



CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
"DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Psiquiatría

ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y MODOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

DRA. CONSUELO JIMÉNEZ PÉREZ

DIRECTOR CLÍNICO
DR. LUIS ALFONSO GRAGEDA FOYO

DIRECTOR METODOLÓGICO
DRA. MARÍA ESTHER JIMÉNEZ CATAÑO

Febrero 2024



CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
"DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Psiquiatría
**ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y MODOS DE
AFRONTAMIENTO EN PACIENTES DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Dra. Consuelo Jiménez Pérez
No. de CVU del CONACYT (1070009)

DIRECTOR CLÍNICO
Dr. Alfonso Grageda Foyo
No. de CVU del CONACYT

DIRECTOR METODOLÓGICO
Dra. María Esther Jiménez Cataño
No. de CVU del CONACYT
Identificador de ORCID

SINODALES

Dr. Jorge Ahumada Morales
dr.jorge.ahumada@gmail.com
Presidente del jurado

Dr. José María Hernández Mata
jmher57@gmail.com
Sinodal

Dra. Laura Elena Pérez Ramos
laurarramos@gmail.com
Sinodal

Dr. Julio César Nacienceno Simental
julionacienceno@hotmail.com
Sinodal suplente

Febrero 2024



Asociación entre depresión, consumo de sustancias y modos de afrontamiento en pacientes de un hospital psiquiátrico © 2024 Por Consuelo Jiménez Pérez se distribuye bajo [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

RESUMEN

Introducción: La depresión a menudo se acompaña del consumo de sustancias y de mecanismos de afrontamiento inadecuados. Sin embargo, llama la atención por qué no todas las personas que se deprimen o cursan con factores estresantes recurren al consumo de sustancias. Se debe considerar la importancia de dichos modos de afrontamiento utilizados ante situaciones adversas como factor de riesgo en pacientes deprimidos para tener un problema con el consumo de sustancias.

Objetivo principal: Determinar asociación entre el riesgo de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol medido por escala ASSIST con mecanismos de afrontamiento utilizados mediante escala CSI en pacientes con depresión que acuden a la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña (CPDENP).

Metodología: Estudio transversal analítico. Se incluyeron pacientes adultos que acudieron a la CPDENP por síntomas depresivos. Se analizaron pacientes con puntaje ≥ 5 en la escala PHQ9 y se excluyeron pacientes con trastornos del espectro psicótico. Se obtuvieron las siguientes variables de interés: puntaje de riesgo de consumo, trastorno depresivo mayor, mecanismos de afrontamiento, edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación.

Análisis estadístico: Se calculó el tamaño de la muestra de 60 pacientes para un análisis bivariado. En el análisis descriptivo se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk, para conocer la distribución de las variables continuas, las cuales se describieron mediante su medida de tendencia central y de dispersión. Finalmente se realizó una correlación mediante la prueba Rho de Spearman para el alcohol, que fue la sustancia más utilizada.

Resultados: La edad joven se relaciona significativamente con mecanismos de afrontamiento inadecuados ($p=0.014$), con síntomas depresivos más graves ($p=0.036$), riesgo de consumo de tranquilizantes ($p=0.033$) y alcohol ($p=0.033$).

Conclusión: Existe asociación entre estrategias de afrontamiento inadecuadas, consumo de alcohol y tranquilizantes en pacientes deprimidos.

PALABRAS CLAVE

- Sustancias
- Depresión
- Mecanismos de afrontamiento

ÍNDICE

	Página
Resumen	2
Palabras clave.....	3
Índice	4
Lista de abreviaturas	5
Dedicatorias	6
Agradecimientos	7
Antecedentes	8
Justificación	24
Pregunta de investigación.....	25
Hipótesis	26
Objetivos	27
Sujetos y métodos	28
Cuadro de variables y criterios de selección	29
Análisis estadístico	31
Recolección de datos	32
Cálculo del tamaño de la muestra.....	33
Instrumentos de medición.....	34
Ética	38
Resultados	40
Discusión	52
Conclusiones	56
Limitaciones y/o nuevas perspectivas de investigación...	57
Bibliografía	58
Anexo 1 (CSI)	63
Anexo 2 (ASSIST)	66
Anexo 3 (PHQ9)	69
Anexo 4 (Consentimiento informado)	70
Anexo 5 (Autorización por comité de ética).....	71

LISTA DE ABREVIATURAS

- **ASSIST:** Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias.
- **CSI:** Inventario de estrategias de afrontamiento.
- **CPDENP:** Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.
- **PHQ9:** Cuestionario de salud del paciente.
- **STAR*D:** Alternativas de tratamiento secuenciado para aliviar la depresión.
- **GABA:** Ácido gamma amino butírico.
- **GAD67:** Glutamato descarboxilasa 67.
- **VIH:** Virus de inmunodeficiencia humana.
- **HHS:** Eje hipotálamo hipófisis suprarrenal.
- **SNS:** Sistema nerviosos simpático.
- **MACP:** Manejo adecuado centrado en el problema.
- **MACE:** Manejo adecuado centrado en la emoción.
- **MICP:** Manejo inadecuado centrado en el problema.
- **MICE:** Manejo inadecuado centrado en la emoción.
- **REP:** Resolución del problema.
- **AUC:** Autocrítica.
- **EEM:** Expresión emocional.
- **PSD:** Pensamiento desiderativo.
- **APS:** Apoyo social.
- **REC:** Reestructuración cognitiva.
- **EVP:** Evitación del problema.
- **RES:** Retirada social.
- **HADS:** Escala de depresión y ansiedad de Hamilton.

DEDICATORIAS

Para papá que me cuida desde el Cielo,
Para mamá por su apoyo incondicional,
Para Mauro, por su infinito amor y paciencia.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera iniciar este párrafo extendiendo mi gratitud infinita a Dios porque con Él todo es posible.

Muchas gracias a mis asesores, por el acompañamiento y apoyo durante la elaboración de este estudio. Al Dr. Luis Alfonso Grageda Foyo, por su disposición para la enseñanza y el carisma que solo a usted le caracteriza. A la Dra. María Esther Jiménez Cataño, por haberme brindado una de las experiencias académicas más regocijantes en mi formación como residente de Psiquiatría, por su dedicación y su invaluable tiempo para llevar a cabo esta investigación.

Muchas gracias al Dr. Emmanuel Rivera López, endocrinólogo adscrito al Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto y al Dr. Jesús Francisco Galván Molina, por su valiosísima ayuda durante el proceso de análisis estadístico y redacción de los resultados. Sin su apoyo, esto no sería posible hoy.

A mi maestro, el Dr. José María Hernández Mata, por guiarme a buscar el camino cuando más perdida me sentí y cuando no lo encontré me ayudó a hacer uno nuevo. Que sepa que guarda usted un lugar muy especial en mi vida. Muchas gracias por todo.

Agradezco a la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña por haberme permitido llevar a cabo esta investigación en sus instalaciones. La ayuda brindada no tiene precio.

Muchísimas gracias a mis pacientes por haber contribuido en este estudio que es de ustedes y para ustedes.

ANTECEDENTES

Epidemiología del Trastorno Depresivo Mayor

La depresión es un serio problema de salud pública, asociado con una importante incapacidad y mortalidad. En Estados Unidos, en el año 2010, las consecuencias económicas anuales estimadas de la depresión, incluidos los costos médicos y de medicamentos, excedieron los 200 mil millones de dólares (1). En México el panorama respecto a esta enfermedad también es sombrío, ya que de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada entre 2001 y 2002 en población de 18 a 65 años, se estimó que la tasa de prevalencia anual de depresión en los mexicanos fue de 4.8%, solamente superada por los trastornos de ansiedad, con una prevalencia de 6.8% (2).

En 2015 se estimó que más de 4.9 millones de personas viven con depresión, lo que representa el 4.2% de la población general, (3) y sólo el 2% del presupuesto federal destinado a salud se emplea para la atención de pacientes con trastornos mentales (4); sin embargo, de este 2%, el 80% está dirigido a los hospitales psiquiátricos, dejando al primer nivel de atención con un presupuesto mínimo (4).

Existen muchas formas de definir el término depresión, por lo tanto, es importante conocer cada una de estas definiciones para evitar confusión con la terminología e identificar la sintomatología presentada en este padecimiento. A continuación, se revisarán las diversas definiciones.

Depresión y Sus Definiciones

El término “depresión” puede ser utilizado en las siguientes formas (5):

- Estado de ánimo deprimido: caracterizado por sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza. Es una emoción que puede ser normal o bien ser un síntoma de un síndrome psicopatológico.
- Síndrome: conjunto de signos y síntomas que pueden incluir el estado de ánimo deprimido. Los síndromes depresivos típicamente encontrados incluyen el trastorno depresivo mayor o la distimia.
- Trastorno mental: identifica una condición clínica distinta que puede estar

presente en diversos trastornos como el trastorno bipolar, la esquizofrenia y el propio trastorno depresivo mayor, etc.

Características Clínicas del Trastorno Depresivo Mayor

Los signos y síntomas del trastorno depresivo mayor pueden ser muy heterogéneos, dependiendo de la población estudiada; sin embargo, dentro de la sintomatología más comúnmente referida por los pacientes se encuentra (6):

1. El estado de ánimo deprimido: es una característica esencial y puede tomar múltiples formas como sentimientos de tristeza y minusvalía. Se puede acompañar hasta en 50% de pacientes con episodios de frustración, irritabilidad y hostilidad.
2. Pérdida de interés o placer (anhedonia): la falta de sentir placer en actividades que antes solían producirlo es un síntoma cardinal del trastorno depresivo mayor. Algunos pacientes externan que no disfrutaban las cosas con la misma intensidad y tienden a apartarse de sus grupos de amigos.
3. Cambios en el peso o el apetito: las alteraciones del apetito y el peso pueden caracterizarse por aumento o pérdida de más del 5% del peso corporal en un mes (7) Algunos pacientes se fuerzan a comer, mientras que otros comen más o pueden tener antojos de alimentos específicos.
4. Alteraciones del patrón de sueño: algunos de los problemas más frecuentes son el insomnio inicial, de mantenimiento o total y la hipersomnía.
5. Fatiga o falta de energía: los pacientes reportan sentirse constantemente cansados, exhaustos y con necesidad de permanecer descansando durante el día.
6. Disminución de las funciones neurocognitivas: se caracteriza por dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y distraibilidad.
7. Agitación o retraso psicomotor: la agitación se define como actividad motora excesiva, repetitiva, improductiva que se acompaña de tensión interna.
8. El retraso se observa en el enlentecimiento de los movimientos corporales, en la demora del habla y el pensamiento, así como en el tiempo de respuesta alargado.
9. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva: los sentimientos de

inutilidad, inferioridad, fracaso y culpa son percibidos por el paciente y con frecuencia se manifiestan con una mala interpretación de eventos que son neutrales o contratiempos menores como evidencia de fracasos personales.

10. Ideación suicida: pueden experimentar pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, e incluso intentar suicidarse. Otros pacientes activamente piensan en matarse, lo que indica gravedad del padecimiento o incluso pueden tener planes preparatorios. El suicidio aumenta por la desesperanza generalizada y la conclusión de que la muerte es la única opción para escapar del dolor emocional intenso e incesante.

Hay algunos estudios que sugieren que la presentación clínica del trastorno depresivo mayor varía entre hombres y mujeres. De acuerdo con estos estudios, las mujeres tienden a presentar síntomas clínicos de tipo neurovegetativo y físicos, por ejemplo: cefaleas, mialgias, artralgias o problemas gastrointestinales (8). En el caso de los hombres se sugiere que los síntomas depresivos se caracterizan por ataques de ira, agresividad y conductas peligrosas como actividad sexual de riesgo, y consumo de sustancias (9).

Consumo de Sustancias Asociado al Trastorno Depresivo Mayor

El trastorno depresivo mayor a menudo se acompaña por consumo y/o dependencia a alguna/s droga/s, aunque a menudo el campo de la salud mental ha debatido durante mucho tiempo si estas condiciones son trastornos que ocurren de forma independiente o son enfermedades superpuestas, entrelazadas por factores etiológicos y de vulnerabilidad comunes (10). Sin embargo, la mayoría de las investigaciones concuerdan que el trastorno por consumo de sustancias es conveniente incluirlo como una entidad comórbida al trastorno depresivo mayor.

Reconocer las características clínicas en la presentación inicial del trastorno depresivo mayor y las diferencias entre aquellos pacientes que consumen y aquellos que no consumen sustancias es importante. Diversos análisis de pacientes en el estudio STAR*D (Alternativas de Tratamiento Secuenciado para Aliviar la Depresión) han evaluado las características demográficas y clínicas de individuos deprimidos con y sin antecedentes familiares de consumo de sustancias. De manera consistente con otros

estudios, el análisis STAR*D demostró que los pacientes con trastorno depresivo mayor y uso concomitante de sustancias solían ser hombres, jóvenes, divorciados o solteros, y de origen no hispano (10).

Así mismo, los síntomas depresivos tuvieron un inicio más temprano de aparición, fueron más intensos, frecuentemente asociados con otros trastornos del humor como la ansiedad, mayores índices de suicidio y mayor discapacidad funcional (10).

Sin embargo, no está del todo claro por qué estos padecimientos se presentan de manera comórbida. Existen algunas teorías que proponen que el trastorno depresivo mayor puede motivar a las personas a recurrir a las drogas o el alcohol para hacer frente a sus estados afectivos negativos, como una manera de combatir esos estados de ánimo no deseados.

Inicialmente las sustancias pueden minimizar o moderar los síntomas depresivos, pero la abstinencia y el abuso crónico generalmente exacerban los síntomas afectivos, lo que lleva a un aumento del abuso y en última instancia, a la dependencia. Hay otras teorías que proponen la automedicación como causante del padecimiento comórbido. Estas teorías infieren que las personas tienden a elegir drogas para aliviar síntomas psiquiátricos específicos. Algunos psicólogos sugieren que aquellos pacientes que cursan con sentimientos de ira o agresividad eligen a los opioides por su efecto sedante, mientras que los individuos deprimidos tienden a recurrir a drogas como la cocaína o anfetaminas por sus efectos estimulantes (11).

Como lo explica Quello (11), si bien es cierto que el trastorno depresivo mayor puede incrementar el riesgo de padecer un consumo de sustancias, lo inverso también es posible, pues el abuso crónico de sustancias a veces enmascara un trastorno del humor subyacente y desencadena un aumento en la gravedad de la sintomatología afectiva. Esto parece ocurrir porque en individuos genéticamente vulnerables, las drogas exacerban los cambios fisiopatológicos en los sistemas de neurotransmisores o vías de señalización y subyacen al trastorno del estado de ánimo.

Por tales motivos es importante conocer la fisiopatología detrás del trastorno depresivo mayor, así como los factores de riesgo que se han asociado a la presentación de este padecimiento.

Neurobiología del Trastorno Depresivo Mayor

Durante décadas, la hipótesis del déficit monoaminérgico de la depresión proporcionó el marco conceptual para comprender la fisiopatología del trastorno depresivo mayor (12). Los modelos teóricos iniciales postularon que el padecimiento se presenta debido a la disminución en la neurotransmisión de las monoaminas, en especial de serotonina y norepinefrina (13).

Se piensa que esta disminución se debe a la depleción del triptófano, el amino ácido precursor para la síntesis de serotonina (14). Sin embargo, existen numerosos estudios que han demostrado que las monoaminas no son los únicos neurotransmisores implicados en la fisiopatología de la enfermedad.

Los cambios en el neurotransmisor GABA (ácido γ -aminobutírico), el inhibidor más importante de las interneuronas corticales en el cerebro, que sirve para modular una gran variedad de sistemas de neurotransmisores locales, en particular, la contraparte excitatoria mediada por el glutamato (12).

Ambos neurotransmisores han sido fuertemente asociados con la génesis de la depresión. Estudios de espectroscopia de resonancia magnética en pacientes sin tratamiento farmacológico que cursan con depresión observaron niveles elevados de glutamato y disminución del GABA en la corteza occipital, así como disminución de ambos neurotransmisores en la corteza prefrontal (15). La génesis del trastorno depresivo mayor también ha sido relacionada con alteraciones de la función y estructura del cerebro. Especialmente del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS).

Se piensa que el exceso de cortisol secretado como respuesta al estrés es mayor en pacientes con depresión, así como en pacientes que han remitido a los síntomas depresivos en comparación con sujetos sanos. Es bien sabido que, en los pacientes deprimidos, el exceso de producción de la hormona liberadora de corticotropinas acelera la actividad del eje HHS liberando glucocorticoides, y el exceso de glucocorticoides conlleva a la supresión de la plasticidad neuronal y a la atrofia del hipocampo (16).

De manera análoga, se ha reportado que uno de los factores de riesgo más significativos de susceptibilidad para padecer depresión es la exposición al estrés

agudo o crónico durante la infancia o adultez. Una característica distintiva de la respuesta al estrés es la activación del eje HHS y el aumento de los niveles circulantes de glucocorticoides. Sin embargo, el estrés repetido y la elevación sostenida de los glucocorticoides tiene efectos nocivos en múltiples órganos, incluido el cerebro. Por lo tanto, la depresión a menudo se asocia con una actividad elevada del eje HHS y niveles elevados de cortisol, así como disfunción de los mecanismos de retroalimentación negativa que revierten estas alteraciones (17).

Así mismo, la evidencia acumulada sugiere que el trastorno depresivo mayor y el estrés crónico están asociados con un desequilibrio en los mecanismos de excitación-inhibición dentro de la corteza prefrontal, generado por un déficit de la transmisión sináptica inhibitoria mediada por GABA en las principales neuronas glutamatérgicas. De hecho, los pacientes con trastorno depresivo mayor expuestos a estrés crónico muestran una reducción de los niveles de GABA y GAD67 (Glutamato descarboxilasa 67) en el cerebro, disminución de la expresión de marcadores de interneuronas GABAérgicas y alteraciones de los niveles de los receptores GABA_A y GABA_B (12).

Si bien es cierto que la respuesta al estrés es una respuesta fisiológica y esencial para la supervivencia de las personas, se reconoce ampliamente que el estrés crónico sostenido puede causar desregulaciones, provocar enfermedades, empeorar enfermedades subyacentes y/o causar alteraciones conductuales.

Estrés

Los seres humanos enfrentan situaciones estresantes día con día. Algunos de estos eventos son más incapacitantes que otros, y generan diferentes respuestas en quienes lo presentan. Todos pueden experimentar estrés, pero en ocasiones existe mucha dificultad para definirlo.

Si se les preguntara a las personas sobre cómo describirían el estrés, la mayoría tiende a describir sensaciones o consecuencias de éste, y difícilmente definen qué significa (18). De acuerdo con la definición de la Real Academia Española (19), el estrés se define como *“tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves”*.

De tal manera que conocer la definición correcta es importante para entender este

proceso que está implicado en la aparición de diversos trastornos psicológicos, como el trastorno depresivo mayor.

Es ampliamente reconocido que el estrés agudo y crónico tienen un impacto importante sobre el equilibrio del sistema inmunológico. Los sistemas de regulación mediados por el sistema nervioso simpático (SNS) y el eje HHS se ven implicados en la funcionalidad adecuada del sistema inmunológico cuando un individuo está sometido a estrés crónico, debido a una regulación a la baja de dichos mecanismos. Todo esto parece determinar la manera en cómo las personas manejan el estrés (20).

Como se mencionó anteriormente, el SNS y el eje HHS se encargan de coordinar las respuestas neuroendocrinas ante el estrés, mediando de esta manera los efectos del estrés en la salud física y emocional (21).

Estos mecanismos de regulación terminan por ejercer sus efectos en varios aparatos y sistemas del cuerpo humano, incluyendo el sistema inmunológico, donde al principio, en la fase aguda, se ha demostrado que el estrés tiene un efecto primordialmente activador en el sistema inmunológico (20). Sin embargo, si el estrés permanece de manera prolongada, en un lapso mayor a 30 días (Yao, 2015) se considera crónico y está relacionado con una alta susceptibilidad a infecciones como VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) o herpes, empeoramiento de enfermedades existentes como cáncer o enfermedades autoinmunes, aparición de trastornos psiquiátricos como ansiedad o depresión y una alta morbimortalidad en general (20, 23).

Como menciona Olf (20), existen muchas formas de estrés crónico, como dificultades en las relaciones maritales, problemas relacionados con el trabajo, entre otras. Una vez que se ha presentado el evento desencadenante de estrés, este es percibido, interpretado y evaluado por la persona y los diferentes mecanismos de regulación a través del eje HHS. Sin embargo, no sólo los agentes físicos o químicos pueden producir las modificaciones morfológicas como la atrofia del hipocampo o la supresión de la plasticidad neuronal.

Los trabajos posteriores han mostrado que los componentes psicológicos juegan un papel decisivo en las respuestas ante el estrés. A menudo las personas se preguntan por qué ciertos individuos muestran manifestaciones de estrés muy diferentes cuando

experimentan un episodio estresante común o por qué uno desarrolla úlceras duodenales y otro un infarto cardíaco, mientras que un tercero no sufre las mismas dificultades que dominaron a las otras personas. Se debe reconocer que cada persona es única y que, el estresor no tiene el mismo impacto en todos los individuos que lo experimentan y que incluso cuando parece percibirse con la misma intensidad, cada persona desarrolla un conjunto único de manifestaciones para sobrellevar dicha situación estresante (24).

Respuesta Individual al Estrés

Como lo explican las investigaciones de Taché y Selye (24), las diferencias individuales en las respuestas a los factores estresantes son creadas por una combinación de factores endógenos y exógenos. Los factores endógenos generalmente son rasgos heredados o adquiridos como características o enfermedades familiares, propensión a ciertos tipos de padecimientos médicos o debilidades de ciertos órganos.

Por otro lado, los factores exógenos suelen ser diversas condiciones ambientales, incluidos elementos sociales, intelectuales y psicológicos, así como el entorno y los hábitos nutricionales. Existe pues, una considerable variabilidad individual en las respuestas ante el estrés y esto parece estar determinado en gran medida por la forma en cómo las personas afrontan el estrés.

Debido a que cada persona es diferente, es poco probable que un estímulo estresante sea percibido o afrontado de la misma manera por todos. Cuando existe armonía entre los factores endógenos y exógenos se puede inferir que existe estabilidad en dicho individuo. Cualquier situación que interrumpa ese balance requiere que la persona luche para reestablecer dicha estabilidad.

Los estímulos estresantes pueden ser de tipo físico o psicológico y este último difiere del primero en que está mucho más sujeto a la interpretación del individuo para permitir la percepción y evaluación de los eventos que pueden afectar su bienestar o supervivencia.

Una vez evaluado el evento estresante, se ponen a prueba respuestas potencialmente adaptativas específicas y se elige una o varias para afrontar dicho evento. Si la respuesta es adecuada para el desafío presentado, seguirá la adaptación del individuo

a medida que se afronte el factor estresante o se alcance un nuevo nivel de estabilidad (24).

Dependiendo de los mecanismos de afrontamiento específicos que posea el individuo, se verá determinada su respuesta emocional y conductual ante dicho evento. De hecho, la exposición prolongada a factores estresantes o tensiones vitales pueden superar los mecanismos de afrontamiento de una persona, lo que podría ocasionar la aparición de sintomatología depresiva (20). De tal manera que es importante comprender la secuencia de pasos involucrados en todo el proceso del estrés y la forma en cómo se desarrollan los mecanismos de afrontamiento.

Procesos del Estrés y Afrontamiento

De acuerdo con el trabajo de investigación de los psicólogos norteamericanos, Richard Lazarus y Susan Folkman, sobre estrés y los mecanismos de afrontamiento se considera que el estrés se divide en dos procesos, el primero es la evaluación cognitiva y el segundo el afrontamiento propiamente dicho (26, 25):

1. Evaluación cognitiva: hace referencia al proceso mediante el cual una persona evalúa si un acontecimiento en particular tiene relevancia para su bienestar, y de ser así, de qué manera. Este proceso tiene dos subdivisiones:
 - a. Evaluación primaria: la persona analiza si está en riesgo algo relacionado con él/ella, por ejemplo: que esté en juego la salud de un ser querido. Es decir, tiene que ver con la relevancia motivacional de lo que está sucediendo y si está involucrado algo relacionado con el bienestar de la persona.
 - b. Evaluación secundaria: la persona evalúa si existe algo que se pueda hacer para superar o prevenir algún daño, u obtener un beneficio. En otras palabras, es un complemento de la evaluación primaria y hay muchas opciones de afrontamiento que pueden ser utilizadas durante este proceso, con la finalidad de resolverlo o al menos intentarlo (27).

Tanto la evaluación primaria como la secundaria son importantes para determinar si un acontecimiento estresante es lo suficientemente relevante para ser considerado un factor de amenaza o desafío, con la posibilidad de daño, pérdida, dominio o ganancia

para la persona que lo enfrenta (25).

2. Afrontamiento: se define así a los esfuerzos cognitivos y conductuales de un individuo, los cuales están en constante cambio y son utilizados para manejar tanto presiones internas como externas, que pueden exceder los recursos de una persona. Dichos esfuerzos pueden no siempre ser exitosos (27).

Ciertamente hay muchos tipos de factores que producen estrés, y las características individuales y tipos de reacciones son siempre evidentes porque todas las personas difieren en su capacidad de sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos, así como de sus reacciones o interpretaciones.

Algunos responderán con molestia, otros lo harán con tristeza o culpa, mientras que otros se sentirán desafiados en lugar de sentir dichos acontecimientos estresantes como una amenaza (28). De tal manera que, para comprender las diferentes formas de respuesta entre las personas, es importante tomar en cuenta los diversos procesos cognitivos que intervienen en los mecanismos de afrontamiento y los factores que los afectan.

Como lo explica Lazarus y Folkman (28): “A cognitive appraisal reflects the unique and changing relationship taking place between a person with certain distinctive characteristics (values, commitments, styles of perceiving and thinking) and an environment whose characteristics must be predicted and interpreted” [Una valoración cognitiva refleja la relación única y cambiante que tiene lugar entre una persona con determinadas características distintivas (valores, compromisos, estilos de percepción y pensamiento) y un entorno cuyas características deben predecirse e interpretarse]. La evaluación cognitiva puede comprenderse entonces como el proceso de categorizar una situación estresante específica en relación con las respuestas cognitivas y conductuales empleadas por un individuo, es decir, su forma de afrontamiento.

Como tal, el concepto de afrontamiento tiene sus orígenes establecidos en dos investigaciones diferentes en la historia: una basada en la experimentación con animales, en donde el animal descubre lo que es predecible y controlable del medio ambiente en el que se encuentra, con la finalidad de prepararse para evitar, escapar o vencer el daño o factores que le generan estrés.

El animal depende de manera importante en su sistema nervioso para hacer un discernimiento entre las conductas que lo orillarán a la supervivencia o a la muerte. Por otro lado, en el modelo psicoanalítico, el afrontamiento se diferencia del modelo animal en que se enfoca en las maneras de percibir y pensar respecto a la relación de la persona con el entorno (28).

Es decir, el modelo animal toma más en cuenta las conductas, mientras que, en el modelo psicoanalítico, si bien es cierto que no ignora el comportamiento, se toma con menor importancia que los procesos cognitivos.

Funciones del Afrontamiento

El afrontamiento tiene dos funciones ampliamente reconocidas: regular emociones provocadoras de estrés (afrontamiento enfocado en las emociones) y modificar la problemática entre la persona y el acontecimiento que causa estrés (afrontamiento centrado en el problema). De tal manera que en el proceso de afrontamiento se ven implicados estos dos mecanismos (25).

1. Afrontamiento enfocado en las emociones: esta función se basa ampliamente en disminuir la angustia emocional e incluye mecanismos como: evitación, minimización de la situación, distanciamiento del problema, atención selectiva, comparaciones positivas, y extraer el valor positivo de eventos negativos.
2. Afrontamiento enfocado en el problema: los esfuerzos están dirigidos primordialmente a definir el problema, generar alternativas de solución, sopesar las alternativas en términos de sus costos y beneficios, elegir entre ellas y actuar (28).

Así pues, queda claro que el afrontamiento centrado en el problema es un enfoque racional que intenta modificar una situación en específico, por lo que tiende a reducir el estrés y sus consecuencias. Por otro lado, el afrontamiento enfocado en las emociones se centra en sentirse mejor, sin importar si se ha resuelto el problema que ha generado dicho estrés.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, la forma en cómo el afrontamiento ha sido medido tiene sus orígenes desde la perspectiva de la teoría psicoanalítica; sin

embargo, esa teoría se ha visto limitada en clasificar y predecir con exactitud la forma de afrontamiento que tendrán las personas ante una situación específica.

No obstante, el modelo psicoanalítico ofrece una visión estructural del afrontamiento que permite comprenderlo: un estilo de afrontamiento se diferencia de un rasgo primeramente en el grado, y se refiere a formas amplias y generalizadas de relacionarse con tipos particulares de personas o situaciones. Por otro lado, los rasgos se consideran características de las personas que las disponen a reaccionar de cierta manera en determinadas situaciones, y suelen tener por lo general, un alcance mucho más limitado (28).

Como se comentó antes, las dos funciones principales del afrontamiento, descritas por los autores Lazarus y Folkman (28), tienen objetivos determinados. Sin embargo, uno de los hallazgos más importantes de ese trabajo inicial fue reconocer que las personas pueden utilizar ambas funciones al mismo tiempo en prácticamente cualquier tipo de situación estresante. Por lo tanto, una descripción completa del afrontamiento requiere que ambas funciones sean evaluadas.

Si bien es cierto que parece lógico clasificar los actos de afrontamiento dentro de las funciones previamente descritas, la realidad es que cualquier acto de afrontamiento puede cumplir ambas funciones, pero los resultados serán favorables o no dependiendo de quién lo use, cuándo lo use y bajo qué circunstancias intrapsíquicas y del entorno se encuentre.

En otras palabras, el afrontamiento será funcional y/o disfuncional dependiendo del ajuste entre la evaluación de la persona respecto a lo que está sucediendo, lo que realmente está pasando y la evaluación de las opciones de afrontamiento disponibles, así como de su capacidad de afrontar (27).

Formas de Mecanismos de Afrontamiento

Como lo explican los trabajos de Folkman y Lazarus (25), el afrontamiento enfocado en el problema incluye las siguientes estrategias: confrontación, búsqueda de apoyo social y la resolución planificada del problema. Mientras que el afrontamiento enfocado en las emociones incluye el autocontrol, la búsqueda de apoyo social, el distanciamiento, la evaluación positiva, la aceptación de la responsabilidad y el escape/evitación.

Los trabajos de estos dos psicólogos los llevó a elaborar un instrumento de medida, denominado *The Ways of Coping Scale* en el que se evalúan los pensamientos y acciones que realizan las personas para manejar situaciones estresantes (27).

A continuación, se describen cada uno de los mecanismos de afrontamiento revisados en la literatura (25).

- Afrontamiento confrontativo: hace referencia a todos los esfuerzos agresivos que lleva a cabo una persona para alterar la situación estresante.
 - Ejemplos:
 - “Me mantuve firme y luché por lo que quería”. “Traté de hacer que la persona responsable cambiara de opinión”

También sugiere cierto grado de hostilidad y toma de riesgos:

- Ejemplos:
 - “Expresé enfado con la(s) persona(s) que causaron el problema”, “Corrí un gran riesgo o hice algo muy arriesgado”, “Hice algo que no pensé que funcionaría, pero al menos estaba haciendo algo”.
- Distanciamiento: describe los esfuerzos por separarse de una situación o evento estresante.
 - Ejemplos:
 - “No dejé que me afectara, me negué a pensar demasiado en ello”, “traté de olvidarlo todo”.

El distanciamiento también puede ser utilizado para la creación de una perspectiva positiva:

- Ejemplos:
 - “Tomó a la ligera la situación, no la tomó demasiado en serio”, “Buscó el lado positivo de las cosas”.
- Autocontrol: describe los esfuerzos para regular los propios sentimientos y las acciones.
 - Ejemplos:

- “Traté de guardarme mis sentimientos”, “Evité que los demás supieran lo mal que estaban las cosas”, “Traté de no actuar apresuradamente o seguir mi primera corazonada”.

Esta es una estrategia de afrontamiento activa, en el sentido de que el comportamiento de la persona se enfoca en lidiar efectivamente con la situación estresante, pero es a su vez pasiva, en el sentido de que usar el autocontrol significa no actuar (26).

- Búsqueda de apoyo social: describe los esfuerzos para buscar apoyo informativo, tangible y emocional.
 - Ejemplos: “Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación”, “Hablé con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema”, “Acepté la simpatía y la comprensión de alguien”.

De acuerdo con Carver et al. (26), las personas pueden buscar apoyo social por cualquiera de las siguientes dos razones, que difieren en el grado en que implican el enfoque del problema:

- 1) Buscar apoyo social por razones instrumentales es buscar consejo, asistencia o información, y es una forma de afrontamiento enfocado en el problema.
- 2) Buscar apoyo social por razones emocionales es obtener apoyo moral, simpatía o comprensión, y es un aspecto del afrontamiento enfocado en las emociones.

Estos autores distinguen entre estas dos funciones de apoyo social porque son conceptualmente distintas, aunque en la vida real seguramente pueden coexistir.

- Aceptar responsabilidad: hace referencia a la capacidad de reconocer su propio papel en el problema, en donde al mismo tiempo intenta arreglar la situación.
 - Ejemplos: “Me di cuenta de que yo mismo causé el problema”, “Me disculpé o hice algo para compensarlo”, “Me prometí a mí mismo que las cosas serían diferentes la próxima vez”.

La aceptación es una respuesta de afrontamiento funcional, en el sentido de que una persona que acepta la realidad de una situación estresante parecería ser alguien más

comprometido en el intento de lidiar con dicho evento (26).

- Escape/evitación: describe las ilusiones y los esfuerzos conductuales para escapar o evitar una situación estresante.
 - o Ejemplos: “Deseaba que la situación desapareciera o acabara de alguna manera”, “Traté de hacerme sentir mejor comiendo, bebiendo, fumando, usando drogas o medicamentos”, “Evitaba estar con gente en general”, “Dormía más de lo habitual”.

Estos ejemplos, que sugieren escape y evitación, contrastan con los ejemplos referidos en el apartado de distanciamiento, que sugieren desapego.

- Resolución planificada del problema: describe los esfuerzos deliberados centrados en el problema para alterar la situación, junto con un enfoque analítico para resolver el problema.
 - o Ejemplos: “Sabía lo que tenía que hacerse, así que redoblé mis esfuerzos para que las cosas funcionaran”, “Hice un plan de acción y lo seguí”, “Se me ocurrieron un par de soluciones diferentes al problema”.

La planificación implica pensar en cómo hacer frente a un factor estresante. Es un proceso que requiere idear estrategias de acción, pensar qué pasos tomar y cuál es la mejor manera de manejar el problema, y es producido durante la evaluación secundaria (26). Es un mecanismo de afrontamiento claramente enfocado en resolver el problema, o sea el factor estresante.

- **Evaluación positiva:** describe los esfuerzos para crear un significado positivo de una situación estresante, centrándose en el crecimiento personal. También puede tener un componente religioso cuando las personas utilizan la religión como herramienta.
 - o Ejemplos: “Crecí como persona en el buen sentido”, “Salí de la experiencia mejor de lo que entré”, “Encontré una nueva fe, me acerqué a Dios”.

De acuerdo con el trabajo de Carver et al. (26), una persona puede recurrir a la religión cuando está bajo estrés por razones muy diversas: la religión puede servir como una

fueron fuente de apoyo emocional, como un transporte para la reinterpretación y el crecimiento personal, o como una táctica de afrontamiento ante un factor estresante.

Los trabajos de Lazarus y Folkman (27), demostraron que las formas de afrontamiento centradas en el problema se usaron más en los eventos estresantes que fueron evaluados como cambiantes, que en los que requerían aceptación. Mientras que las formas de afrontamiento enfocadas en las emociones se usaron más en situaciones estresantes evaluadas que requerían más aceptación que cambios.

Por ejemplo, los eventos que generaron amenazas a la autoestima se caracterizaron por un mayor uso de afrontamientos confrontativos y de escape/evitación, y por un menor uso de la solución planificada del problema y la búsqueda de apoyo social, a diferencia de cuando la autoestima no estaba en juego.

Este patrón sugiere que ante eventos estresantes que ponen en riesgo la autoestima, las personas pueden involucrarse en un intercambio acalorado de argumentos o conductas de riesgo y, al mismo tiempo, desear estar en otro lugar.

Tomando toda esta información anterior a consideración, resalta la importancia de poder identificar las formas de afrontamiento más frecuentemente utilizadas en los pacientes deprimidos que tienen riesgo de consumo de sustancias y compararlas contra aquellos que no las consumen, con la finalidad de ampliar el conocimiento existente, contribuir con aportaciones más actuales para generar cambios en la calidad de vida y pronóstico de los pacientes.

JUSTIFICACIÓN

Existe una importante asociación entre los trastornos depresivos y el consumo de sustancias (29). De hecho, tener depresión y un trastorno por consumo de sustancias comórbido está fuertemente asociado con la dependencia al alcohol, cocaína, episodios depresivos más graves, entre otras complicaciones importantes durante el tratamiento (30). Por lo que una correcta identificación de los factores de riesgo asociados es fundamental para establecer acciones que promuevan la prevención y la disminución del riesgo para un trastorno por consumo de sustancias comórbido.

Como se expuso con anterioridad, las diversas formas de afrontamiento ante situaciones estresantes influyen notablemente en el curso de los trastornos depresivos (31). Por lo tanto, se debe considerar la importancia de dichos mecanismos de afrontamiento utilizados ante situaciones adversas como factores de riesgo en un cuadro depresivo, porque no se le ha dado la relevancia que amerita evaluar los modos de afrontamiento utilizados en pacientes con depresión como factor asociado a tener un problema con el consumo de sustancias.

De tal manera, es importante tomar acciones dirigidas a la correcta identificación de estos padecimientos, con la finalidad de definir los factores de riesgo asociados, y desarrollar medidas de prevención. Este estudio se diseñó para determinar la presencia de diferentes habilidades de afrontamiento como un probable factor asociado a un mayor riesgo de presentar consumo de sustancias en pacientes que padecen depresión.

La trascendencia del estudio radica en la importancia de realizar una correcta identificación de los pacientes que utilizan el consumo de sustancias o alcohol como alternativa de afrontamiento cuando padecen depresión, y en las consecuencias que esto condiciona en el pronóstico, seguimiento y tratamiento. Es importante realizar este análisis debido a la ausencia de estudios similares en nuestro hospital que evalúen la asociación entre el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas no alcohólicas y los mecanismos de afrontamiento en pacientes con depresión.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre el riesgo de abuso de sustancias y los mecanismos de afrontamiento evaluados por la escala CSI en pacientes con depresión que acuden a urgencias en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña?

HIPOTÉISIS

Existe asociación entre el riesgo de abuso de sustancias y los mecanismos de afrontamiento evaluados por la escala CSI en pacientes con depresión que acuden al servicio de urgencias en la CPDENP.

OBJETIVOS

General

- Determinar asociación entre el riesgo de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol medido por la escala ASSIST con mecanismos de afrontamiento utilizados medido por la escala CSI en pacientes con depresión que acuden a urgencias en la CPDENP.

Específicos

- Determinar los mecanismos de afrontamiento de los pacientes que acuden a urgencias por depresión mediante la escala CSI.
- Determinar riesgo de abuso de sustancias psicoactivas o alcohol mediante el puntaje de la escala ASSIST.
- Asociar los mecanismos de afrontamiento con el riesgo de abuso de sustancias psicoactivas o alcohol en pacientes con depresión.

Secundario

- Comparar las características de afrontamiento de los pacientes según sus riesgos de consumo de las sustancias más frecuentemente utilizadas mediante escala ASSIST.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño de la investigación

- Estudio comparativo analítico

Alcance del estudio

- Estudio de asociación

Lugar de realización

- Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña en Soledad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí, México.

CUADRO DE VARIABLES Y CRITERIOS DE SELECCIÓN

Dependiente				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Consumo de alcohol o sustancias psicoactivas no alcohólicas	Puntaje obtenido mediante cuestionario ASSIST posterior a la consulta de urgencias (Ver Anexo 2)	0-39	No aplica	Continua
Independientes o explicativas				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Mecanismos de afrontamiento	Esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar situaciones de estrés medido por la escala CSI posterior a la consulta de urgencias (Ver Anexo 1)	1: Manejo inadecuado (evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica) 2: Manejo adecuado (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional)	No aplica	Categórica nominal binaria
Depresión	Puntaje obtenido mediante escala PHQ9 posterior a valoración en urgencias (Ver Anexo 3)	5-27	No aplica	Continua
Edad	Años cumplidos por el paciente en el momento de la valoración	18 a 99	Años	Continua

Sexo	Sexo biológico del paciente	0: Femenino 1: Masculino	No aplica	Categoría nominal binaria
Estado civil	Tener una relación con una pareja	0: Sin pareja 1: Con pareja	No aplica	Categoría nominal

Población de estudio

- Pacientes adultos que acuden a valoración de urgencias por depresión.

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos mayores de 18 años que acudan a urgencias por depresión.
- Pacientes con puntaje de 5 o más medido por la escala PHQ9.
- Pacientes que acepten participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Diagnóstico previo de esquizofrenia o cualquier otro padecimiento del espectro psicótico, incluyendo depresión con síntomas psicóticos.
- Diagnóstico previo de trastorno bipolar.
- Diagnóstico previo de trastorno mental y del comportamiento por disfunción cerebral.
- Psicosis activa durante la entrevista de cualquier origen.
- Pacientes con demencia.
- Pacientes con discapacidad auditiva.

Criterios de eliminación

- Pacientes que no hayan completado las escalas.
- Pacientes que deseen revocación del consentimiento informado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se efectuó con el programa RStudio versión 4.2.1.

Se realizó análisis estadístico descriptivo de las variables de interés. Las variables continuas se analizaron mediante la prueba (Shapiro-Wilk o Kolmogorov- Smirnov) para conocer el tipo de distribución. Las variables continuas con distribución normal se describieron con su media y desviación estándar, y el resto tuvieron distribución no normal por lo que se describieron con mediana y rango intercuartílico. Las variables categóricas se describieron con su número y porcentaje.

Como análisis secundario se realizó un análisis bivariado entre el grupo de pacientes con mecanismos de afrontamiento adecuado e inadecuado. Las variables continuas se compararon mediante la prueba de T de Student o su prueba no paramétrica correspondiente para muestras independientes según su tipo de distribución y homogeneidad de varianzas. Las variables categóricas se compararon mediante la prueba de Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher según las frecuencias esperadas.

Se consideraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos si el valor de p es < 0.05 .

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Una vez autorizado el proyecto, el investigador se coordinó con los residentes rotantes del Servicio de Triage de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña para identificar a los pacientes que acudieron a urgencias por depresión. El diagnóstico se confirmó mediante una entrevista clínica semiestructurada realizada por los residentes rotantes en el Servicio de Triage.
2. Los pacientes diagnosticados por los residentes de Triage con otras patologías descritas en los criterios de exclusión no fueron considerados.
3. Una vez identificado el/la paciente, la investigadora le propuso participar en el estudio de investigación, el cual se llevó a cabo en el consultorio de urgencias de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña y en caso de acceder, se le explicó y se le dio a leer el consentimiento informado.
4. Al aceptar y firmar, se tomaron sus datos sociodemográficos y se anotaron en una base de datos creada en Excel por la investigadora.
5. Una vez tomado los datos, se realizaron las escalas PHQ9 para depresión, el cuestionario ASSIST para trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas y alcohol, así como la escala CSI para evaluar los modos de afrontamiento.
6. Dichas escalas fueron impresas por la investigadora para que el paciente las pudiera responder, ya que la escala CSI y PHQ9 son auto informadas. Se le proporcionó lapicero tinta azul al paciente para que las pudiera contestar.
7. En caso de que el paciente no supiera leer o escribir, la investigadora contestó las escalas haciéndole las preguntas de manera verbal al paciente y se marcaron los ítems de acuerdo con lo que el paciente respondió.
8. El tiempo de realización de las tres escalas fue de 30-40 minutos. Posterior a ello se integraron los datos obtenidos de las escalas en la base de datos de Excel.

CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRA

Se calculó el tamaño de la muestra de 60-120 pacientes para un análisis bivariado. La variable dependiente fue el puntaje de riesgo de abuso de sustancias psicoactivas no alcohólicas y alcohol, medido por la escala ASSIST. Las variables independientes o explicativas fueron: los modos de afrontamiento medido por escala CSI, el puntaje de PHQ9 para depresión, edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación, para un total de 6 Grados de Libertad (GL).

Por lo que se obtuvo la formula:

ASSIST = CSI + PHQ9+ edad + sexo + estado civil + escolaridad + ocupación.

El total muestral se definió entonces con 60 pacientes para realizar el presente estudio.

Tipo de muestreo

Muestreo no aleatorio, consecutivo por conveniencia. Pacientes pertenecientes a la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña que acudieron al servicio de urgencias, aceptaron participar en el estudio y firmaron la carta de consentimiento informado.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI por sus siglas en inglés) es un cuestionario adaptado al español en 2007, desarrollado a partir de la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus, uno de los precursores en el desarrollo de las teorías del afrontamiento (32). El CSI presenta una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias.

El paciente comienza por describir detalladamente una situación ocurrida en el último mes que le provocó estrés, y por estrés se entiende que se refiere a un evento que causó problemas, le hizo sentir mal o le costó trabajo enfrentarse a él.

Posteriormente el paciente contestará 40 ítems (en su versión en inglés se cuentan con 72 ítems; sin embargo, en su versión validada al español (32) se ha reducido a los 40 ítems más representativos, lo cual añade otra ventaja práctica a la escala, la de la brevedad), según una escala tipo Likert de cinco puntos, con qué frecuencia hizo en la situación descrita, lo que expresa cada ítem.

Las ocho escalas primarias son: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica.

Las escalas secundarias surgen de la agrupación empírica de las primarias e incluye manejo adecuado centrado en el problema (resolución de problemas y reestructuración cognitiva), manejo adecuado centrado en la emoción (apoyo social y expresión emocional), manejo inadecuado centrado en el problema (evitación del problema y pensamiento desiderativo), manejo inadecuado centrado en la emoción (retirada social y autocrítica).

Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias e incluyen: manejo adecuado (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional) que indican esfuerzos activos y adaptativos para compensar la situación estresante, y el manejo inadecuado (evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica) que sugieren un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

El alfa de Cronbach ha sido el coeficiente de confiabilidad de las medidas del proceso de afrontamiento informado con mayor frecuencia. Los coeficientes alfa para el CSI oscilan entre .71 y .94. La puntuación en el CSI implica dar a todos los elementos de una subescala en particular pesos iguales y para obtener la puntuación bruta de una subescala, simplemente se debe sumar las puntuaciones de los ítems. Hay cinco ítems en cada una de las subescalas primarias. Ver Anexo 1 Las puntuaciones de escala sin procesar se calculan simplemente sumando las respuestas de Likert de los ítems para una subescala en particular (32). El tiempo estimado para la realización de esta escala es de 30 minutos.

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST por sus siglas en inglés) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones, bajo la guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y consiste en un cuestionario dirigido a los usuarios de sustancias que debe ser administrado por un profesional de salud (33).

El cuestionario consta de 8 preguntas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, benzodiacepinas, alucinógenos, opiáceos y otras drogas. Las preguntas son: 1. ¿Cuáles sustancias de la lista previa ha consumido alguna vez a lo largo de la vida?, 2. ¿Con qué frecuencia se ha consumido sustancias en los últimos tres meses?, 3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir cada sustancia en los últimos tres meses?, 4. ¿Con qué frecuencia el consumo de sustancias ha causado problemas en los últimos tres meses?, 5. ¿Con qué frecuencia se dejó de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses?, 6. ¿Algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo y qué tan reciente ha sido?, 7. ¿Se ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancia y no se ha logrado y qué tan reciente ha sido?, 8. ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada y qué tan reciente ha sido? (33). Cada pregunta del cuestionario tiene un conjunto de respuestas de las cuales elegir, y cada respuesta de las preguntas 2 a la 7 tiene una puntuación numérica.

El entrevistador simplemente encierra en un círculo la puntuación numérica que corresponde a la respuesta del usuario a cada pregunta. Al final de la entrevista se suman las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7 para cada sustancia específica (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, benzodiazepinas, alucinógenos, opiáceos y 'otras' drogas) para obtener una puntuación de riesgo del ASSIST para cada sustancia.

Los resultados de la pregunta 8 no cuentan para la puntuación general, pero el consumo por vía inyectada (Pregunta 8) es un indicador de alto riesgo y se asocia con un mayor riesgo de sobredosis y dependencia (33).

La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo bajo, moderado o alto Ver Anexo 2. Los pacientes que obtuvieron puntuaciones de tres o menos (10 o menos para alcohol) tienen un riesgo bajo de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias. Los usuarios que obtuvieron una puntuación de entre 4 y 26 (11 y 26 para alcohol), aunque quizás presenten algunos problemas, tienen un riesgo moderado de presentar problemas de salud y de otro tipo.

Una puntuación de 27 o más en cualquier sustancia sugiere que el paciente tiene un alto riesgo de dependencia de esa sustancia y probablemente esté teniendo problemas de salud, sociales, económicos, legales y en las relaciones personales, como resultado del consumo de sustancias (33). El tiempo promedio de realización de esta prueba es de 10 minutos.

La escala de depresión PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), consta de 9 ítems que evalúa la presencia de síntomas depresivos presentes en las últimas dos semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a 0 = "nunca", 1 = "algunos días", 2 = "más de la mitad de los días" y 3 = "casi todos los días". Dependiendo de los puntajes obtenidos se obtiene la clasificación de mínima o ausencia de síntomas depresivos (0-4), síntomas depresivos leves (5-9), síntomas depresivos moderados (10-14), síntomas depresivos moderados a graves (15-19), y síntomas depresivos graves (20-27).

Esta escala posee una sensibilidad del 88% y una especificidad del 88%. El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach para la puntuación total del PHQ-9 es de 0,81 (34). El tiempo promedio de realización de la prueba es de 5 minutos. Ver Anexo 3

ÉTICA

El presente trabajo fue una investigación de mínimo riesgo, en la cual no se requirió la identidad del participante; sin embargo, se solicitó la carta de consentimiento informado, de acuerdo a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y a Ley de Protección de Datos Personales del estado de San Luis Potosí; así como las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; y también el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios generales contenidos en la Declaración de Helsinki en su revisión 2013 (JAMA 2013;310(20):2191-2194), donde se señalan los siguientes puntos:

Punto 9. Es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

- La confidencialidad de la información obtenida de los participantes será prioridad, documentando únicamente género, edad, estado civil, ocupación y grado de estudios, sin poner en riesgo la integridad del paciente.

De esta manera, los datos no se transfirieron o utilizaron para fines no descritos expresamente en este documento, a menos que fuera estrictamente necesario para el ejercicio y cumplimiento de las atribuciones y obligaciones expresamente previstas en las normas que regulan la actuación de los investigadores responsables del estudio; se diera cumplimiento a un mandato legal; fueran necesarios por razones de seguridad pública, orden público, salud pública o salvaguarda de derechos de terceros.

Punto 11. La investigación médica debe realizarse de tal manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

- El protocolo no expuso ningún riesgo para el medio ambiente, ya que no se utilizó material biológico infeccioso que pusiera en riesgo a los pacientes o al ambiente, mismo que fue sometido a revisión y autorización por parte del Comité de Ética en Investigación de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.

Carta de consentimiento informado: Ver Anexo 4

Declaración de conflicto o no de intereses

Los autores informaron que no hubo afiliación financiera o de otra índole relevante para el tema de este protocolo de investigación.

Derechos de autoría y coautoría

La Dra. Consuelo Jiménez Pérez es la autora principal y como coautores se incluyen al Dr. Alfonso Grageda Foyo y la Dra. María Esther Jiménez Cataño.

RESULTADOS

Se evaluaron 100 pacientes en el periodo comprendido de octubre de 2022 a enero de 2023. Se excluyeron 40 pacientes por cumplir con criterios de no inclusión y se incluyeron para el análisis 60 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Ver figura 1

DIAGRAMA DE FLUJO DE SELECCIÓN DE PACIENTES

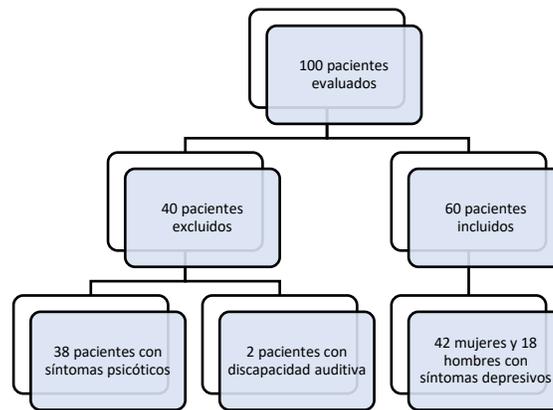


Figura 1

. Diagrama de flujo de selección de pacientes

Se describieron las características basales de la población. (**Tabla 1**). La edad fue de 31.0 (13.2) años y 42 (70%) fueron del sexo femenino. El estado civil con pareja fue de 38 (63.3%). El desempleo fue el más frecuente, con 32 (53.3%) y la escolaridad fue de 12.0 (7.0) años de estudio.

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes	
Variable	N=60
Edad (años)*	31.0 (13.2)
Sexo femenino (n/%)+	42 (70%)
Estado civil con pareja (n/%)+	38 (63.3%)
Desempleado (n, %)+	32 (53.3%)
Escolaridad*	12.0 (7.0)
Número de sustancias consumidas*	1.5 (2.0)

*Variables cuantitativas descritas con mediana y IQR, comparadas mediante prueba de Kolmogorov-Smirnov

+Variables categóricas descritas con número y porcentaje.

Se midieron los puntajes de riesgo de consumo para las diferentes sustancias mediante la escala ASSIST. (**Tabla 2**). El puntaje de riesgo para tabaco fue de 8.0 (7.8), alcohol de 8.0 (15.0), marihuana 9.6 ± 6.4 , cocaína 5.4 ± 2.9 , anfetaminas 32.5 ± 3.3 , inhalantes 3.0 (0.0), tranquilizantes 15.0 (18.0), alucinógenos 15.0 (12.0) y opiáceos 16.7 ± 18.5 .

Tabla 2. Frecuencia y puntajes del riesgo de consumo de sustancias		
Variable	N=60	ASSIST
Tabaco*	26 (43.3%)+	8.0 (7.8)
Alcohol*	43 (71.7%)+	8.0 (15.0)
Marihuana**	13 (21.6%)+	9.6 ± 6.4
Cocaína**	5 (8.3%)+	5.4 ± 2.9
Anfetaminas**	4 (6.6%)+	32.5 ± 3.3
Inhalantes*	1 (1.6%)+	3.0 (0.0)
Tranquilizantes*	10 (16.6%)+	15.0 (18.0)
Alucinógenos *	2 (3.33%)+	15.0 (12.0)
Opiáceos**	3 (5.0%)+	16.7 ± 18.5

*Variables cuantitativas descritas con mediana y IQR.

**Variables cuantitativas descritas con media y SD.

+ Variables categóricas descritas con su número y porcentaje.

Shapiro-Wilk: tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos, opiáceos

Se describieron los niveles de riesgo relacionados con el consumo de sustancias de acuerdo con puntaje en la escala ASSIST (**Tabla 3**):

Tabaco: riesgo bajo 6 (23.1%), riesgo moderado 17 (65.4 %), y riesgo alto 3 (11.5%).

Alcohol: riesgo bajo 24 (55.8 %), riesgo moderado 13 (30.2%), y riesgo alto 6 (14.0%).

Marihuana: riesgo bajo 2 (15.4%), riesgo moderado 11 (84.6%).

Cocaína: riesgo bajo 2 (40.0%), riesgo moderado 3 (60.0%).

Anfetaminas: riesgo alto 4 (100%).

Inhalantes: riesgo bajo 60 (100%)

Tranquilizantes: riesgo bajo 1 (10.0%), riesgo moderado 7 (70.0%), riesgo alto 2 (20.0%). Alucinógenos: riesgo bajo 1 (50.0%), riesgo alto 1 (50.0%).

Opiáceos: riesgo moderado 2 (66.7%), riesgo alto 1 (33.3%).

Sustancia	N= 60	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
Tabaco+	26 (43.3%)	6 (23.1%)	17 (65.4%)	3 (11.5%)
Alcohol+	43 (71.7%)	24 (55.8%)	13 (30.2%)	6 (14.0%)
Mariguana+	13 (21.7%)	2 (15.4%)	11 (84.6%)	0
Cocaína+	5 (8.3%)	2 (40.0%)	3 (60.0%)	0
Anfetaminas+	4 (6.7%)	0	0	4 (100%)
Inhalantes+	1 (1.7%)	60 (100%)	0	0
Tranquilizantes+	10 (16.7%)	1 (10.0%)	7 (70.0%)	2 (20.0%)
Alucinógenos+	2 (3.3%)	1 (50.0%)	0	1 (50.0%)
Opiáceos+	3 (5.0%)	0	2 (66.7%)	1 (33.3%)

+ variables categóricas descritas con su número y porcentaje.

Se describieron los puntajes de síntomas depresivos y los mecanismos de afrontamiento (**Tabla 4**). El puntaje PHQ9 fue de 17.5 (11.0) y para los tipos de afrontamiento los puntajes fueron los siguientes: REP 12.9 (4.1), AUC 12.5 (11.5), EEM 10.5 (5.3), PSD 18.5 (5.0), APS 10.2 (5.2), REC 7.0 (9.0), EVP 7.5 (7.0), RES 11.4 (5.1), MACP + MACE 42.2 (15.2) y MICP + MICE 47.9 (13.4).

Variable	N=60
PHQ9*	17.5 (11.0)
Resolución del problema (REP)**	12.9 (4.1)
Autocrítica (AUC)*	12.5 (11.5)
Expresión emocional (EEM)**	10.5 (5.3)
Pensamiento desiderativo (PSD)*	18.5 (5.0)
Apoyo social (APS)**	10.2 (5.2)
Reestructuración cognitiva (REC)*	7.0 (9.0)
Evitación del problema (EVP)*	7.5 (7.0)
Retirada social (RES)**	11.4 (5.1)
Manejo adecuado centrado en el problema (MACP = REP + REC) + Manejo adecuado centrado en la emoción (MACE = APS + EEM)**	42.2 (15.2)
Manejo inadecuado centrado en el problema (MICP = EVP + PSD) + Manejo inadecuado centrado en la emoción (MICE = RES + AUC)**	47.9 (13.4)

* Variables cuantitativa descritas con mediana y IQR.

**Variable cuantitativa descritas con media y SD.

Kolmogorov-Smirnov: PHQ9, REP, AUC, EEM, PSD, APS, REC, EVP, RES, MACP, MICP

En la **tabla 5** se desglosaron los tipos de afrontamiento más frecuentemente usados. El afrontamiento tipo 1 con 38 (63.3%) y el afrontamiento tipo 2 con 22 (36.7%).

Tabla 5. Tipos de afrontamiento	
1. Inadecuado (n/%) ⁺	38 (63.3%)
2. Adecuado (n/%) ⁺	22 (36.7%)

⁺ variables categóricas descritas con su número y porcentaje

ANALISIS BIVARIADO

En la **tabla 6** se compararon las características demográficas por el tipo de afrontamiento utilizado. En el afrontamiento tipo 1, la edad fue de 28.0 (11.2) años vs 35.5 (21.8) años en el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.0140$). En el afrontamiento tipo 1 el sexo femenino fue de 28 (73.68%) vs 14 (63.63%) en el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.5598$, OR= 0.63, 0.18-2.28). El estado civil con pareja fue de 23 (60.5%) en el afrontamiento tipo 1 vs 15 (68.2%) en el afrontamiento tipo 2, ($p=0.5913$, OR=1.39, 0.41-5.04). La escolaridad fue de 12.0 (4.2) años para el afrontamiento tipo 1 vs 12.0 (7.0) años para el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.7474$). La ocupación con empleo fue de 15 (39.5%) para el afrontamiento tipo 1 vs 13 (59.1%) para el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.1832$, OR= 2.18, 0.67-7.44). Ver figuras 2 y 3.

Tabla 6 . Comparación de características demográficas por tipo de afrontamiento			
Variable	Afrontamiento 1	Afrontamiento 2	P=
Edad (años)*	28.0 (11.2)	35.5 (21.8)	P = 0.0140
Sexo (n/%) ⁺ • 1 (femenino)	28 (73.68%)	14 (63.63%)	0.5598 (OR= 0.63, 0.18-2.28)
Estado civil (n/%) ⁺ • 2 (con pareja)	23 (60.5%)	15 (68.2%)	0.5913 (OR= 1.39, 0.41-5.04)
Escolaridad (años)*	12.0 (4.2)	12.0 (7.0)	P= 0.7474
Ocupación (n/%) ⁺ • 2 (empleado)	15 (39.5%)	13 (59.1%)	0.1832 (OR= 2.18, 0.67-7.44)

* Variables cuantitativa descritas con mediana y IQR, comparadas con prueba de U de Mann-Whitney

⁺ Variable categórica descrita con su número y porcentaje.

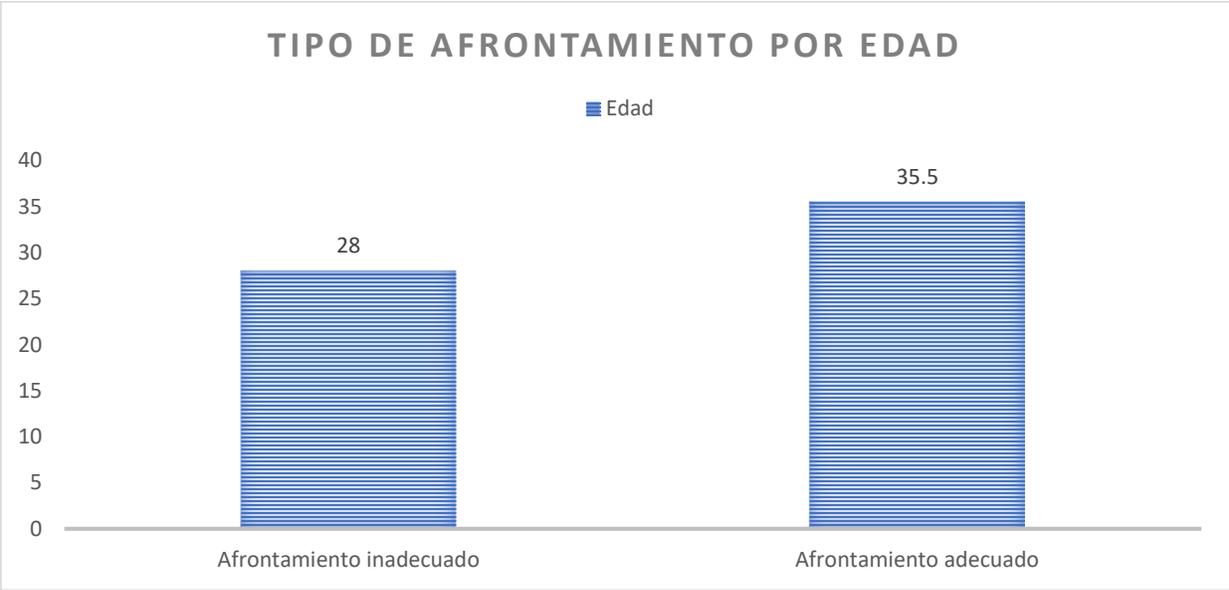


Figura 2

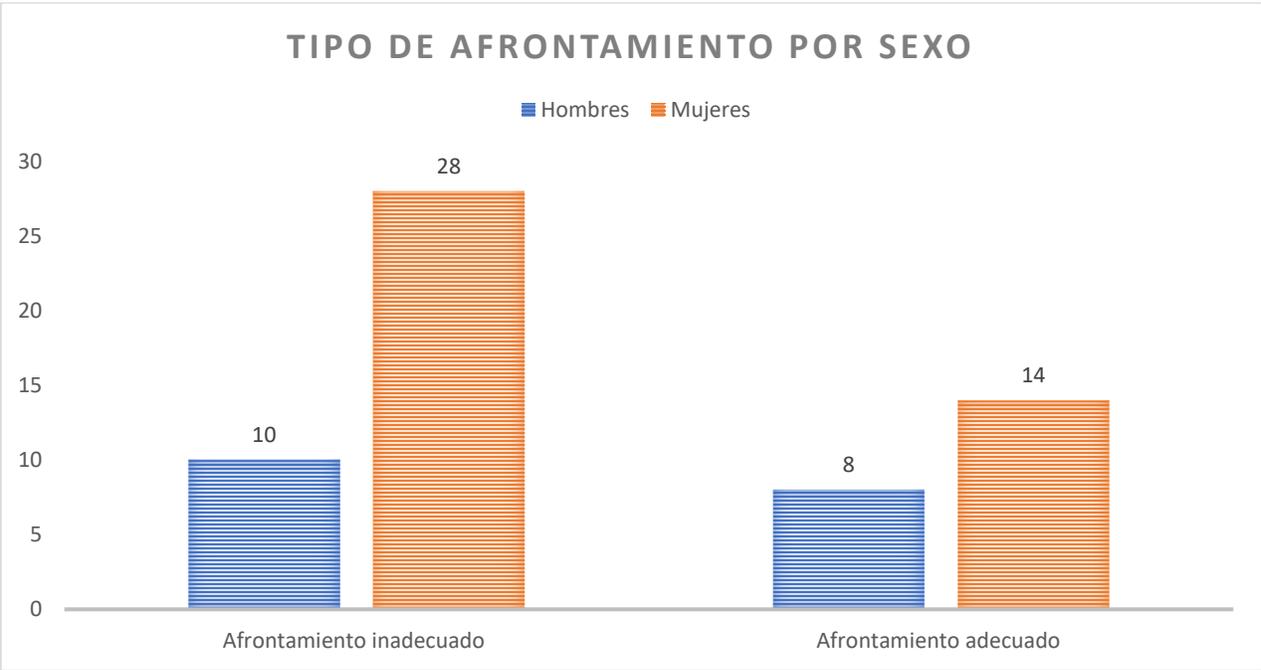


Figura 3

En la **tabla 7** se compararon los puntajes de riesgo de sustancias por el tipo de afrontamiento. En el afrontamiento tipo 1 el puntaje de riesgo de tabaco fue de 6.5 (8.2) vs 11.5 (17.5) en el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.1318$). El puntaje de riesgo de alcohol fue de 7.5 (13.5) en el afrontamiento tipo 1 vs 9.0 (15.0) en el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.9682$). El puntaje de riesgo para marihuana fue de 8 (7.5) para el afrontamiento tipo 1 vs 16.0 (9.0) para el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.3731$). El puntaje de riesgo cocaína fue de 4.5 (3.5) para el afrontamiento tipo 1 vs 9.0 (0.0) en el afrontamiento tipo 2, ($p=0.4000$). El puntaje de riesgo de anfetaminas para el afrontamiento tipo 1 fue de 32.0 (0.0) vs 33.0 (4.0) para el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.5824$). El puntaje de riesgo de tranquilizantes/pastillas para dormir fue de 19.0 (12.0) para el afrontamiento tipo 1 vs 4.0 (2.5) para el afrontamiento tipo 2, ($p=0.0333$). Ver figuras 4 y 5.

Tabla 7. Comparación de puntajes de riesgo de consumo de sustancias por tipo de afrontamiento			
Variable	Afrontamiento 1 N= 38	Afrontamiento 2 N= 22	P=
Tabaco (n, %)+	18 (47.4%)	8 (36.4%)	$p= 0.4332$ (OR= 0.64, 0.19-2.10)
• ASSIST*	6.5 (8.2)	11.5 (17.5)	0.1318
Alcohol (n, %)+	30 (78.9%)	13 (59.1%)	$p= 0.1389$ (OR= 0.39, 0.11-1.43)
• ASSIST*	7.5 (13.5)	9.0 (15.0)	0.9682
Marihuana (n, %)+	11 (28.9%)	2 (9.1%)	$p= 0.1057$ (OR= 0.25,0.02 -1.34)
• ASSIST*	8.0 (7.5)	16.0 (9.0)	0.3731
Cocaína (n, %)+	4 (10.52%)	1 (4.54%)	$p= 0.6432$ (OR: 0.41, 0.01 - 4.52)
• ASSIST*	4.5 (3.5)	9.0 (0.0)	0.4000
Anfetaminas (n, %)+	2 (5.26%)	2 (9.1%)	$p= 6194$ (OR: 1.78, 0.12 – 26.3)
• ASSIST*	32.0 (0.0)	33.0 (4.0)	0.5824
Tranquilizantes (n, %)+	7 (18.4%)	3 (13.63%)	$p= 0.7321$ (OR: 0.70, 0.10 - 3.56)
• ASSIST*	19.0 (12.0)	4.0 (2.5)	0.0333
Inhalantes (n, %)+	1 (2.63%)	NA	$p= 1.0$ (OR: 0.0, 0 - 67.3)
• ASSIST*	3.0 (0.0)	NA	$p= NA$
Alucinógenos (n, %)+	2 (5.26%)	NA	$p=0.5277$ (OR: 0.0, 0-9.23)

• ASSIST*	15.0 (12.0)	NA	p= NA
Opiáceos (n, %)+	3 (7.89%)	NA	p= 0.2915 (OR: 0.0, 0-4.17)
• ASSIST*	7.0 (16.5)	NA	p= NA

En la **tabla 8** se compararon los puntajes PHQ9 (Cuestionario de Salud del Paciente) y mecanismos de afrontamiento por escala CSI (Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento) por tipo de afrontamiento. El puntaje PHQ9 fue de 19.0 (9.8) para el afrontamiento tipo 1 vs 15.0 (12.8) para el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.0367$). El puntaje de la resolución de problemas (REP) fue de 11.5 (3.3) para el afrontamiento tipo 1 vs 15.5 (4.1) para el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.0003$). El puntaje de autocrítica (AUC) fue de 16.0 (7.8) para el afrontamiento tipo 1 vs 6.0 (9.5) para el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.0007$). El puntaje expresión emocional (EEM) fue de 9.9 (5.1) para el afrontamiento tipo 1 vs 11.5 (5.5) para el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.2613$). El puntaje de pensamiento desiderativo (PSD) fue de 19.0 (3.0) para el afrontamiento tipo 1 vs 18.0 (7.0) para el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.309$). El puntaje de apoyo social (APS) fue de 8.4 (4.4) para el afrontamiento tipo 1 vs 13.3 (5.1) para el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.0007$). El puntaje de reestructuración cognitiva (REC) fue de 5.0 (5.0) para el afrontamiento tipo 1 vs 11.5 (8.8) para el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.0012$). El puntaje de evitación del problema (EVP) fue de 7.5 (7.8) para el afrontamiento tipo 1 vs 7.5 (6.8) para el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.7522$). El puntaje de retirada social (RES) fue de 12.4 (4.4) para el afrontamiento tipo 1 vs 9.6 (5.9) para el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.0385$). El puntaje del manejo adecuado centrado en el problema y centrado en la emoción (MACP + MACE) fue de 36.7 (10.9) para el afrontamiento tipo 1 vs 51.8 (17.2) para el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.0008$). El puntaje del manejo inadecuado centrado en el problema y la emoción (MICP + MICE) fue de 52.1 (10.1) para el afrontamiento tipo 1 vs 40.7 (15.5) para el afrontamiento tipo 2, ($p= 0.0011$).

Variable	Afrontamiento inadecuado	Afrontamiento adecuado	P
PHQ9*	19.0 (9.8)	15.0 (12.8)	0.0367
REP**	11.5 (3.3)	15.5 (4.1)	0.0003
AUC*	16.0 (7.8)	6.0 (9.5)	0.0007
EEM**	9.9 (5.1)	11.5 (5.5)	0.2613
PSD*	19.0 (3.0)	18.0 (7.0)	0.3090
APS**	8.4 (4.4)	13.3 (5.1)	0.0007
REC*	5.0 (5.0)	11.5 (8.8)	0.0012
EVP*	7.5 (7.8)	7.5 (6.8)	0.7522
RES**	12.4 (4.4)	9.6 (5.9)	0.0385
MACP + MACE**	36.7 (10.9)	51.8 (17.2)	0.0008
MICP + MICE**	52.1 (10.1)	40.7 (15.5)	0.0011

* Variables cuantitativa con distribución anormal descritas con mediana y IQR, comparadas con prueba de U de Mann-Whitney.

**Variable cuantitativa con distribución normal descritas con media y SD, comparadas con prueba de T de Student.

En la **tabla 9** se compararon los niveles de riesgo por consumo de sustancias por el tipo de afrontamiento. Ver figura 6 y 7

Tabaco: riesgo bajo 5 (27.77%), riesgo moderado 12 (66.7%), riesgo alto 1 (5.5%) para el afrontamiento tipo 1 vs riesgo bajo 1 (12.5%), riesgo moderado 5 (62.5%), y riesgo alto 2 (25%) para el afrontamiento tipo 2, (p= 0.3150).

Alcohol: riesgo bajo 17 (56.66%), riesgo moderado 9 (30.0%), riesgo alto 4 (13.3%) para el afrontamiento tipo 1 vs riesgo bajo 7 (53.84%), riesgo moderado 4 (30.76%), riesgo alto 2 (15.3%) para el afrontamiento tipo 2, (p= 1.0).

Mariguana: riesgo bajo 2 (18.18%), riesgo moderado 9 (81.81%) para el afrontamiento tipo 1 vs riesgo bajo 0 (0.0%), riesgo moderado 2 (100%) para el afrontamiento tipo 2, (p= 1.0).

Cocaína: riesgo bajo 2(50%), riesgo moderado 2 (50%) para el afrontamiento tipo 1 vs riesgo bajo 0 (0%), riesgo moderado 1 (100%) para el afrontamiento tipo 2, (p= 1.0).

Anfetaminas: riesgo bajo 36 (94.73%), riesgo alto 2 (50.0%) para el afrontamiento tipo 1 vs riesgo bajo 20 (90.90%), riesgo alto 2 (50.0%) para el afrontamiento tipo 2, (p= 0.6194).

Tranquilizantes: riesgo bajo 0 (0.0%), riesgo moderado 5 (71.42%), riesgo alto 2 (28.57%) para el afrontamiento tipo 1 vs riesgo bajo 1 (33.3%), riesgo moderado 2 (66.6%), riesgo alto 0 (0.0%) para el afrontamiento tipo 2, (p= P= 0.3583).

Alucinógenos: riesgo bajo 1 (50.0%), riesgo alto 1 (50.0%) para el afrontamiento tipo 1 vs riesgo bajo 0 (0.0%), riesgo alto 0 (0.0%) para el afrontamiento tipo 2, (p= 1.0)

Opiáceos: riesgo moderado 2 (66.67%), riesgo alto 1 (33.33%) para el afrontamiento tipo 1 vs riesgo moderado 0 (0.0%), riesgo alto 0 (0.0%) para el afrontamiento tipo 2, (p= 1.0).

Tabla 9. Comparación de los niveles de riesgo por consumo de sustancias por el tipo de afrontamiento			
Variable	Afrontamiento 1	Afrontamiento 2	P=
Tabaco (n= 26) • 1. Riesgo bajo • 2. Riesgo moderado • 3. Riesgo alto	5 (27.77%) 12 (66.7%) 1 (5.55%)	1 (12.5%) 5 (62.50%) 2 (25%)	P= 0.3150
Alcohol (n= 43) • 1. Riesgo bajo • 2. Riesgo moderado • 3. Riesgo alto	17 (56.66%) 9 (30.0%) 4 (13.3%)	7 (53.84%) 4 (30.76%) 2 (15.38%)	P= 1.0
Mariguana (n= 13) • 1. Riesgo bajo • 2. Riesgo moderado	2 (18.18%) 9 (81.81%)	0 (0.0%) 2 (100%)	P= 1.0 (OR = NA)
Cocaína (n= 5) • 1. Riesgo bajo • 2. Riesgo moderado	2 (50.0%) 2 (50.0%)	0 (0.0%) 1 (100%)	P= 1.0 (OR = 0.86, 0.01-17.4)
Anfetaminas (n= 4) • 1. Riesgo bajo • 3. Riesgo alto	36 (94.73%) 2 (50.0%)	20 (90.90%) 2 (50.0%)	P= 0.6194 (OR = 1.78, 0.12-26.3)
Tranquilizantes (n= 10) • 1. Riesgo bajo • 2. Riesgo moderado • 3. Riesgo alto	0 (0.0%) 5 (71.42%) 2 (28.57%)	1 (33.3%) 2 (66.6%) 0 (0.0%)	P= 0.3583
Alucinógenos (n= 2) • Riesgo bajo • Riesgo alto	1 (50.0%) 1 (50.0%)	0 (0.0%) 0 (0.0%)	P= 1.0
Opiáceos (n= 3) • Riesgo moderado • Riesgo alto	2 (66.67%) 1 (33.33%)	0 (0.0%) 0 (0.0%)	P= 1.0

Variables categóricas descritas con su número y porcentaje, comparadas mediante prueba de Chi Cuadrada o prueba exacta de Fisher.

CONSUMO DE SUSTANCIAS EN PACIENTES CON AFRONTAMIENTO INADECUADO

■ Tabaco ■ Alcohol ■ Marihuana ■ Tranquilizantes

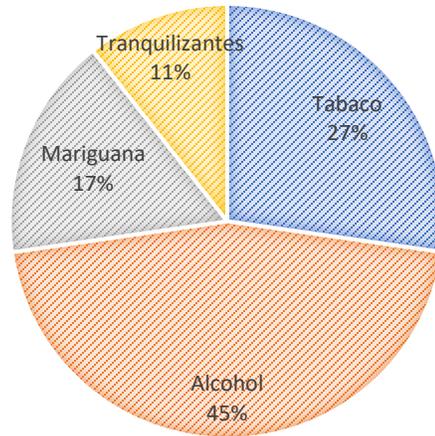


Figura 4

COMPARACIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS POR TIPO DE AFRONTAMIENTO

■ Tranquilizantes ■ Marihuana ■ Alcohol ■ Tabaco

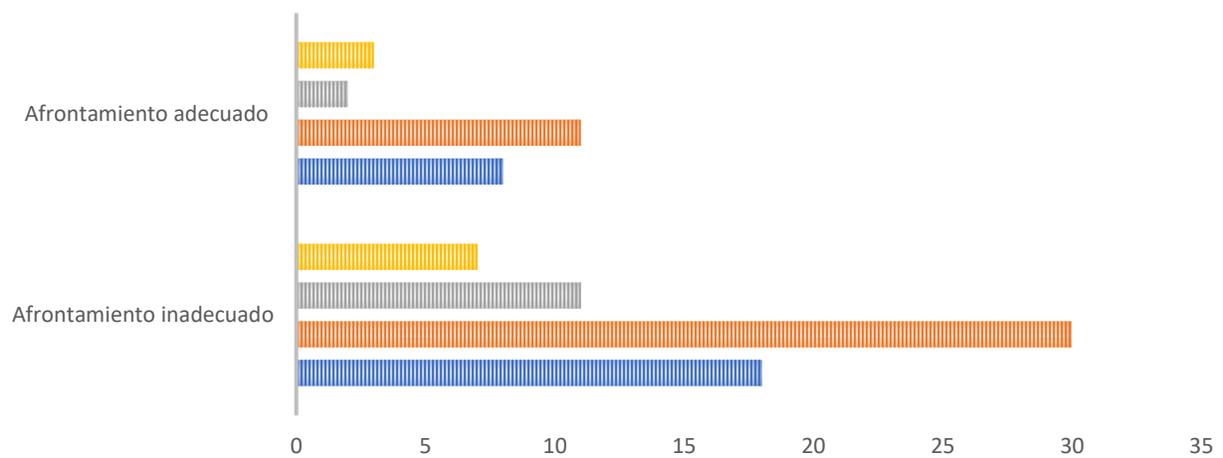


Figura 5

COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE RIESGO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS POR EL TIPO DE AFRONTAMIENTO

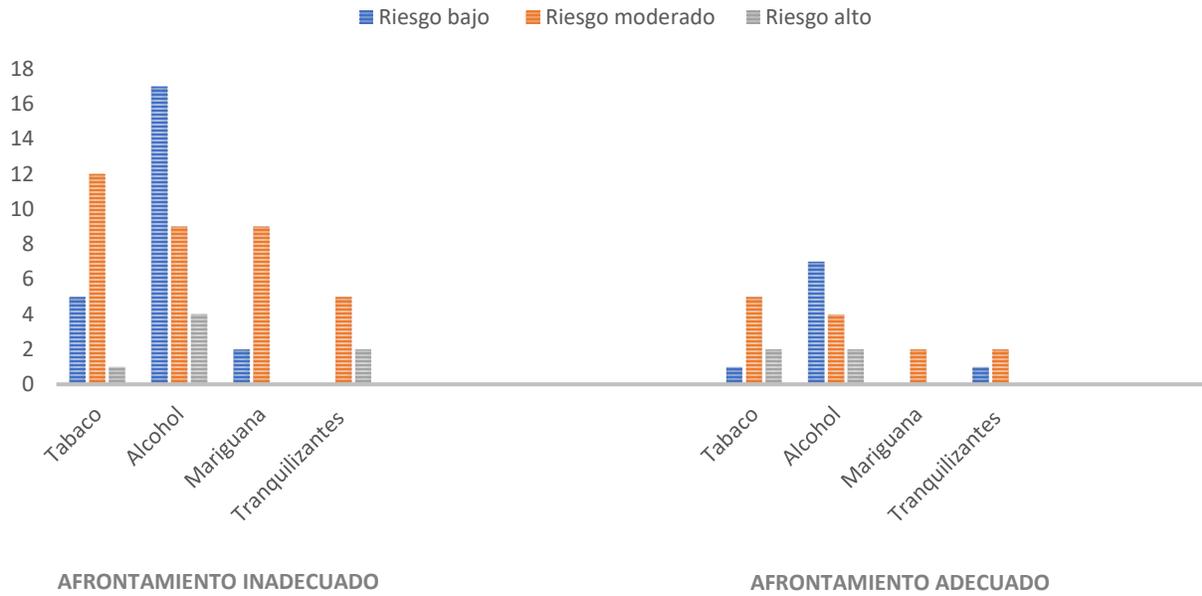


Figura 6

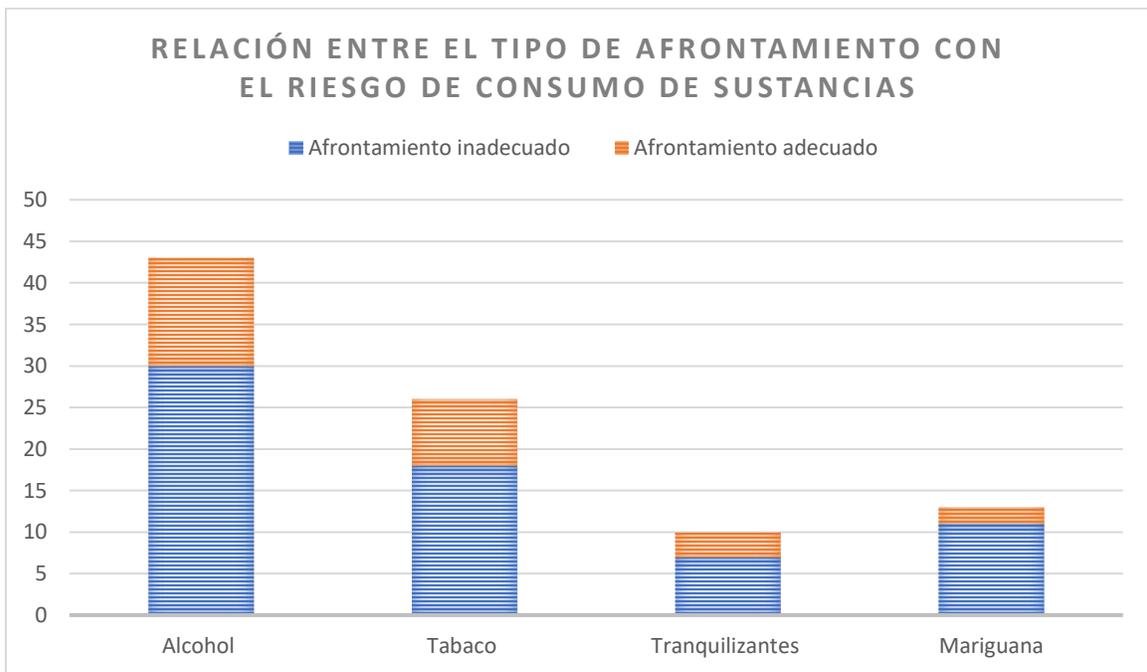


Figura 7

CORRELACION:

		MICP (EVP + PSD) + MICE (RES + AUC) = Manejo inadecuado	Alcohol
MICP (EVP + PSD) + MICE (RES + AUC) = Manejo inadecuado	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N:	1,000 60	,276 1,000 ,033
Alcohol	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N:	,276 60	1,000 60

Coeficiente de correlación de Spearman Rho.

Relación lineal para la sustancia alcohol y el afrontamiento inadecuado. Existe una correlación de 0.276 de acuerdo con la prueba Rho de Spearman, con significancia estadística de 0,05 (bilateral).

DISCUSIÓN

En el pasado se ha descrito de manera aislada en estudios realizados en otras partes del mundo, los mecanismos de afrontamiento desadaptativos y la presencia de síntomas depresivos, así como la asociación entre estrategias de afrontamiento utilizadas con la tasa de recaída en personas con consumo de ciertas sustancias.

Sin embargo, este es el primer estudio que se realiza en nuestro hospital, para evaluar la asociación entre el riesgo de abuso de sustancias y los mecanismos de afrontamiento en pacientes con depresión que acuden a urgencias. Los principales hallazgos fueron: una menor edad relacionada significativamente con modos de afrontamiento inadecuados ($p=0.014$), con síntomas depresivos más severos ($p=0.034$) y con mayor riesgo de consumo de tranquilizantes ($p=0.033$) y alcohol ($p=0.033$).

El 70% de los pacientes seleccionados fueron mujeres. Es un porcentaje de especial interés, que pudiera estar fundamentado en cuestiones culturales en relación con la búsqueda de atención psiquiátrica. Aunado a esto, las mujeres presentan prevalencias más altas y tienen más probabilidad de sufrir depresión que los hombres (35). Esto también concuerda con los datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía del 2021, en donde la depresión afectó el 19.5% del total de la población femenina, mientras que en la población masculina fue de 10.7% (36).

En nuestro estudio la edad fue de 31 años, un dato importante porque se trata de una etapa en la que la población se encuentra económicamente activa, por lo que padecer una enfermedad psiquiátrica como depresión, es una limitante para la productividad laboral de las personas. Así pues, no asombra que más del 50% de los pacientes analizados se encontraran desempleados en el momento de la evaluación.

Mediante el instrumento ASSIST se realizaron las medidas de los puntajes de riesgo para las diferentes sustancias utilizadas. Si bien, la mayoría de los pacientes analizados tenían consumo de alcohol, no alcanzaron puntajes de riesgo alto, a diferencia de los que consumieron tabaco y marihuana, que tuvieron puntajes de riesgo moderado (Ver Tabla 2). En el estado de San Luis Potosí, era de esperarse que la marihuana fuera la sustancia más utilizada, después del alcohol y el tabaco, ya que,

de acuerdo con el Informe Sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas en México, informó que nuestro estado se encuentra dentro de las primeras tres entidades con consumo problemático de marihuana (37).

El riesgo y frecuencias de consumo de sustancias se realizó mediante la prueba ASSIST, en donde las sustancias más frecuentemente consumidas en la población analizada en nuestro estudio fueron: tabaco, alcohol, marihuana y los tranquilizantes o pastillas para dormir con puntajes de: 65.4%, 30.2%, 84.6%, y 70% respectivamente. Llama la atención que la mayoría tienen riesgo moderado de consumo de acuerdo con el puntaje obtenido. La importancia de estos datos radica en el hecho de que, en México, estar bajo situaciones de estrés, ansiedad, depresión e incluso el aislamiento como el que se experimentó durante la pandemia por COVID-19 son razones asociadas con el aumento de consumo de sustancias (37).

Los síntomas depresivos se evaluaron mediante el cuestionario PHQ9. Al ser una escala de rápida realización, con ítems concisos de acuerdo con los criterios del DSM-V, ofrece la ventaja de que el paciente la conteste sin dificultad. El principal inconveniente consiste en que no se evalúan síntomas ansiosos, a diferencia de la Hamilton Anxiety and Depression Scale (HADS) (38); sin embargo, tener síntomas ansiosos no era un criterio de inclusión en este estudio, por lo que consideramos que no afectó nuestros resultados.

El puntaje PHQ9 fue de 17.5, por lo que los pacientes evaluados tuvieron síntomas depresivos de intensidad moderada a grave. Esta información concuerda con lo encontrado en el Diagnóstico operativo de Salud Mental y Adicciones del 2022, en la que se reportó que el 40.5% presentó síntomas moderados, 33.9% leve y 25.7% graves; siendo la depresión el trastorno mental más frecuente en un 5.3%, seguido del trastorno por consumo de alcohol en un 3.3% (39).

Los tipos de afrontamiento se evaluaron mediante el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). Los mecanismos que tuvieron el puntaje más alto de todos fueron el de pensamiento desiderativo con 18.5 y autocrítica con 12.5, los cuales forman parte del manejo inadecuado en el problema, mientras que el mecanismo de reestructuración cognitiva tuvo el puntaje más bajo con 7.0 puntos, el cual forma parte del manejo adecuado centrado en el problema. Esto quiere decir que durante las situaciones de estrés y en presencia de sintomatología depresiva, las personas evaluadas en este

estudio solían hacer mayor uso de un pensamiento desiderativo, en un deseo de que su realidad no fuese estresante, mientras que la reestructuración cognitiva, una estrategia basada en modificar el significado de la situación o acontecimiento estresante (40) con la finalidad de eventualmente resolver el problema, fue la menos utilizada.

De tal manera, que tiene sentido que el afrontamiento de tipo inadecuado fuera el más comúnmente presentado por la población evaluada en este estudio, con un 63%. Esto concuerda con lo reportado en la literatura, en donde en comparación con las personas no deprimidas, se ha encontrado que quienes presentan síntomas depresivos, se perciben a sí mismos como más vulnerables mientras evalúan situaciones estresantes y usualmente necesitan más información antes de estar listas para actuar (41).

Además, se realizó una comparación de las características de los pacientes con mecanismos de afrontamiento adecuado e inadecuado, de acuerdo con los tipos de afrontamiento más utilizados. La edad fue de 28 años para el manejo inadecuado, mientras que para el manejo adecuado fue de 35 años. El sexo femenino predominó para el manejo inadecuado, con 28 pacientes y el estado civil con pareja fue mayor para los pacientes que tuvieron manejo inadecuado.

Respecto a la edad, es un hallazgo que concuerda con lo reportado por Carstensen, quien encontró que la madurez se asocia con un mejor bienestar emocional, con manejo de emociones más positivas y una mayor estabilidad emocional en general (42). No obstante, la madurez usualmente se asocia con mayores probabilidades de enfermedades crónicas como artritis, diabetes, hipertensión y enfermedades cardíacas (43); sin embargo, la población del presente estudio no padecía ninguna enfermedad metabólica.

Se compararon los puntajes de riesgo de consumo de sustancias por el tipo de afrontamiento utilizado, encontrando que el uso de tranquilizantes tuvo un puntaje de riesgo significativamente mayor para los pacientes con manejo inadecuado de afrontamiento. Algunos autores reportan que existen determinantes psicológicos asociados al uso de benzodiazepinas, tales como trastornos depresivos, ansiedad, abuso de alcohol y otras sustancias.

Así mismo ciertos rasgos de personalidad, combinados con sentimientos de minusvalía

y culpa, predisponen a los usuarios de benzodiazepinas a un mayor deseo y, por lo tanto, mayor riesgo de desarrollar adicción a los tranquilizantes (44). Esto es consistente con la población evaluada en este estudio, puesto que todos los pacientes tenían depresión y el 16% total de la muestra utilizaba benzodiazepinas.

También comparamos los puntajes de la escala PHQ9 y los mecanismos de afrontamiento utilizando la escala CSI, encontrando puntajes más altos de depresión en aquellos pacientes con afrontamientos inadecuados ($p = 0.0367$), siendo AUC y PSD, las estrategias de afrontamiento con los puntajes más altos en el grupo de pacientes con afrontamiento inadecuado ($p = 0.0011$). Estos resultados son relevantes porque las estrategias de afrontamiento han demostrado importancia en relación con el estrés psicosocial, síntomas depresivos e ideación suicida. A la par, los métodos de afrontamiento más inmaduros pueden implicar el uso de sustancias, incluido el alcohol, para escapar del estrés y olvidar los problemas (45).

No obstante, la muestra fue insuficiente para alcanzar valores representativos, por lo que se realizó una relación lineal para el alcohol, que fue la sustancia más usada por los pacientes y el afrontamiento inadecuado, el cual fue el más utilizado por este grupo. Se encontró una correlación de 0.276 de acuerdo con la prueba Rho de Spearman. Lo que implica que existe una correlación positiva baja entre el riesgo de consumo de alcohol, depresión y afrontamiento inadecuado, con significancia estadística de 0.05.

CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones encontradas en la realización de la investigación, este estudio fue el primero en evaluar la depresión en pacientes con consumo de sustancias y los mecanismos de afrontamientos más utilizados.

El estudio reportó que la edad joven es un factor que se asocia significativamente con afrontamientos inadecuados, a diferencia de aquellos pacientes con edad ≥ 35 años. Se reportó que las personas con afrontamientos inadecuados hacen mayor uso del mecanismo autocrítica (AUC) y retirada social (RES), y que aquellos que logran afrontamientos adecuados utilizan como estrategia la resolución del problema (REP), el apoyo social (APS) y la reestructuración cognitiva (REC).

Si bien no es posible establecer una relación de causalidad entre el riesgo de consumo de sustancias en pacientes deprimidos y las estrategias de afrontamiento utilizadas, nuestros resultados indican que el alcohol y los tranquilizantes son las sustancias que se asocian significativamente con mecanismos de afrontamiento inadecuados, edad joven y mayor severidad de síntomas depresivos.

Sin duda alguna, la población que acudió a la CPDENP se benefició de la elaboración del presente estudio, pues se realizaron identificaciones adecuadas para demostrar la existencia de asociación importante entre las estrategias de afrontamiento y el riesgo de consumo de sustancias en pacientes deprimidos.

Será indispensable realizar mayor investigación, con un número de sujetos más amplio, e idealmente con reclutamiento de todas las instituciones de atención en salud mental, para obtener una caracterización más fidedigna en la población estudiada y en un futuro intervenciones dirigidas a este grupo vulnerable, con la finalidad de generar mejores sistemas de prevención, diagnóstico y tratamiento que beneficien la salud física y mental de esta población.

LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

Los resultados del estudio son limitados al tratarse de un estudio de corte transversal que no permite establecer causalidad entre los factores evaluados.

Además, los datos fueron obtenidos de un solo hospital, por lo que no existe amplia heterogeneidad y el tamaño de la muestra no alcanzó a ser suficiente para establecer asociaciones estadísticamente significativas con todas las sustancias en el análisis bivariado comparativo.

No obstante, las tendencias indican que, a mayor intensidad de síntomas depresivos, mayor riesgo de consumo de sustancias y peores estrategias de afrontamiento.

La prueba de correlación con el riesgo de consumo de alcohol es un indicador de que si elige la asociación de una sola sustancia con los mecanismos de afrontamiento más utilizados en población con síntomas depresivos se podrían esperar correlaciones positivas.

El hallazgo de las sustancias más consumidas por la población con síntomas depresivos que acude a la CPENP podría delimitar estudios subsecuentes de corte longitudinal y seguimiento con intervenciones específicas e individualizadas para establecer causalidad.

.

BIBLIOGRAFÍA

1. Greenberg PE, Fournier AA, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *The Journal of clinical psychiatry*. 2015 feb 25;76(2):5356.
2. Wagner FA, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*. 2012 feb;35(1):3-11.
3. Mendez, J. Gastos en salud mental. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A. C. 2022 abril. <https://ciep.mx/UJCC>
4. UAM Cuajimalpa. En México, sólo el 2% del presupuesto federal destinado a salud se emplea para la atención a pacientes con trastornos mentales. Casa Abierta de Tiempo. 2018. <http://www.cua.uam.mx/news/miscelanea/en-mexico-solo-el-2-del-presupuesto-federal-destinado-a-salud-se-emplea-para-la-atencion-a-pacientes-con-trastornos-mentales>.
5. Lyness JM, Solomon D. Unipolar minor depression in adults: Epidemiology, clinical presentation, and diagnosis. UpToDate. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-minor-depression-in-adults-epidemiologyclinical-presentation-anddiagnosis>. 2020.
6. Lyness JM. Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis. UpToDate.(internet). 2019:1-21.
7. de Psiquiatría AA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. 2014.
8. Dekker J, Koelen JA, Peen J, Schoevers RA, Gijsbers-Van Wijk C. Gender differences in clinical features of depressed outpatients: preliminary evidence for subtyping of depression?. *Women & health*. 2008 Feb 19;46(4):19-38.
9. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The experience of symptoms of depression

in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA psychiatry*. 2013 Oct 1;70(10):1100-6.

10. Davis L, Uezato A, Newell JM, Frazier E. Major depression and comorbid substance use disorders. *Current opinion in psychiatry*. 2008 Jan 1;21(1):14-8.
11. Quello SB, Brady KT, Sonne SC. Mood disorders and substance use disorder: a complex comorbidity. *Science & practice perspectives*. 2005 Dec;3(1):13..
12. Fogaça MV, Duman RS. Cortical GABAergic dysfunction in stress and depression: new insights for therapeutic interventions. *Frontiers in cellular neuroscience*. 2019 Mar 12;13:87.
13. Nutt DJ, Baldwin DS, Clayton AH. The role of dopamine and norepinephrine in depression and antidepressant treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006 Jan 1;67(Suppl 6):3-8.
14. Delgado PL, Miller HL, Salomon RM, Licinio J, Krystal JH, Moreno FA, Heninger GR, Charney DS. Tryptophan-depletion challenge in depressed patients treated with desipramine or fluoxetine: implications for the role of serotonin in the mechanism of antidepressant action. *Biological psychiatry*. 1999 Jul 15;46(2):212-20.
15. Hasler G, van der Veen JW, Tumonis T, Meyers N, Shen J, Drevets WC. Reduced prefrontal glutamate/glutamine and γ -aminobutyric acid levels in major depression determined using proton magnetic resonance spectroscopy. *Archives of general psychiatry*. 2007 Feb 1;64(2):193-200.
16. Krishnan R, Roy-Byrne P, Solomon D. Unipolar depression: Neurobiology. Up to date. 2021.
17. Duman RS, Aghajanian GK, Sanacora G, Krystal JH. Synaptic plasticity and depression: new insights from stress and rapid-acting antidepressants. *Nature medicine*. 2016 Mar;22(3):238-49.

18. Baqutayan SM. Stress and coping mechanisms: A historical overview. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. 2015 Mar 8;6(2 S1):479.
19. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.6 en línea]. <<https://dle.rae.es>> abril 2022.
20. Olf M. Stress, depression and immunity: the role of defense and coping styles. *Psychiatry research*. 1999 Jan 18;85(1):7-15.
21. al'Absi M. The influence of stress and early life adversity on addiction: Psychobiological mechanisms of risk and resilience. *International review of neurobiology*. 2020 Jan 1;152:71-100.
22. Yao Z, Wu J, Zhou B, Zhang K, Zhang L. Higher chronic stress is associated with a decrease in temporal sensitivity but not in subjective duration in healthy young men. *Frontiers in psychology*. 2015 Jul 21;6:1010.
23. Musazzi L, Tornese P, Sala N, Popoli M. Acute or chronic? A stressful question. *Trends in neurosciences*. 2017 Sep 1;40(9):525-35.
24. Tachè J, Selye H. On stress and coping mechanisms. *Issues in mental health nursing*. 1985 Jan 1;7(1-4):3-24.
25. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*. 1986 May;50(5):992.
26. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*. 1989 Feb;56(2):267.
27. Lazarus RS, Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality*. 1987 Sep;1(3):141-69.
28. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company; 1984 Mar 15.

29. Davis LL, Frazier E, Husain MM, Warden D, Trivedi M, Fava M, Cassano P, McGrath PJ, Balasubramani GK, Wisniewski SR, Rush AJ. Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder: a confirmatory analysis of the STAR* D cohort. *The American Journal on Addictions*. 2006 Jul 8;15(4):278-85.
30. Marquez-Arrico JE, Río-Martínez L, Navarro JF, Prat G, Adan A. Personality profile and clinical correlates of patients with substance use disorder with and without comorbid depression under treatment. *Frontiers in psychiatry*. 2019 Jan 11;9:764.
31. Adan A, Antúnez JM, Navarro JF. Coping strategies related to treatment in substance use disorder patients with and without comorbid depression. *Psychiatry Research*. 2017 May 1;251:325-32.
32. Cano García, F. J., Rodríguez Franco, L., & García Martínez, J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2007; 35 (1), 29-39.
33. Humeniuk, R., [et al]. *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria*. Organización Mundial de la Salud. 2011.
34. Gelaye B, Williams MA, Lemma S, Deyessa N, Bahretibeb Y, Shibre T, Wondimagegn D, Lemenhe A, Fann JR, Vander Stoep A, Zhou XH. Validity of the patient health questionnaire-9 for depression screening and diagnosis in East Africa. *Psychiatry research*. 2013 Dec 15;210(2):653-61.
35. Ramos-Lira L. ¿ Por qué hablar de género y salud mental?. *Salud mental*. 2014;37(4):275-81.
36. INEGI. *Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado. ENBIARE*. 2021. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf
37. CONADIC. Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas. 2021 Mexico: Autor.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/648021/INFORME_PAIS_2021.pdf

38. Hansson M, Chotai J, Nordstöm A, Bodlund O. Comparison of two self-rating scales to detect depression: HADS and PHQ-9. *British Journal of General Practice*. 2009 Sep 1;59(566):e283-8.
39. Gobierno de México. 2° Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones. 2022. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf>
40. Lucero, V. C. C., & Villacreses, W. O. E. Estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer: Un estudio de centro único. *Oncología (Ecuador)*. 2022; 32(2), 169-179.
41. Satija, Y. K., Advani, G. B., & Nathawat, S. S. Influence of stressful life events and coping strategies in depression. *Indian journal of psychiatry*. 1998. 40(2), 165–171
42. Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., Brooks, K. P., & Nesselroade, J. R. Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and aging*. 2011. 26(1), 21–33. <https://doi.org/10.1037/a0021285>
43. Chen, Y., Peng, Y., Xu, H., & O'Brien, W. H. Age differences in stress and coping: Problem-focused strategies mediate the relationship between age and positive affect. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2018. 86(4), 347-363.
44. Konopka, A., Pełka-Wysiecka, J., Grzywacz, A., & Samochowiec, J. Psychosocial characteristics of benzodiazepine addicts compared to not addicted benzodiazepine users. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2013. 40, 229-235.
45. Tokumitsu, K., Suguwara, N., Okayasu, H., Kawamata, Y., Shinozaki, M., Sato, Y. The relationship of stress coping styles on substance use, depressive symptoms, and personality traits of nurses in higher education institution. *Neuropsychopharmacology Reports*. 2023.

ANEXO 1. INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Anexo 1	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)
<p>El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si está mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.</p>	
<div style="border: 1px solid black; height: 500px;"></div>	

ANEXO 1. INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Anexo 1	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)				
De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:					
0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente					
Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.					
Inventario de Estrategias de Afrontamiento					
1. Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2. Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8. Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11. Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13. Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15. Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16. Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17. Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18. Me criticqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27. Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respetó	0	1	2	3	4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39. Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
Me consideré capaz de afrontar la situación	0	1	2	3	4
FIN DE LA PRUEBA					

ANEXO 1. INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Anexo 1		Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)							
Inventario de Estrategias de Afrontamiento (claves de corrección)									
Resolución de problemas (REP)	01 + 09 + 17 + 25 + 33								
Autocrítica (AUC)	02 + 10 + 18 + 26 + 34								
Expresión emocional (EEM)	03 + 11 + 19 + 27 + 35								
Pensamiento desiderativo (PSD)	04 + 12 + 20 + 28 + 36								
Apoyo social (APS)	05 + 13 + 21 + 29 + 37								
Reestructuración cognitiva (REC)	06 + 14 + 22 + 30 + 38								
Evitación de problemas (EVP)	07 + 15 + 23 + 31 + 39								
Retirada social (RES)	08 + 16 + 24 + 32 + 40								
Pc	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	Pc
1	1								1
2	2			0	0	0			2
3	3			1	1	1			3
4	4		0	1	2	2			4
5	5		1	2	3	2	0		5
10	6		3	4	4	4	1		10
15	8		4	5	5	5	2	0	15
20	10		4	6	6	6	2	1	20
25	11		5	7	7	6	3	1	25
30	12	0	5	8	8	7	3	2	30
35	13	1	6	9	8	8	4	2	35
40	14	2	7	10	9	9	4	2	40
45	15	3	8	12	10	9	5	3	45
50	16	3	9	12	11	10	5	3	50
55	16	4	9	13	12	11	6	4	55
60	16	5	10	14	13	12	7	4	60
65	17	6	11	15	13	12	7	5	65
70	18	7	11	16	14	13	8	5	70
75	19	8	12	16	15	14	8	6	75
80	19	10	14	17	16	15	9	7	80
85	20	12	15	18	17	16	10	8	85
90	20	14	16	19	18	17	11	9	90
95	20	16	18	20	19	18	13	11	95
96	20	17	18	20	20	19	13	11	96
97	20	18	19	20	20	19	14	11	97
98	20	20	20	20	20	19,28	16	13	98
99	20	20	20	20	20	20	16	15	99
Media	14,25	5,11	8,98	11,66	10,93	10,17	5,81	3,93	Media
DT	5,01	5,05	5,05	5,05	5,12	4,94	3,89	3,53	DT
N	335	335	335	334	332	335	334	334	N

ANEXO 2. CUESTIONARIO ASSIST

Fecha: _____ Usuario: _____ No. Expediente: _____

ASSIST-OMS		
1. ¿Alguna vez en su vida ha consumido...?	No	Si
a. Tabaco	0	3
b. Bebidas alcohólicas	0	3
c. Marihuana	0	3
d. Cocaína	0	3
e. Anfetaminas	0	3
f. Inhalables	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	3
h. Alucinógenos	0	3
i. Opiáceos	0	3
j. Otros, especifique	0	3

Si todas las respuestas son negativas pregunte: ¿Tampoco cuando era estudiante?, si después de esta pregunta todas las respuestas son negativas, termine la entrevista.

Si alguna respuesta es positiva, continúe con la pregunta 2 para cada sustancia consumida.

2. ¿Con qué frecuencia ha consumido... (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p1) en los últimos tres meses?	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Marihuana	0	2	3	4	6
d. Cocaína	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas	0	2	3	4	6
f. Inhalables	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
i. Opiáceos	0	2	3	4	6
j. Otros, especifique	0	2	3	4	6

Si todas las respuestas son nunca pase a la pregunta 6

Si ha consumido alguna sustancia en los últimos tres meses responda las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia.

3. En los últimos tres meses ¿Con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p2)?	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
a. Tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
c. Marihuana	0	3	4	5	6
d. Cocaína	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas	0	3	4	5	6
f. Inhalables	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Opiáceos	0	3	4	5	6
j. Otros, especifique	0	3	4	5	6

4. En los últimos tres meses ¿Con qué frecuencia su consumo de (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p2) le ha ocasionado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
a. Tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Marihuana	0	4	5	6	7
d. Cocaína	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas	0	4	5	6	7
f. Inhalables	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opiáceos	0	4	5	6	7
j. Otros, especifique	0	4	5	6	7

ANEXO 2. CUESTIONARIO ASSIST

5. En los últimos tres meses ¿Con qué frecuencia dejó de hacer algo que debería haber hecho debido a su consumo de (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p2)?	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
a. Tabaco	X	X	X	X	X
b. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c. Marihuana	0	5	6	7	8
d. Cocaína	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas	0	5	6	7	8
f. Inhalables	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opiáceos	0	5	6	7	8
j. Otros, especifique	0	5	6	7	8

7. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p1) y no lo ha logrado?	No, nunca	Sí, en los últimos tres	Sí, pero no en los últimos
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas	0	6	3
f. Inhalables	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros, especifique	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido (pregunta 1)

6. ¿Alguna vez un amigo, un familiar o alguien más ha mostrado preocupación por su consumo de (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p1)?	No, nunca	Sí, en los últimos tres	Sí, pero no en los últimos
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas	0	6	3
f. Inhalables	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros, especifique	0	2	3

NOTA: Si se ha inyectado drogas en los últimos tres meses se le debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

8. ¿Alguna vez en su vida se ha inyectado alguna droga?
(ÚNICAMENTE PARA USO NO MÉDICO)

No, nunca	Sí, en los últimos tres meses	Sí, pero no en los últimos tres meses

Si se ha inyectado: Una vez a la semana o menos
Menos de tres días seguidos

⇒ Intervención breve, incluyendo la tarjeta "riesgos asociados con inyectarse"

Si se ha inyectado: Más de una vez a la semana
Tres o más días seguidos

⇒ Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo

Recuerde: para obtener los puntajes por sustancia no incluya las respuestas de las preguntas 1 y 8

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL USUARIO PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para la sustancia específica	Sin Intervención	Intervención Breve	Tratamiento más Intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 o más
Alcohol		0-10	11-26	27 o más
Marihuana		0-3	4-26	27 o más
Cocaína		0-3	4-26	27 o más
Anfetaminas		0-3	4-26	27 o más
Inhalables		0-3	4-26	27 o más
Tranquilizantes o pastillas para dormir		0-3	4-26	27 o más
Alucinógenos		0-3	4-26	27 o más
Opiáceos		0-3	4-26	27 o más

ANEXO 2. CUESTIONARIO ASSIST

REACUADRO 6 ¿Qué significa la puntuación de sustancias específicas?		
	Alcohol	Todas las demás sustancias
Riesgo bajo	0-10	0-3
Riesgo moderado	11-26	4-26
Riesgo alto	27+	27+

ANEXO 3. ESCALA PHQ9

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "□" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P. Fecha .

Yo _____ declaro que he sido informada/o sobre mi participación en el estudio llamado “Asociación entre Depresión, Consumo de Sustancias y Modos de Afrontamiento en Pacientes de un Hospital Psiquiátrico”; el cual consiste en responder tres cuestionarios respecto a síntomas depresivos, consumo de sustancias y mecanismos de afrontamiento. El tiempo aproximado para responderlos es de 45 minutos.

Me han garantizado que los datos personales que proporcione serán manejados con absoluta confidencialidad y de manera anónima.

Comprendo que el beneficio del estudio será generar acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento a fin de atender de manera integral la salud física y mental de las personas que deseen participar.

El estudio no representa un riesgo para mi persona y los resultados obtenidos serán utilizados única y exclusivamente para fines académicos.

Mi participación es voluntaria y puede retirarme del estudio en el momento que lo desee, sin que existe ningún tipo de afectación hacia mí o la atención que recibo en la Institución. Me explicaron que la persona responsable del estudio es la Dra. Consuelo Jiménez Pérez. Residente de Psiquiatría, y que si tengo alguna duda puedo comunicarme con ella al teléfono: [REDACTED]

Por tanto, doy mi consentimiento para participar.

ATENTAMENTE:

Nombre completo y firma

Testigo 1

Testigo 2

Nombre y firma

Nombre y firma

ANEXO 5. AUTORIZACIÓN POR COMITÉ DE ÉTICA

 **POTOSÍ**
PARA LOS POTOSINOS
GOBIERNO DEL ESTADO DE POTOSÍ

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CPDENP/D/SM/CEI/ **1775** /2022
28 de mayo de 2022
Código: 16S.2

MEMORÁNDUM
ASUNTO: Dictamen protocolo

Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P.

DRA. CONSUELO JIMÉNEZ PÉREZ
RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA

El comité de Ética en Investigación en sesión ordinaria del día 24 de Mayo del presente año le informa el resultado de la revisión del protocolo: "Asociación entre pacientes con depresión con y sin consumo de sustancias psicoactivas o alcohol y los mecanismos de afrontamiento más frecuentemente utilizados en un hospital psiquiátrico" dictaminando su autorización con número de registro **CEI-CPENP-22-03**. No omito recordar su compromiso de enviar sus avances según cronograma, así como la entrega de informe final en físico y en digital.

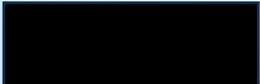
Lo anterior con sustento en la Guía Nacional para la integración y funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, Quinta Edición 2015, DOF, Lunes 11 de Enero de 2015 y al procedimiento interno de revisión de protocolos.

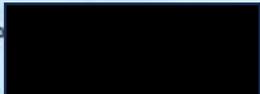
Reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
LA PRESIDENTA DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
DE LA CLÍNICA P-SIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

 **CLÍNICA PSIQUIÁTRICA**
"DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

DIRECTO

MEyAS.  ETANCOURT

Elab. 
MEyAS. Rita de Guadalupe Martínez Rocha
Secretaria del Comité de Ética en Investigación

Rev. 
ME  court
Presidenta del Comité de Ética en Investigación

c.c.p. Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez - Encargada de la Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña"
c.c.p. Dra. Laura Elena Pérez Ramos - Jefa de Educación e Investigación de la Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña"
c.c.p. Archivo y Minutame.


Kilómetro 8.5 Carretera a Ma Irbnada, Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P. - C.P. 76434 Tel: (444) 100-92-90, Ext. 26660, 26661 y 26662 - gubeh.ars.vladtel