS4-QF, FAST, RUFT-Cut, and DSM-IV 2-Item Scale. *Addictive Behaviors* 34, 668–674.

Khan, M. (noviembre, 2022). *Trastorno por uso de sustancias. Manual MSD versión para profesionales*. [Página Web]. <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-psi%C3%A1tricos/trastornos-relacionados-con-sustancias/trastornos-por-uso-de-sustancias>

- Kirisci, L., Reynolds, M., Carver, D. & Tarter, R. (2013). Quick screen to detect current substance use disorder in adolescents and the likelihood of future disorder. *Drug and Alcohol Dependence* 128, 116–122.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3534810/>
- Klimas, J., Tobin, H., Field, C. A., O'Gorman, C. S., Glynn, L. G., Keenan, E., Saunders, J., Bury, G., Dunne, C., & Cullen, W. (2014). Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25470303/>
- Klimas, J., Fairgrieve, C., Tobin, H., Field, C.A., O'Gorman, C., Glynn, L.G., Keenan, E., Saunders, J., Bury, G., Dunne, C. & Cullen, W. (2018). Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12.
- Knight, J. R., Shrier, L. A., Bravender, T. D., Farrell, M., Vander Bilt, J., y Shaffer, H. J. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 153(6), 591–596.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Shrier, L. A., Harris, S. K., & Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 156(6), 607–614.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of psychology*, 140, 5-53.

- Lugo, A. S., Rodríguez, N. D., Alvarado, E. S., González, M. L., Estatal, U., y Santa, P. (2020) Percepción del riesgo en adolescentes sobre el consumo de sustancias adictivas
Perception of the risk in adolescents on the consumption of addictive substances.
Revista Estudiantil CEUS, 2(3), 13–16.
- Maher, C. G., Latimer, J. & Costa, L. (July- august, 2007). The relevance of cross-cultural adaptation and clinimetrics for physical therapy instruments. Back Pain Research Group, The University of Sydney. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(4), 245-252.
Sydney: Australia.
- Mariño, C., González-Forteza, C., Andrade, P., y Medina-Mora, E. (febrero, 1998).
Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Revista Salud Mental*, 21(1), 27–36.
<http://repositorio.inprf.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5707/sm210127.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- McDowell, I., y Newell, C. (1996). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- Merline, A. C., O'Malley, P.M., Schulenberg, J. E., Bachman, J. G. & Johnston, L. D. (2004).
Substance use among adults 35 years of age: prevalence, adulthood predictors, and impact of adolescent substance use. *American Journal of Public Health*, 94, 96–102.
- Melchior, M., Chastang, J. F., Goldberg, P. & Fombonne, E. (2008). High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and young adults in France: results from the GAZEL Youth study. *Addictive Behaviors*, 33, 122–133.

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2018). *Guía sobre drogas* [Internet]. Gráfica A (editor). PNSD. España. https://www.girona.cat/adminwebs/docs/g/u/guia__drogas.pdf
- Miranda, M., y Villacís, M. (2019). Research protocol VIII. The ethics of research on human subjects. *Revista Alergia México*, 66(1), 115–22.
- Moreta-Herrera, Ilaja-Verdesoto, Mayorga-Lascano, León-Tamayo & López-Castro (2018). Actitudes y disposición personal ante el consumo y exposición a sustancias en adolescentes del Ecuador. *Health and Addictions*, 18(2), 217 – 226.
- National Center on Addiction and Substance Abuse (June, 2011). *Adolescent Substance Use: America's #1 Public Health Problem*. Columbia University. <https://eric.ed.gov/?id=ED521379>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2010). Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators and community leaders, (2nd ed.). Bethesda, Maryland, USA.
- Nora, V. (2021). Messages From the Director | NIDA Archives [Internet]. *NIDA Advancing Addiction Science*. <https://archives.drugabuse.gov/es/messages-director>
- Oliva, A., Parra, A. & Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (1),153-169

Office on Drugs and Crime- United Nations (2021). *World Drug Report 2021. Booklet 1 - Executive summary / Policy implications*. Off Drugs Crime United Nations [Internet], 1:17. https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/V2104298_Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Salud del adolescente*. [Página web]. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_2

Organización Mundial de la Salud (21 de septiembre, 2018). El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres. *Comunicados de Prensa* [Página Web]. <https://www.who.int/es/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men>

OMS. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Manual para uso en Atención Primaria [Internet]. World Health Organization (editor). [who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf)

OPS/OMS (2022). *Iniciativa de la OPS/OMS ayuda a prevenir el inicio en las drogas de adolescentes de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú* [Internet]. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8667:2013-paho-who-initiative-helps-prevent-onset-adolescent-drug-use-bolivia-colombia-ecuador-peru&Itemid=135&lang=es

Organización de los Estados Americanos (s.f.). *El problema de las drogas en las Américas: Estudios*. [Pdf]. Drogas y Salud Pública.

Organización Panamericana de la Salud (s.f.). *Alcohol* [página web]. <https://www.paho.org/es/temas/alcohol>

Organización Panamericana de la Salud (s.f.). *Abuso de sustancias* [página web].

<https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

Organización Panamericana de la Salud (s.f.). *Control del tabaco* [página web].

<https://www.paho.org/es/temas/control-tabaco>

Organización Panamericana de la Salud (12 de abril, 2021). Nuevo estudio de la OPS/OMS

indica que 85 mil personas al año en las Américas pierden la vida exclusivamente por

consumo de alcohol. [Página Web]. [https://www.paho.org/es/noticias/12-4-2021-](https://www.paho.org/es/noticias/12-4-2021-nuevo-estudio-opsoms-indica-que-85-mil-personas-al-ano-americas-pierden-vida#:~:text=Washington%2C%20D.C.%2C%2012%20de%20abril,publicado%20hoy%20en%20la%20revista)

nuevo-estudio-opsoms-indica-que-85-mil-personas-al-ano-americas-pierden-

vida#:~:text=Washington%2C%20D.C.%2C%2012%20de%20abril,publicado%20hoy

%20en%20la%20revista

Redonnet, B., Chollet, A., Fombonne, E., Bowes, L., & Melchior, M. (2012). Tobacco,

alcohol, cannabis and other illegal drug use among young adults: The socioeconomic

context. *Drug and Alcohol Dependence*, 121(3), 231–239.

Reichenheim, M. E. & Moraes, C.L. (2007). Operationalizing the cross-cultural adaptation of

epidemiological measurement instruments. *Revista de Saúde Pública*, 41, 665-673.

Riquelme Hernández, G., Simich, L., Strike, C., Brands, B., Girsbrecht, N., & Khenti, A.

(2012). Características del policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de

pregrado de carreras de ciencias de la salud de una universidad, Santiago-Chile. *Texto*

& Contexto Enfermagem, 21, 34-40.

Sánchez Guerrero, A., Patiño Hernández, M. L. & León Parra, B., (Noviembre, 2008).

Manual para la aplicación del Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT). [Pdf]. Centros de Integración Juvenil, A. C.

Secretaría General Jurídica (22 de marzo, 2016). Reglamento ley prevención integral fenómeno socioeconómico drogas. *Registro Oficial Suplemento 717*. [Pdf].

<https://www.cfn.fin.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/09/Reglamento-a-la-Ley-de-Drogas-Lexis.pdf>

SETED. (2017). Plan nacional de prevención integral y control del fenómeno socio económico de las drogas 2017-2021 [Internet]. *Plan Estatal de Desarrollo 2017-2021*.

http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/5.Dr_. Josué Vega Plan Nacional de Drogas 2017-2021.pdf

Schulenberg J., Bachman J. G., O'Malley P. M. & Johnston L. D. (1994). High school educational success and subsequent substance use: a panel analysis following adolescents into young adulthood. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 45–62.

Schulenberg, J. E., Merline, A. C., Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. & Laetz, V.B. (2005). Trajectories of marijuana use during the transition to adulthood: the big picture based on National Panel data. *Journal of Drug Issues*, 35, 255–279.

SIIS Centro de Documentación y Estudios (junio, 2014). Desigualdades socioeconómicas consumo de drogas y territorio [Pdf]. Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y el SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía Careaga.

- Simón Saiz, M.J., Fuentes Chacón, R. M., Garrido Abejar, M., Serrano Parra, M. D., Díaz Valentín, M. J., y Yubero, S. (Enero, 2020). Perfil de consumo de drogas en adolescentes. Factores protectores. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 46(1), 33–40.
- Statistics Sweden (2012). *Level of education by the indicator, socioeconomic group and gender*. <http://www.ssd.scb.se> (Archived at <http://www.webcitation.org/6FG6GYyvs>)
- Staiger, P. K., Richardson, B., Long, C. M., Carr, V., Marlatt, G. A. (2013). Overlooked and underestimated? Problematic alcohol use in clients recovering from drug dependence. *Addiction*, 108(7), 1188-1193.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28(1), 78–106.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2396566/>
- The Center for Adolescent Substance Use Research (2018). *The CRAFFT 2.1 Manual*. [Pdf].
https://crafft.org/wp-content/uploads/2018/08/FINAL-CRAFFT-2.1_provider_manual_with-CRAFFTN_2018-04-23.pdf
- Tomalski, P. & Johnson, M. H. (2010). The effects of early adversity on the adult and developing brain. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 233–238.
- Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., de la Fuente-Martín, A., Gómez-Martínez, R. (abril, 2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 34(2).

- Trust, M. O. (1994). SF-36 Health survey scoring manual for english language applications: Australia/New Zealand, Canada, United Kingdom. Boston: Medical Outcomes Trust.
- Uhl, G. R. (2006). Molecular genetics of addiction vulnerability. *NeuroRX*, 3(3), 295–301.
- US Bureau of Statistics (2000). *Bureau of Statistics*. Washington: US.
- United Nations Office on Drugs and Crime (24 de junio, 2021). Informe Mundial sobre Drogas 2021: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras los jóvenes subestiman los peligros del cannabis. [Página Web].
<https://www.unodc.org/peruandecuador/es/noticias/2021/informe-mundial-sobre-drogas-2021.html>
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2018). World Drug Report 2018. Resumen (conclusiones). *World Drug Rep 2018*, 1–10.
http://fileserv.idpc.net/library/WDR18_ExSum_Spanish.pdf
- Valadez-García, J. A., Oropeza-Tena, R., y Vásquez, G. (2021). Evaluación de una intervención preventiva del consumo de drogas al agregar un componente para padres. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 8(2), 180–197.
Extraído de: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/29122/2-8458-Valadez-Garcia_Oropena-Tena_Vasquez_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Venegas, J. & Robayo, M. (2018). *Prevalencia de drogadicción en adolescentes en el Ecuador*. Universidad Estatal de Milagro.

- Vega-Cauich, J. I., y Zumárraga-García, F. M. (2019). Factors associated with the onset and actual consumption of substances in juvenile offenders. *Anuario de Psicología Jurídica*, 29(1), 21–29. Extraído de:
<https://journals.copmadrid.org/apj/archivos/articulo20190128134143.pdf>
- Volkow, N. (2013). Abuso de la marihuana. *Rev NIH*, 1–13.
<http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrmarihuana.pdf>
- Wang, J. C., Kapoor, M., & Goate, A. M. (2012). The Genetics of Substance Dependence. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 13(1), 241–261.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22703173/>