

## Instrumentos evaluativos de la conducta adictiva en atención a pacientes del IAFA .

### Evaluative instruments of addictive behavior in patient care of IAFA.

Luis Sandí Esquivel<sup>1</sup>, Hilda Castillo Abarca<sup>2</sup>, Evelyn Rodríguez Estrada<sup>3</sup>, Sebastián Marín Murillo<sup>4</sup>

1 Médico psiquiatra, Máster en Salud Pública, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), San José, Costa Rica

2 Máster en terapia de familia, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), San José, Costa Rica

3 y 4 Médico General, Clínica de atención a personas con trastornos por consumo de opiodes, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), San José, Costa Rica

✉ Contacto de correspondencia: Luis Sandí Esquivel lsandi@iafa.go.cr

## RESUMEN

El consumo de sustancias psicoactivas por su ubicuidad y sus complicaciones en el consumidor, su familia y ambiente familiar y sociolaboral constituye un importante problema de salud pública que afecta a todos, consumidores y no consumidores. La complejidad y multiplicidad de factores que determinan el consumo de drogas convoca a un acercamiento integral que da cabida a muchas disciplinas para lograr mayor precisión en el diagnóstico y una mejor intervención. Tanto para profesionales como no profesionales es imprescindible el uso de instrumentos evaluativos del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, de la conducta adictiva, de las alteraciones emocionales más frecuentes, como depresión y ansiedad, así como determinar qué tan afectadas están las principales áreas de su vida. El instrumento base más ampliamente conocido para tal fin es el Índice de Severidad a la Adicción, el cual ha sido validado y actualizado para Costa Rica, para ampliar su capacidad psicométrica se ha agregado la prueba de dependencia de tabaco de Fageström, la prueba de evaluación del consumo de alcohol (AUDIT) y las escalas de evaluación de ansiedad y depresión de Zung. Para cualquier persona que trabaje con personas afectadas por el consumo de drogas, estas herramientas clínicas son instrumentos básicos esenciales.

**Palabras Clave:** drogas, adicción, instrumentos, tamizaje, evaluación.

### Cómo citar:

Sandí Esquivel, L., Castillo Abarca, H., Rodríguez Estrada, E., & Marín Murillo, S. Instrumentos evaluativos de la conducta adictiva en atención a pacientes del IAFA. Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos, 7(3). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v7i3.707>

## ABSTRACT

The consumption of psychoactive substances due to its ubiquity and its complications in the consumer, his family and in the family and social-work environment constitutes an important public health problem that affects everyone, consumers and non-consumers. The complexity and multiplicity of factors that determine drug use calls for a comprehensive approach that accommodates many disciplines to achieve greater precision in diagnosis and better intervention. For both professionals and non-professionals, it is essential to use assessment instruments for the consumption of tobacco, alcohol and other drugs, addictive behavior, the most frequent emotional disturbances, such as depression and anxiety, as well as determining how affected

**Recibido:** 12/Jun/2023

**Aceptado:** 29/Ago/2023

**Publicado:** 13/Set/2023



the main areas of your life. The most widely known base instrument for this purpose is the Addiction Severity Index, which has been validated and updated for Costa Rica. To expand its psychometric capacity, the Fageström tobacco dependence test, the evaluation test has been added. of alcohol consumption (AUDIT) and Zung's anxiety and depression assessment scales. For anyone working with people affected by drug use, these clinical tools are essential basic tools.n.

**Keywords: drugs, addictions, instruments, screening, evaluation.**

## INTRODUCCIÓN

En consumo de drogas en Costa Rica constituye un problema significativo de salud pública. En el último estudio nacional, realizado en 2015, sobre consumo de drogas se encontró, para la población mayor de 18 años, que, en el último año había fumado el 14%, consumido alcohol el 41%, marihuana el 4.8% y cocaína un 1.1%. En la población consumidora de sustancias legales e ilegales, es frecuente la búsqueda de tratamiento por trastornos asociados con el consumo de drogas (1). En el 2019 acudieron al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia a buscar tratamiento 24.728 personas (2). En las 35 oenegés de servicio residencial que internan personas con trastornos por consumo de drogas, en el año 2022 ingresaron 2872 (3). No existe registro de quienes buscan ayuda privada para tratamiento ambulatorio o en internamiento.

Por su prevalencia y consecuencias el consumo de drogas constituye un importante problema de salud pública, que ha conllevado a una alta disponibilidad de servicios públicos y privados para la atención de esta problemática, La Caja Costarricense del Seguro Social cuenta con 13 equipos interdisciplinarios para la Atención de las Adicciones (EISAA) y el IAFA, por su parte, ofrece, además de la sede central, 13 Centros de Atención Integral en Drogas (CAID). De igual manera ha sido creciente el interés de los profesionales de la salud para formarse en el abordaje de los trastornos por consumo de drogas. Y, por otra parte, los exconsumidores se forman como consejeros en adicciones para asistir a estas personas. La compleja multidimensional de los determinantes del consumo convoca a la intervención de múltiples disciplinas para su evaluación, el diagnóstico y el apropiado abordaje. Una perspectiva integral sistémica permite una mayor comprensión del problema y un mejor tratamiento. Por tal razón, se ha hecho indispensable, y es el objetivo de este artículo, poner a disposición de quienes trabajan con personas afectadas por el consumo de drogas de instrumentos clínicos de evaluación de la conducta adictiva y trastornos asociados.

## MATERIALES Y MÉTODOS

En el Instituto sobre Alcoholismo y farmacodependencia, desde 1989 se han validado y utilizado varios instrumentos clínicos evaluativos. Se han utilizado de manera dispersa por investigadores, clínicos y grupos de trabajo como la clínica para atención para personas con trastornos por consumo de opiodes y la clínica de tabaco. Sin embargo, por su utilidad clínica, fácil aplicación y anuencia de los clínicos a su utilización, se hace una revisión y actualización de los cinco principales instrumentos y se integran en un solo documento titulado Índice de Severidad a la Adicción, versión Costa Rica 2022 (ASI-CR-2022) (4), que incluye el más reconocido internacionalmente, el Addiction Severity Index (ASI) (5), conocido en el habla hispana como Índice de Severidad a la Adicción (ASI), el cual evalúa el consumo de alcohol y drogas y las principales áreas afectadas. Si bien el ASI hace una valoración general e integral, se agregaron otros instrumentos específicos que mejoran la precisión diagnóstica, por ejemplo, la prueba de dependencia a la nicotina de (6), prueba para la identificación de problemas asociados al alcohol (AUDIT) por sus siglas en inglés) (7) y las pruebas de ansiedad y depresión de Zung para identificar problemas de ansiedad y depresión (8, 9).

## Desarrollo

**ASI:** fue desarrollado en 1980 por Thomas Maclellan, Lester Luborsky, Charles OBrien y George Woody en respuesta a la necesidad de contar con un instrumento confiable, válido y estandarizado para evaluar a

las personas afectadas por trastornos por consumo de alcohol y drogas (10). Por su uso internacional tan extendido, y para facilitar su acceso en las búsquedas de información, se prefiere mantener el acrónimo de ASI en lugar de ISA como correspondería en español.

En 1998 el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia promovió un estudio de casos y controles para determinar la confiabilidad y validez del instrumento para el país (11), utilizando el instrumento adaptado a Costa Rica, con el apoyo de la versión previa latina realizada en Colombia en 1988 (12). Se encontró que el instrumento es válido para diferenciar a personas afectadas de las no afectadas y que, además, contaba con robustas capacidades para evaluar de manera confiable y válida la gravedad de las diferentes áreas afectadas en los consumidores de alcohol y drogas.

El ASI es una entrevista estructurada utilizada tanto para fines clínicos como investigativos en la evaluación de personas afectadas por el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, en su administración se dura, en promedio, 45 minutos por un entrevistador fácilmente entrenado (5,10, 13). Está indicado para personas mayores de 16 años, hombres y mujeres, para ser utilizado en el examen de pre-admisión, en el momento de ingreso al tratamiento y como seguimiento, lo cual permite una evaluación del tratamiento y de las mejoras en las diferentes áreas de vida en el tiempo.

El ASI evalúa la severidad de problemas en siete áreas frecuentemente afectadas en los sujetos que consumen sustancias psicoactivas: estado médico general, situación laboral/financiera, consumo de tabaco/alcohol, drogas, situación legal, familia/relaciones sociales y estado psicológico/psiquiátrico (14,15).

En cada una de estas áreas, se hacen preguntas que miden el número, grado y duración de los síntomas en el transcurso de la vida del paciente y en los últimos 30 días. El paciente también suministra información subjetiva de la severidad de dichos problemas recientes en los últimos 30 días, y la importancia que tiene para él recibir asesoría profesional en cada área problema. Se han llevado a cabo análisis extensos sobre el ASI donde se ha encontrado que es un instrumento confiable y válido para el uso general (5,6,13, 15, 16, 17, 18).

De los datos recolectados resultan dos clases de medidas para cada área problema. Primero, el entrevistador asimila los datos objetivos y subjetivos para crear una valoración global de 10 puntos (0-9) de severidad en cada área problema. Estas valoraciones ofrecen al clínico estimaciones generales, confiables y válidas del estado real de los problemas que padecen las personas afectadas por consumo de sustancias (3-4). Se han utilizado estas valoraciones como criterio de tamizaje en evaluaciones clínicas y como indicadores del resultado del tratamiento (13,19). La valoración de la severidad de cada área del ASI provee información muy valiosa de las áreas afectadas, sobre todo que tan afectada está cada área, así como, señalar cuáles intervenir prioritariamente. La segunda clase de medida disponible en cada área de problema del ASI es un "puntaje compuesto", el cual se deriva matemáticamente, se desarrolla por grupos de preguntas interrelacionados de cada área del ASI y son similares a puntajes de factor.

Los ítems en cada puntaje compuesto están estandarizados y sumados para producir una estimación matemática del estado del paciente en cada área de problema. Los puntajes compuestos están bien relacionados con las valoraciones de severidad del entrevistado, pero se calcula con base en el ASI de ingreso y de seguimiento para producir criterios de evaluación más objetivos del cambio en el paciente y de la eficacia del tratamiento (5, 20). Se utilizan las evaluaciones de severidad clínicamente como predictores del resultado y los puntajes compuestos como la medida del resultado (para una descripción de estas medidas y su uso general, consulte los puntajes compuestos del Índice de Severidad de Adicción (21).

Una amplia bibliografía médico epidemiológica está disponible sobre la validez, confiabilidad y la aplicación del "ASI" en numerosos grupos clínicos. Resultados de estudios simultáneos de confiabilidad indican que los entrevistadores entrenados pueden estimar la severidad de los problemas del paciente con una concordancia promedio de 0.89. Estudios de la aplicación y re-aplicación del cuestionario demuestran que la información obtenida del "ASI" es consistente, aun cuando es aplicado por distintos entrevistadores. Comparaciones de

las valoraciones de severidad del “ASI” y los “puntajes compuestos” con una batería de tesis previamente validados indican evidencia fuerte de una validez discriminativa. Los resultados de confiabilidad y validez fueron consistentes a través de los subgrupos de pacientes divididos por edad, raza, sexo, problema principal o clase de programa de tratamiento (15, 17,19). Los autores y muchos otros investigadores han encontrado que el ASI ofrece ventajas en la evaluación de temas importantes tales como la predicción del éxito individual y grupal de algún tratamiento, la comparación de distintas formas de tratamiento y el apareamiento de los pacientes con la modalidad terapéutica más indicada (19).

Pese a que el instrumento fue validado en el país hace muchos años, los clínicos a cargo de la atención a pacientes con trastornos por consumo de drogas en el IAFA no lo han utilizado con regularidad, en parte, también debido a que las personas conocedoras del instrumento no estaban involucradas a las labores clínicas; con su regreso en el 2108, y en virtud de la complejidad clínica de la atención a personas afectadas por el consumo de opiodes, se estructuró un grupo interdisciplinario conformado por médico general, psiquiatra, psicóloga y trabajadora social para la evaluación, análisis, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con trastornos por consumo de opiodes.

El grupo consideró de primordial importancia la utilización de instrumentos clínicos de evaluación de los trastornos adictivos con miras a un abordaje más preciso, pero también, para dar respuesta a peritajes clínicos con información más objetiva, considerando las implicaciones legales que se suceden con frecuencia en las personas con problemas con opiodes, por lo que se incluyó de manera regular la utilización del ASI. Dado que el ASI fue validado en 1989, y que desde entonces el contexto sociocultural y de consumo de drogas ha variado sustancialmente, con base en la experiencia local y las últimas adaptaciones realizadas en España y Colombia (ASI 6), se elaboró una nueva versión para Costa Rica actualizada del ASI, ASI-2-2022, que la mejora sustancialmente (4, 22, 23).

**La Prueba de Dependencia a la Nicotina de Fageström (PDFNF):** es un instrumento breve de tamizaje utilizado a nivel mundial para diferenciar en fumadores consuetudinarios la severidad de la dependencia física a la nicotina. Fue diseñado en 1978 por Karl Fageström con un total de nueve preguntas, modificado a seis preguntas por Heatherton en 1991. En los estudios tempranos la prueba mostró niveles aceptables de consistencia interna que se correlacionaron con índices bioquímicos de ingesta de nicotina (6,24). En una evaluación realizada en el 2018 de sus propiedades psicométricas en 464 estudiantes universitarios de la ciudad de Arequipa en Perú, se encontró que muestra adecuados niveles de validez y confiabilidad, se demostró la estructura unidimensional del instrumento con índices de bondad de ajuste adecuados a través del análisis factorial confirmatorio, con la prueba alfa de Cronbach, cuya confiabilidad fue de 0.86 (25).

La prueba evalúa el número de cigarrillos consumidos por día, cuánto demora en fumarse en primer cigarrillo, dificultad para fumar cuando no es conveniente como en lugares prohibidos o en caso de estar enfermo y horario preferencial para fumar. Los puntajes de seis o más indican una dependencia a la nicotina y menores de seis señalan un fumado mediado más por factores psicosociales que por la dependencia a la nicotina. Esta diferenciación es fundamental para precisar clínicamente cuando un paciente es meritorio de terapia psicofarmacológica para la cesación del fumado, un puntaje de seis o más detecta una dependencia a la nicotina, cuyo síndrome de supresión amerita de medicación psicofarmacológica específica para la supresión del tabaco (26). El instrumento es parte del Cuestionario de Investigación clínica (CICLI) de uso regular en la atención de fumadores en el IAFA y la CCSS (27).

**Test de identificación de trastornos por el consumo de alcohol (AUDIT):** el consumo de alcohol es la droga de mayor prevalencia en el país y la mayoría de los pacientes que consultan para tratamiento por cualquier otra droga hacen referencia al consumo de alcohol, por lo que es imprescindible tamizar a esta población para diferenciar quienes tienen algún trastorno con el consumo de alcohol que amerite un tratamiento más especializado de aquellos que no cumplen criterios para un trastorno.

La Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT por sus siglas en inglés) fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1982 para uso específico en atención primaria. El cuestionario consta de diez preguntas que evalúan la cantidad y frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas, consecuencias y tipo de consumo. Las preguntas puntúan de 0 a 4, salvo la 9 y 10 que puntúan 0, 2 o 4. La puntuación total es de 0 a 40. El punto de corte es de 7. Está estructurado para valorar consumo, abuso y dependencia, las preguntas 1,2,3 hacen referencias al consumo de bebidas alcohólicas; la 4, 5, 6, 7 a la dependencia al alcohol; y la 8, 9 y 10 a las consecuencias del consumo. La evaluación en múltiples estudios ha demostrado muy buena consistencia interna y fiabilidad. De los instrumentos disponibles el AUDIT muestra la mejor capacidad predictiva para el diagnóstico de abuso y dependencia. Para dependencia un puntaje de doce se considera positivo. Se ha considerado el instrumento más viable y fiable en los servicios de atención primaria. El AUDIT es breve, rápido, de fácil aplicación, detecta muy bien problemas con el consumo de bebidas alcohólicas. Está elaborado con base en los criterios diagnósticos actuales del CIE-10 en cuanto al consumo en los últimos doce meses. Puede ser utilizado en atención primaria y en cualquier centro de intervención de personas con problemas con el consumo de alcohol para afinar el diagnóstico. Una puntuación alta en las preguntas 1,2,3,5,6 y baja en el resto es indicativo de un consumo riesgoso; una puntuación de 7 o más, o bien alta en las preguntas 7 a 10 es una buena presunción diagnóstica de consumo nocivo, abusivo o perjudicial, con una sensibilidad y especificidad cercana al 90%. Una puntuación de 12 o más es una buena indicación de una dependencia por el consumo de alcohol, con una sensibilidad y especificidad del 100%. Ante cualquier situación clínica donde se encuentra el consumo de alcohol es imprescindible el uso de instrumentos de cribado para facilitar la diferenciación diagnóstica con miras a un mayor uniformidad diagnóstica y consenso conceptual. (7,28,29).

En diferentes poblaciones el AUDIT ha demostrado reiteradamente alta consistencia interna, la cual se determina por medio de la confiabilidad que mide si el constructo de evaluación se mantiene estable en diferentes aplicaciones. La medida de confiabilidad más utilizada es el coeficiente de Cronbach (1950) que varía entre 0.64 y 0.92 (30) y el coeficiente de omega de McDonald (1970).

En una muestra de 256 estudiantes de medicina en Bogotá se encontró un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.792, un coeficiente de omega de 0.878, por lo que se concluyó que el instrumento muestra alta confiabilidad con dos dimensiones y es válido para identificar trastornos relacionados con el consumo de alcohol (31). La validez hace referencia a la capacidad del instrumento para medir lo que se propone medir, lo cual se hace a través de la dimensionalidad, que se refiere a si recoge los factores que teóricamente son parte de la escala.

**Escala de evaluación de ansiedad y depresión de Zung:** existe suficiente evidencia de que las personas con trastornos por consumo de sustancias padecen con mucha más frecuencia, que la población general, de una gran variedad de trastornos mentales, sin embargo, los más frecuentes son los trastornos ansiosos y depresivos, no solo como determinantes de consumo, sino también, como una consecuencia del trastorno de consumo.

Tanto la depresión como la ansiedad pueden ser de tal gravedad que producen un estado emocional que conlleva a inestabilidad emocional que afecta las relaciones familiares, laborales y sociales y que puede, las más de las veces, propiciar el consumo, o bien, dificultar con creces los procesos de recuperación. La adecuada identificación de los trastornos ansiosos y depresivos y su gravedad, así como su respectivo tratamiento, es una necesidad imperiosa en la evaluación de las personas con trastornos por consumo de drogas. El diagnóstico de un trastorno mental es un proceso clínico propio de especialistas en salud mental, sin embargo, las escalas de medición con buenas propiedades psicométricas son una económica y útil opción para evaluar síntomas ansiosos o depresivos.

Las pruebas de ansiedad y depresión de Zung permiten tamizar los síntomas para diferenciar quienes tenían síntomas ansiosos o depresivos de suficiente intensidad para una evaluación más exhaustiva con miras a pautas de tratamiento. Estos instrumentos permiten aunar a la impresión clínica datos objetivos de instrumentos reconocidos internacionalmente para afinar el diagnóstico y precisar la intervención. En

el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, en la clínica de atención a personas con trastornos por consumo de opiodes, se aplican de manera rutinaria en la fase de evaluación en conjunto con el ASI y la prueba de Fageström. En la atención de fumadores, como parte del CICLI se incluyen las escalas de ansiedad y depresión de Zung.

La escala de evaluación de ansiedad de Zung, creada por Willian Zung en 1971, identifica diferentes niveles de ansiedad, busca un estimado de la ansiedad como un trastorno emocional y mide su gravedad. El cuestionario consta de 20 preguntas, 15 somáticas y cinco cognitivas relacionadas con los síntomas característicos de la ansiedad presentes en los últimos treinta días.

El formato de respuesta son cuatro columnas que indican, siempre/casi siempre, muchas veces, algunas veces, nunca/casi nunca. Las respuestas puntúan de 1 a 4 en sentido negativo y de 4 a 1 en sentido positivo, el rango de puntuación resulta de la suma de las puntuaciones y va de 20 a 80. Las respuestas están tanto en un sentido negativo como positivo para evitar que el entrevistado descubra patrones de respuestas. La escala está estructurada de tal manera que un puntaje bajo indica la inexistencia de problemas ansiosos y un puntaje alto la presencia de síntomas ansiosos significativos. Puntajes menores de 35 no evidencian problemas ansiosos, de 36 a 51 evidencia síntomas leves, de 52 a 67 síntomas moderados y mayor de 68 síntomas severos.

En estudios de validación, la correlación entre cada ítem y el puntaje total oscila entre 0.34 y 0.65, la fiabilidad medida por el coeficiente de Cronbach 0.66 (8, 32, 33, 34). Es una escala con grandes capacidades para identificar problema de ansiedad, no hace diagnóstico clínico de un trastorno de ansiedad, pero señala muy bien el camino para una exploración más exhaustiva. En un estudio con 221 estudiantes colombianos se encontró una consistencia interna de 0.77, el primer factor, los síntomas somáticos son responsables de un 39.4 de la varianza y el segundo factor, los síntomas cognitivos, del 13 % de la varianza (35).

Por otra parte, muchos profesionales de salud han reconocido la utilidad de la escala de depresión de Zung para evaluar la severidad de los síntomas depresivos, pero también, aunque no es un instrumento de cribado propiamente, ha demostrado muy buena sensibilidad (82%) y buena especificidad (75%), por lo que ha sido muy útil en poblaciones clínicas y en población general.

La escala de depresión de Zung es en la actualidad uno de los instrumentos más reconocidos y utilizados para evaluar la depresión. Fue desarrollada por William Zung en 1965 y evalúa las principales características de la depresión, el afecto dominante, los equivalentes psicológicos, las alteraciones psicósomáticas y otras alteraciones.

Consta de 20 preguntas, diez se hacen en forma positivas y otras diez en forma negativa. El formato de respuesta es igual que en la escala de ansiedad. Los síntomas se evalúan en las dos últimas semanas. Puntajes menores de 40 indican la ausencia de síntomas depresivos, de 41 a 48 evidencia síntomas depresivos leves, de 49 a 56 síntomas depresivos moderados, y mayor de 57 síntomas severos. El instrumento no hace un diagnóstico clínico de depresión, pero señala la gravedad de sintomatología depresiva que, cuando califica de moderado a severo, indica la necesidad de una evaluación más exhaustiva y probablemente una intervención especializada. Esta escala se ha utilizado en múltiples países y su utilidad ha quedado ampliamente sustentada. Los estudios han encontrado muy buena fiabilidad (0.70 a 0.80) e índice de Cronbach (0.79-0.92). También ha demostrado muy buena validez, los índices de correlación con otras escalas (Hamilton, inventario de depresión de Bech) y con juicio clínico global oscila entre 0.50 y 0.80 (9,32,33).

## **CONCLUSIÓN**

La alta prevalencia de los trastornos asociados al consumo de drogas, así como la multidimensionalidad en sus determinantes y sus consecuencias ha atraído al terreno de la intervención una variedad de trabajadores de la salud cada vez más amplio que obliga, para el mejor bienestar de los pacientes, aguzar los mecanismos

de evaluación, diagnóstico y tratamiento. Los instrumentos clínicos de evaluación, el Índice de Severidad de la Adicción (ASI-CR-2022), la prueba de Fagestrom de dependencia de tabaco, el test de identificación de problemas con el consumo de alcohol ( AUDIT ) y las escalas de depresión y ansiedad de Zung son herramientas ágiles, sencillas, de fácil aplicación, confiables y válidas para ser utilizadas por personal profesional y no profesional dedicado a la atención de personas con trastornos por consumo de alcohol para conocer mejor la situación clínica y una más precisa intervención.

En el servicio de atención a pacientes del IAFA se han utilizado con regularidad, con muy buena aceptación por el personal clínico. Ofrecen valiosa información adicional que, aunado a una buena entrevista mejoran, con creces, la calidad de la intervención. Al personal clínico profesional y técnico lo alentamos al uso sistemático de estas herramientas clínicas para labores clínicas y de investigación en el campo del consumo de drogas.

## **Declaración Conflicto de Interés**

Se declara que ninguno de los autores presenta algún conflicto de interés por el artículo.

## **Declaración de Financiamiento**

La publicación no presentó ningún medio de financiamiento.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. VI encuesta nacional. Consumo de drogas en Costa Rica.2015. San José, Costa Rica.
2. Chacón, W. Adherencia a los tratamientos en los servicios ambulatorios del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia por personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas 2019-2029. Proceso de investigación. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 2020.
3. Chacón, W. Comunicación personal. Proceso de investigación. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 2023
4. Sandí L, Castillo H. Índice de Severidad a la Adicción CR-2. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 2022
5. McLellan A, Luborsky L, Woody G, O'Brien C, Kron, R. Are the "addiction-related" problems of substance abusers really related?. The Journal of nervous and mental disease. 1981; 169(4), 232-239. <https://doi.org/10.1097/00005053-198104000-00005>
6. Fagerström K. Measuring degree of physical dependence on tobacco smoking with references to individualization of treatment. Addict Behav1978;3(3-4):235-41. Doi: 10.1016/0306-4603(78)90024-2.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prueba para la identificación de problemas asociados al alcohol (AUDI, por sus siglas en inglés). Catalogue of assessment instruments used in hte studies coordinated by the WHO mental Health Programme Ginebra. 1993. WHO/MNH/92.5.
8. Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. Psychosomatics. 1971; 12(6): 371-9. DOI: 10.1016/S0033-3182(71)71479-0
9. Zung WW. A self rating scale. Arch Gen Psychaitry. 1965; 12: 63-70. DOI: 10.1001/archpsyc.1965.01720310065008

10. McLellan A, Luborsky L, O'Brien CP, Woody GE, Druley KA. ¿Es efectivo el tratamiento para el abuso de sustancias? JAMA. 1982 marzo; 247 (10): 1423-1428. DOI: 10.1001/jama.1982.03320350027022. PMID: 7057531.
11. Sandí, L. Validity of the Addiction Severity Index (adpated version) in a Costa Rican population group. Bulletin of the Panamerican Health Organization. 1990; vol 24, number 1, 70-76.
12. Hospital Mental de Antioquia. Servicio de Farmacodependencia. Segundo taller sobre Aplicación de instrumentos clínicos investigativos en la adicción. 1989. Bello, Antioquia, Colombia.
13. McLellan A, Luborsky L, Woody G, O'Brien C, Druley K. Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of psychiatric severity. Archives of general psychiatry.1983; 40(6), 620-625.
14. Woody E, McLellan A, Luborsky L, O'Brien C, Blaine J, Fox S y otros. Severity of psychiatric symptoms as a predictor of benefits from psychotherapy: the Veterans Administration-Penn study. The American Journal of Psychiatry. 1984; 141(10): 1172-1177.
15. Zapata J, García J, Arroyave C, Calderón J, Gómez J, Buitrago D. Validación de la sexta edición del Addiction Severity Index. (ASI 6) en población clínica colombiana. Revista Biomédica.2019; 39 (2).
16. Bobes García J, Bascarán Fernández M, Bascarán Bobes M, Carballo Crespo J, Díaz Meza E, Flores Menéndez G y otros. Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitoreo de tratamiento. SOCIDROGOALCOHOL. Sociedad científica española de estudio del alcohol alcoholismo y otras toxicomanías. 2007.
17. Casares López M, Díaz Mesa E, García Portilla M, Saiz Pilar A, Bobes Mascarán M, Fonseca Pedrero E y otros. Sixth version of the addiction severity index, assesing sensibility of the therapeutic change and retention predictors. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2011; 11 (3) 495-508.
18. Díaz Mesa E, García Portilla P, Sáiz Pilar A, Bobes Mascarán T, Casares M, Fonseca, E. Rendimiento psicométrico de la sexta versión del Addiction Severity Index en español (ASI-6). Psicothema. 2010; 22:513-9.
19. McLellan A, Cacciola J, Alterman A, Rikoon S, Carise D. The Addiction Severity Indexat 25: origins, contributions and transitions. The American journal on addictions. 2006; 15(2), 113-124.https://doi.org/10.1080/10550490500528316
20. Woody G, McLellan A, Luborsky L, O'Brien C. Sociopathy and psychotherapy outcome. Archives of general psychiatry; 1985; 42(11), 1081-1086. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790340059009
21. Cherchel L, Moeson W, Rogger N, Van Puyenbroeck T, Paisana, M., Saltelli A. Creación de indicadores compuestos con DEA y análisis de robustez: el caso del Índice de logros tecnológicos, Journal of the Operational Research Society. 2008; 59:2, 239-251. DOI:10.1057/ palgrave.jors.2602445.
22. Sandí L, Castillo H. Manual de aplicación del ASI-2 CR. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 2022.
23. Díaz Mesa E. Adaptación y validación al español de la versión sexta del Addiction Severity Index (ASI-6),2006. [Tesis en acceso abierto. Universidad de Oviedo]. http://hdl.handle.net/10651/38487.



24. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fargeström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991; 86(9):1119-27. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x
25. Arias-Gallegos W, Huamani-Cahua J, Choque-Vera R. Análisis psicométrico del test de Fagestrom de dependencia a la nicotina en una muestra de estudiantes universitarios. *Acta Med Perú.* 2018; 835 (3) 174-9.
26. Sandí L, Molina D. Guía de Intervención para el Tratamiento de la Dependencia al Tabaco. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Costa Rica, 2013.
27. Sandí, L, Molina D. Cuestionario para la identificación Clínica del paciente (CICLI). Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 2017. Costa Rica.
28. Martínez-Delgado JM, Girón García S, González Saiz F. "Validación del cuestionario breve AUDIT, para la detección precoz de problemas relacionados con el consumo de alcohol en Atención Primaria". Libro de ponencias del IV Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su enfoque comunitario. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz. Diputación Provincial de Cádiz. 1996.
29. Martínez Delgado JM, González Saiz F, Girón García S. "Validación de constructo del cuestionario AUDIT en Atención Primaria de Salud". II Jornadas Autonómicas de Socidrogalcohol Andalucía. 1997.
30. Reiner D, Allen P. The alcohol use disorder identification test: an update of research finding. *Alcohol Clin Exp Resp.* 2007; 31 (2) 185-99. Doi: 10.111/j.1530-0277.2006.0295.
31. Campos Arias A, Villaril Vargas E, Herazo E. Confiabilidad y dimensionalidad del AUDIT en estudiantes de medicina. *Psicología desde el Caribe vol.* 2014; 30 (1), 21-35.
32. Mulrow C, Willian J, Gerety M, Ramirez G, Montiel O, Kerber C. Case finding instruments for depression in primary care setting. *Ann Intern Med.* 1995; 122 (12): 913-921. DOI: 10.7326/0003-4819-122-12-199506150-00004
33. Sánchez R, Echeverri J. 2004. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Publica.* 2004; 6: 302-18.
34. De la Ossa S, Martínez Y, Herazo E, Campo A. Estudio de la consistencia interna y estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad. *Colomb. Med.* 2009; vol.40, n.1, pp.71-77. ISSN 1657-9534
35. Lusilla MP, Sánchez A, Sanz C, López J. Validación estructural de la escala heteroevaluada de ansiedad de Zung (XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría). *Anales de Psiquiatría.* 1990; 6, Sup 1: 39.