

Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana

Volumen 11 No.2 - 2014

Predicción del abandono del tratamiento en adictos mediante el cuestionario VPA-30 Through Questionnaire VPA – 30 Intervening Foretelling about the Abandon of the Treatment in Addicts

Dr. Pedro Rafael Casado Méndez^I, Dra. Mailen Molero Segreña^{II}, MSc. Onelia Méndez Jiménez,^{III} Dr. Roberto López Labrada,^{IV}

Dra. Yamilé Ricardo Zamora,^V

I Especialista de 1.er grado en MGI. Residente de 4to año en Cirugía General. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley". Profesor Instructor. Manzanillo. Granma.

II Especialista de 1.er grado en MGI y Psiquiatría. Hospital Provincial Psiquiátrico Docente "Manuel Fajardo Rivero". Profesor Asistente. Manzanillo. Granma.

III Licenciada en Marxismo-historia. Master en Metodología de la investigación educativa. Facultad de Ciencias Médicas de Granma "Celia Sánchez Manduley". Profesora auxiliar. Manzanillo. Granma.

IV Especialista de 1.er grado en MGI y Nefrología. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley". Manzanillo. Granma.

V Especialista de 1.er grado en MGI. Policlínica Universitaria "Joel Benítez Borges". Cauto Cristo. Granma.

RESUMEN

Introducción: el índice de abandono de las terapias es aun alto. La predicción de este abandono y sus posibles causas serían una manera eficaz de aminorar este fenómeno.

Objetivos: determinar la efectividad del cuestionario VPA-30 como del abandono en pacientes adictos en tratamiento de deshabituación.

Método: se realizó un estudio longitudinal, prospectivo y descriptivo en un universo de 68 pacientes, asistentes a consulta de deshabituación, a los cuales se les aplicó el cuestionario VPA-30 a los 15, 30, 60 y 120 días de tratamiento.

Resultados: predominó el sexo masculino (69.12%) y el grupo de edad de 35-44 años (27.94%). Las categorías F11, F12 y F17 fueron las más prevalentes, en un tiempo de adicción mayor de 36 meses asociadas a trastornos de personalidad y depresivos.

Conclusiones: el cuestionario VPA-30 demostró ser un predictor efectivo del abandono de la terapia deshabituada, a partir de los 30 días de iniciado el tratamiento.

Palabras clave: cuestionario VPA-30, abandono, terapia deshabituada.

ABSTRACT

Introduction: The abandon index of the therapies is even high. This abandon's prediction and its possible causes would be a efficient way to decrease this phenomenon

Objectives: To determine the VPA 30 Questionnaire's effectiveness as the abandon in patient addicts under deshabituation treatment.

Method: A longitudinal, prospective and descriptive study on a universe of 68 patients from a deshabituation consultation was carried out. These patients were applied the VPA - 30 Questionnaire during the 15th,30th,60th and120th treatment days.

Results: The masculine sex and the group from 35 to 44 (69.12%) prevailed. The categories F11, F12 and F17 were the more prevailing categories in a time of addiction bigger than 36-months associated to personality and depressive disorders.

Conclusions: The VPA - 30 Questionnaire showed to be an actual element of prediction for the abandon of the deshabituation therapy starting from day 30th of the treatment.

Key words: VPA - 30 Questionnaire, abandon, deshabituation therapy.

INTRODUCCIÓN

El uso de sustancias psicotrópicas capaces de modificar el nivel de conciencia, el estado de ánimo, los mecanismos de la sensopercepción, o los procesos cognitivos, no es patrimonio de la sociedad contemporánea. 1-2 Las sustancias químicas con capacidad adictiva han sido clasificadas en función de criterios muy diversos. La CIE-10, distingue diez grupos de sustancias, mientras que el DSM-IV, delimita doce grupos.1-2

En el siglo XVII, los países europeos empezaron a manifestar su alarma por el incremento masivo del consumo de alcohol, opio, tabaco, té y café. Las acciones para el control y limitación de su consumo quedaron en simples intentos testimoniales.5-7 El problema se incrementó en el siglo XX.3-7

En el año 2002 se planteó, que el 8.9 % de la carga de morbilidad total estaba relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas. El tabaco representa un 46.1 %, el alcohol un 44,9 % y las drogas ilícitas un 9 %. El consumo de drogas ilícitas es de 2.7 % en la población general y de 3.9 % en la población de más de 15 años.5, 8 Se estima una prevalencia de 4.2 % para cualquier tipo de droga ilícita en la población de 15 años y más.8-10

Se considera la existencia de un conjunto de conductas adictivas, con un mismo mecanismo patogénico que derivan hacia conductas adictivas, a sustancias psicoactivas o comportamentales, en función de diversas variables familiares o ambientales, que rodean al individuo.5,10-12 A pesar de la creencia de los pocos éxitos terapéuticos en drogodependencias, ello es erróneo; puesto que es una de las ramas de la psiquiatría con resultados superiores al 80% de remisiones completas, si el trastorno es detectado y abordado con rapidez.5-7,11

El tema de la deshabitación es un frente polémico en terapéutica psiquiátrica. Una de las soluciones al abandono terapéutico, sería la predicción del mismo y sus posibles causas.12 El cuestionario VPA-30 (c SIRVENT, 2009) es una herramienta en proceso de validación, diseñada para predecir el abandono terapéutico de los adictos. La misma se originó en una secuencia de estudios de profesionales de la Fundación Instituto Spiral de Madrid y la Universidad de Oviedo. El cuestionario cierra la línea de investigación sobre factores de abandono y/o adherencia al tratamiento.7-13

El interés que generan los estudios sobre tratamientos empíricamente validados y los escasos trabajos sobre estos temas, ameritan una atención diferenciada. El estudio y la evaluación, indicadores que permiten pronosticar en el trabajo clínico, son indispensables desde un punto de vista meramente pragmático, es básico saber si lo que se hace, funciona o no.

Ante el aumento de la población dependiente, los avances en terapéutica psiquiátrica, los altos índices de abandono terapéutico, la necesidad de predecir el abandono y la probable efectividad del cuestionario VPA-30, es que nos planteamos el siguiente **problema científico**: ¿Es el cuestionario VPA-30 una herramienta eficaz en la predicción del abandono terapéutico en adictos en tratamiento? El objetivo general de la investigación, fue determinar la efectividad del

cuestionario VPA-30, como predictor del abandono en pacientes adictos en tratamiento de deshabituación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo y descriptivo, en un universo de 68 pacientes adictos, mayores de 15 años, en tratamiento de deshabituación en consulta externa, del Hospital Provincial Psiquiátrico Docente de Manzanillo, "Manuel Fajardo Rivero".

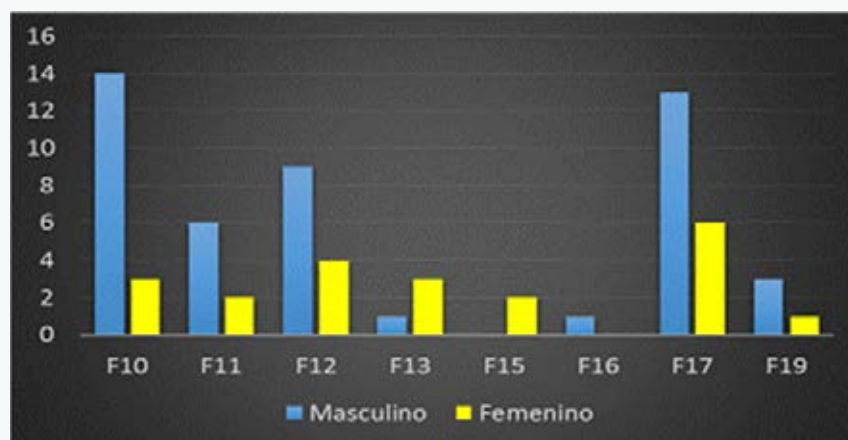
El tiempo del estudio fue de 19 meses entre abril del 2011 y noviembre del 2012. Se aplicó el cuestionario VPA-30 (Anexo 1), previa solicitud del consentimiento informado, a los pacientes adictos que asistieron a consulta de deshabituación.

Los datos recogidos fueron consignados en una base de datos en Excel, la cual se procesó con el Programa SPSS versión 11.5. Se calcularon medidas de resumen a las variables del estudio, números absolutos y por cientos. Se aplicó el método porcentual. Los resultados se presentaron en gráficos. Se le explicó a cada paciente sobre la investigación y la importancia de esta, para poder actuar de manera preventiva y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

RESULTADOS

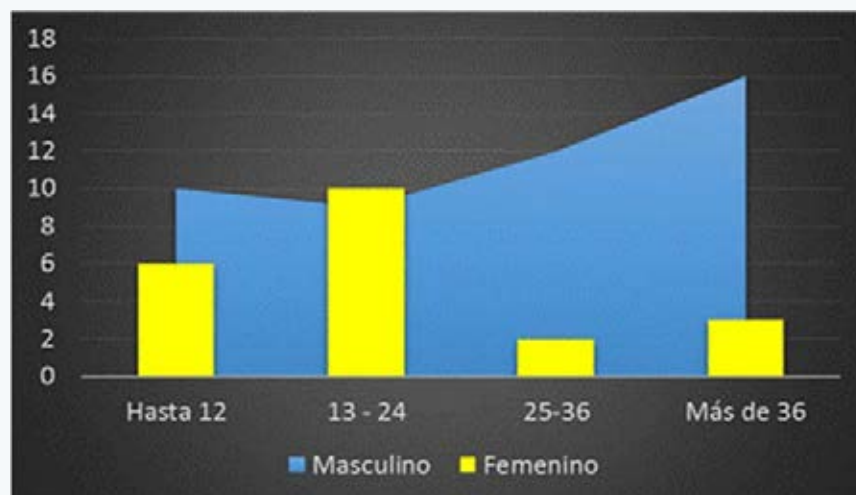
De un universo de 68 pacientes en terapia de deshabituación se aplicó el cuestionario VPA-30 a el 100% de los adictos. En el gráfico 1 se evidencia la prevalencia en el sexo masculino y los trastornos mentales y del comportamiento, debidos al uso de alcohol (categoría F10) y tabaco, (categoría F17).

Gráfico 1. Distribución de los adictos en consulta de deshabituación según tipo de adicción clasificada en el CIE-10 y sexo



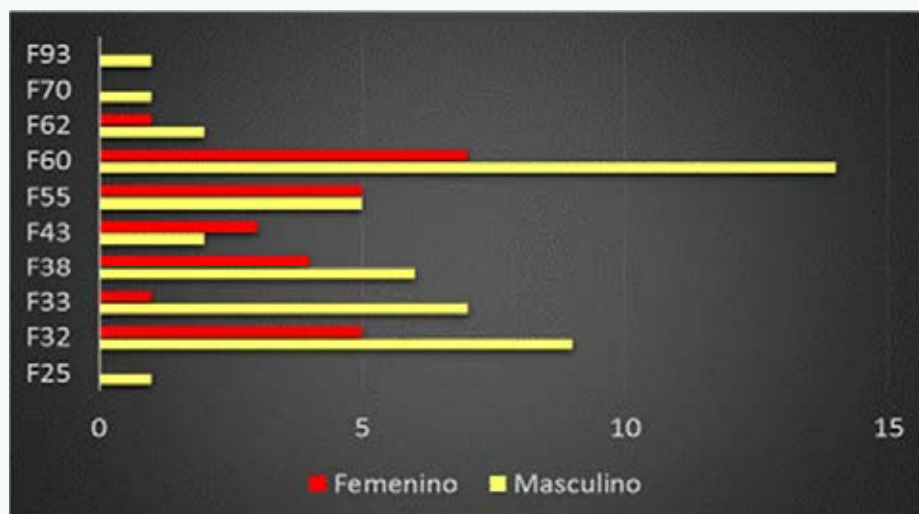
En el gráfico 2 se evidencia la tendencia al inicio de la terapia deshabituada entre los 13-24 meses para las mujeres y más de 36 meses para los hombres.

Gráfico 2. Distribución de los adictos en consulta de deshabituación, según tiempo de adicción al momento de iniciar la terapia de deshabituación



En el gráfico 3 se observa la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes adictos con un franco predominio de los trastornos de la personalidad y del comportamiento (categoría F60).

Gráfico 3. Distribución de los adictos en consulta de deshabituación según comorbilidad psiquiátrica



El riesgo de abandono según la capacidad predictiva del cuestionario se evidencia en el gráfico 4, donde predominaron los pacientes de bastante riesgo a los 15 días, para catalogarse de bajo riesgo a los 120 días.

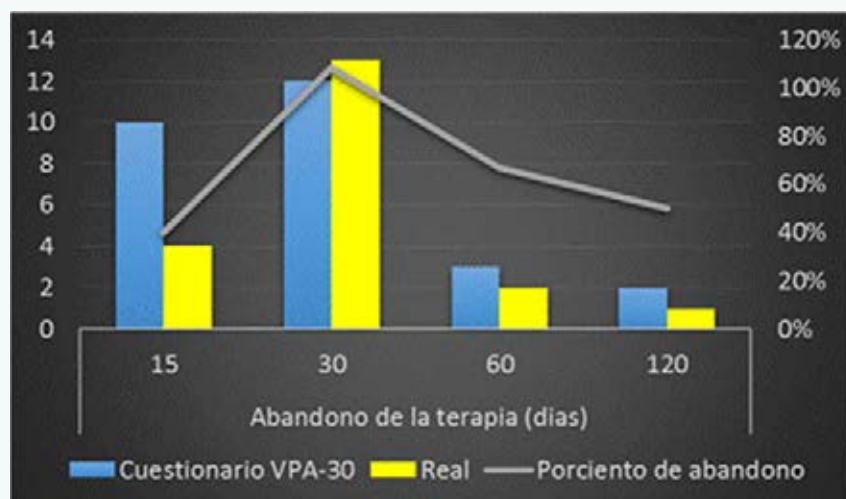
Gráfico 4. Distribución de los adictos en consulta de deshabituación, según nivel de riesgo de abandono como resultado de la aplicación del cuestionario VPA-30 a los 30 días de la terapia



Nota. Solo se incluyeron los resultados de la escala general

En el gráfico 5, queda recogido el abandono de la terapia deshabituada, según la predicción del cuestionario VPA-30 y el abandono real de dicha terapia, donde esta demostró ser más efectiva a los 30 días de comenzado el tratamiento.

Gráfico 5. Distribución de los adictos en consulta de deshabituación, según predicción del cuestionario VPA-30 y abandono real de la terapia



DISCUSIÓN

Los trabajos científicos muestran a la drogadicción como un problema en aumento en el mundo. Un estudio con adolescentes en Bangkok, encontró que 5.4% consumen cigarrillos, 37.3% alcohol y 37.8% drogas ilícitas. Investigaciones en universitarios de Sao Paulo, muestran que el consumo de drogas lícitas ha aumentado en mujeres, mientras que el consumo excesivo tiende a ser mayor en hombres.^{1, 6-9,12} Un estudio en jóvenes chilenos, revela que entre los 19 y 25 años, un 1.3% consume cocaína, 12.3% marihuana, 27.4% tabaco y 55.4% alcohol.^{3-6,11, 13} Según Villatoro-Velázquez, el consumo de drogas entre mexicanos hasta 17 años, muestra que el consumo en varones de marihuana es de 2.5% y de cocaína de 1%. El consumo actual alcanzaría un 1.1% para marihuana y 0.2% para cocaína, que serían las drogas más consumidas por adolescentes.¹⁶

En el año 2000, el consumo de tabaco fue de 50.7%, alcohol 61.4% y de drogas ilícitas 14.7%. En cambio, la Encuesta Nacional de Adicciones en el 2002, encontró que entre 12 y 17 años, el consumo de alcohol fue de 25.7%; alcanzando 35% en el sector urbano y 18% en el rural.^{4-6,13-16} Estudios europeos en adolescentes hasta 18 años, observó un aumento del consumo de cocaína en los últimos 10 años, de hasta un 40% anual.^{13-14, 17-18}

La drogadicción en Cuba, es una realidad que dista mucho de la panorámica de otros países; pero que genera preocupación, pues lejos de detener o disminuir el índice de consumo, este se encuentra en franco aumento. En la consulta establecida en el Hospital Provincial Psiquiátrico Docente "Manuel Fajardo", en el periodo estudiado, comenzaron a recibir atención especializada 68 pacientes, de los cuales el 69.12% eran hombres. La edad media fue de 38.3 años. Esto supone una decisión firme en la edad media de eliminar la adicción.

Los pacientes clasificados en las categorías F10 y F17, conformaron el 52.94% del total de pacientes. Otras categorías suponen una morbilidad nada despreciable y si más preocupante como F11, F12, F13 y F19, los que suponen el 42.71% del total de adictos.

El tiempo de adicción es un elemento a considerar en el tratamiento. El tiempo predominante de la adicción en los pacientes atendidos fue de 36 meses y más. La cifra evidencia que la toma de conciencia y decisión sobre la conducta adictiva, no se hace prevalente hasta bien avanzado el consumo.

La comorbilidad es algo muy frecuente dentro de la práctica psiquiátrica actual. La categoría F60 con 30.88% de prevalencia, refuerza la hipótesis de la existencia de un trastorno de la personalidad (TP) subyacente. La relación entre los TP y las toxicomanías ha sido estudiada en los últimos años, tanto desde el punto de vista epidemiológico, como desde el punto de vista causal. Se acepta que estos pacientes consumen más que la población general, y tienen peor evolución.¹⁹

En la publicación de la primera parte del National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, con 43 093 sujetos entrevistados entre 2001 y 2002 en Estados Unidos, se señala una prevalencia de 8.5 % de problemas con alcohol y un 2% de problemas con otras drogas, (siendo más frecuente el abuso que la dependencia). De los que tienen problemas con el alcohol, un 28,6 % tienen al menos 1 TP; de los de otras drogas un 47.7 % tienen al menos 1 TP. En general, las prevalencias de los TP son más altas para los dependientes que para los abusadores.^{6, 12-15,19}

El fracaso de la terapia deshabituada no es infrecuente y encuentra múltiples explicaciones, sin que ninguna de ellas se deje de relacionar con el deseo compulsivo del consumo. En este sentido el 32.35 % de los pacientes, habían abandonado al menos una vez, el tratamiento rehabilitador. El reconocimiento precoz de los individuos propensos a abandonar la terapia, podría ser un pilar importante en el éxito de la misma. Si a esto le sumamos el reconocimiento de las causas que estén disminuyendo, o reforzando la efectividad de la terapia, esta podría modificar, en función del éxito, las acciones emprendidas.

El cuestionario VPA-30, se comportó con un nivel alto de precisión. El mismo, predice de modo general, que los pacientes comienzan siendo de bastante riesgo, para comportarse como de algún riesgo entre los 30 y 60 días de terapia. A los 120 días, por regla general, el nivel de riesgo de abandono de la terapia es bajo. Los 5 subsistemas con que cuenta son orientadores hacia las áreas, donde se debe reforzar y orientar la ayuda. El cuestionario puede constituir, dentro de las consultas, un elemento de uso sistemático.

A modo conclusión puede expresarse que predomina el consumo de alcohol y tabaco en un tiempo mayor de 36 meses asociadas a trastornos de personalidad y depresivos. El cuestionario VPA-30 demostró ser un predictor efectivo del abandono de la terapia deshabituada a partir de los 30 días de tratamiento.

ANEXOS

Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento VPA-30 (© Sirvent 2009)

Lea atentamente cada pregunta y marque la respuesta que mejor le describa. ES MUY IMPORTANTE QUE CONTESTE CON ABSOLUTA SINCERIDAD SIN DEJAR NINGUNA RESPUESTA EN BLANCO

1. Me agobia la rutina

Muy de acuerdo ____

De acuerdo ____

Ni de acuerdo ni en desacuerdo ____

En desacuerdo ____

Muy en desacuerdo ____

2. Respecto a la vitalidad ¿Cómo te sientes?

Me siento con vitalidad ____

Me siento más vital que desvitalizado ____

No me siento ni vital ni desvitalizado ____

Me siento más desvitalizado que vital ____

Me siento desvitalizado ____

3. Dejaría el tratamiento porque el equipo que me atiende no sea apropiado para lo que necesito

Muy de acuerdo ____

De acuerdo ____

Ni de acuerdo ni en desacuerdo ____

En desacuerdo ____

Muy en desacuerdo ____

4. ¿Como está tu ánimo?

Me siento deprimido ____

Me siento más deprimido que optimista ____

No me siento ni deprimido ni optimista ____

Me siento más optimista que deprimido ____

Me siento optimista ____

5. Es preferible estar “puesto” o “empastillado” antes que pasarlo mal

Muy de acuerdo ____

De acuerdo ____

Ni de acuerdo ni en desacuerdo ____

En desacuerdo ____

Muy en desacuerdo ____

6. Sinceramente, pienso estar en tratamiento el tiempo que yo me marque, aunque el equipo opine otra cosa

Muy de acuerdo____
De acuerdo____
Ni de acuerdo ni en desacuerdo____
En desacuerdo____
Muy en desacuerdo____

7. Este tratamiento parece adecuado para mí pasarlo mal

Muy de acuerdo____
De acuerdo____
Ni de acuerdo ni en desacuerdo____
En desacuerdo____
Muy en desacuerdo____

8. Mi estancia en el centro es necesaria pasarlo mal

Muy de acuerdo____
De acuerdo____
Ni de acuerdo ni en desacuerdo____
En desacuerdo____
Muy en desacuerdo____

9. Tengo imaginaciones o fantasías de consumo

Muy de acuerdo____
De acuerdo____
Ni de acuerdo ni en desacuerdo____
En desacuerdo____
Muy en desacuerdo____

10. Respecto a las ganas de hacer las cosas, ¿Cómo te sientes?

Me siento motivado, con ganas de hacer cosas____
Me siento más bien motivado que desmotivado____
No me siento ni motivado ni desmotivado____
Me siento más bien desmotivado que motivado____
Me siento desmotivado, sin ganas de hacer cosas____

11. Sinceramente, mi atención está más fuera que dentro del tratamiento

Muy de acuerdo____
De acuerdo____
Ni de acuerdo ni en desacuerdo____
En desacuerdo____
Muy en desacuerdo____

12. Tengo el sentimiento o sensación de estar atrapado en algo y no poder escapar

Muy de acuerdo____
De acuerdo____
Ni de acuerdo ni en desacuerdo____
En desacuerdo____
Muy en desacuerdo____

13. Tengo deseos de consumo

Muy de acuerdo____

De acuerdo____
Ni de acuerdo ni en desacuerdo____
En desacuerdo____
Muy en desacuerdo____

14. ¿Cómo recibes la presión del tratamiento?

La presión del tratamiento no me afecta____
La presión del tratamiento me afecta algunas veces, pero la llevo bien____
La presión del tratamiento me afecta a veces____
La presión del tratamiento me provoca bastante sufrimiento____
La presión del tratamiento me provoca intenso sufrimiento____

15. Este tratamiento me satura de cosas, me carga

Muy de acuerdo____
De acuerdo____
Ni de acuerdo ni en desacuerdo____
En desacuerdo____
Muy en desacuerdo____

16. Dejaría el tratamiento porque las terapias no me parezcan adecuadas para mí

Muy de acuerdo____
De acuerdo____
Ni de acuerdo ni en desacuerdo____
En desacuerdo____
Muy en desacuerdo____

17. ¿Sientes ilusión?

Me siento ilusionado____
Me siento más ilusionado que desilusionado____
No me siento ni ilusionado ni desilusionado____
Me siento más desilusionado que ilusionado____
Me siento desilusionado____

18. Me agobia con lo que me dicen los compañeros de tratamiento

Muy de acuerdo____
De acuerdo____
Ni de acuerdo ni en desacuerdo____
En desacuerdo____
Muy en desacuerdo____

19. Siento ansiedad, intranquilidad interior

Muy de acuerdo____
De acuerdo____
Ni de acuerdo ni en desacuerdo____
En desacuerdo____
Muy en desacuerdo____

20. Sinceramente, confías o desconfías de este tratamiento.

Confío en este tratamiento____
Siento más confianza que desconfianza de este tratamiento____
Siento tanta confianza como desconfianza del tratamiento____
Siento más desconfianza que confianza del tratamiento____

Desconfío de este tratamiento____

21. Cuánta motivación tengo para recuperarme

Me siento muy motivado para recuperarme____

Me siento más bien motivado para recuperarme____

No me siento ni motivado ni desmotivado para recuperarme____

Me siento más bien desmotivado para recuperarme____

Me siento absolutamente desmotivado para recuperarme____

22. Cuando llevo tiempo sin consumir con frecuencia empiezo a pensar en el consumo y no consigo sacarlo de la cabeza

Muy de acuerdo____

De acuerdo____

Ni de acuerdo ni en desacuerdo____

En desacuerdo____

Muy en desacuerdo____

23. Dejaría el tratamiento por encontrarme en condiciones de seguir yo solo

Muy de acuerdo____

De acuerdo____

Ni de acuerdo ni en desacuerdo ____

En desacuerdo____

Muy en desacuerdo____

24. Me siento motivado para seguir el tratamiento

Muy de acuerdo____

De acuerdo____

Ni de acuerdo ni en desacuerdo____

En desacuerdo____

Muy en desacuerdo____

25. Me resulta difícil llevar a cabo este tratamiento

Muy de acuerdo____

De acuerdo____

Ni de acuerdo ni en desacuerdo____

En desacuerdo____

Muy en desacuerdo____

26. Me siento malhumorado, disgustado

Muy de acuerdo____

De acuerdo____

Ni de acuerdo ni en desacuerdo____

En desacuerdo ____

Muy en desacuerdo____

27. ¿Cuántos años llevas consumiendo?

2 años ó menos ____

Más de 2 y menos de 6 años____

Más de 6 y menos de 10 años____

10 años ó más____

28. ¿Cuántos años llevas enganchado?

2 años ó menos____
Más de 2 y menos de 5 años____
Más de 5 y menos de 9 años____
Más de 9 y menos de 11 años____
Más 11 años____

29. Por favor di el número aproximado de tratamientos que hayas abandonado hasta la fecha

0 ó 1 tratamientos abandonados____
tratamientos abandonados____
tratamientos abandonados____
tratamientos abandonados____
ó más tratamientos abandonados____

30. Cabe la posibilidad de que abandone el tratamiento a corto plazo por decisión propia

Muy de acuerdo____
De acuerdo____
Ni de acuerdo ni en desacuerdo ____
En desacuerdo____
Muy en desacuerdo____

Instructivo para calificar el cuestionario

Puntuación general

. Los siguientes ítems se puntúan de 1 a 5 (puntuación directa): 2 – 7 – 8 – 10 – 14 – 17 – 20 – 21 – 24 – 27 – 28 – 29
. Los siguientes ítems se puntúan de 5 a 1 (puntuación inversa): 1 –3 –4 –5 –6 –9 –11 –12 –13 –15 –16 –18 –19 –22 –23 –25 –26 –30

ESCALA GENERAL (Media de los ítems) (Se subrayan los ítems con puntuación inversa) 1–4 –6 – 10 – 11 –12–15 –18 – 19 –22 –23 –25 – 26 – 30

FACTORES (Medias de los siguientes ítems) (Se subrayan los ítems con puntuación inversa)

. Motivación: 2 – 8 – 10 – 17 – 21 – 24
. Conciencia del problema: 3 – 6 – 11 – 16 – 23 – 30
. Sentimientos adversos: 4 – 12 – 18 – 19 – 26
. Deseos de consumo: 1– 5 – 9 – 13 – 22
. Tratamiento: 6– 14 – 15 – 20 – 25

Ítems correlacionados

(9) – (13) // (17) – (10) // (8) – (24) // (24) – (30) // (6) – (23) // (29) – (16) // (14) – (15) // (4) – (10) // (3) – (16)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Ginebra, OMS, 1992.

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-IV]. Clasificación de Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (APA). 2005. Washington: APA.
 3. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. Santiago, Chile. 2011. Recuperado de: http://www.conacedrogas.gob.cl/wpcontent/uploads/2011/03/2010_InformeEjecutivo_Noveno_Estudio_General.pdf.
 4. Muñoz-Rivas, M., Gámez-Guadix, M., Graña, J.L., & Fernández, L. Violencia en el noviazgo y consumo de alcohol y drogas ilegales entre adolescentes y jóvenes españoles. *Adicciones*. 2010. 22, 125-134.
 5. Romero, M. I., Santander, J., Hitschfeld, M., Labbé, M., & Zamora, V. Consumo de tabaco y alcohol entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. 2009. *Revista Médica de Chile*, 137, 361-368.
 6. Guzmán, F., Esparza, S., Alcántara, S., Escobedo, I., & Henggeler, T. Consumo de alcohol en jóvenes y su relación con la violencia psicológica en el noviazgo. *Revista electrónica Saúde Mental, Alcool e Drogas*. 2009. 5, (2), 3. Recuperado de: <http://www.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>.
 7. Garnica de Cos, E. Personalidad en Adicciones. 6º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2005. *Psiquiatria.com*.
 8. González, M.P. Violencia en las relaciones de noviazgo entre jóvenes adolescentes de la comunidad de Madrid. (Tesis inédita de Doctorado). 2008 Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, España.
 9. Vizcarra M. B., & Poo, A. M. Violencia de pareja en estudiantes universitarios del sur de Chile. *Universitas Psychologica*. 2011, 10, 89-98.
 10. Foshee, V.A., Bauman, K.E., Linder, G.F., Rice, J., & Wilcher, R. Typologies of adolescent dating violence: Identifying typologies of adolescent dating violence perpetration. *Journal of Interpersonal Violence*. 2007. 22: 498.
 11. Boland, M.; Fitzpatrick, P.; Scallan, E.; Daly, L.; Herity, B.; Horgan, J; Bourke, G. Trends in medical student use of tobacco, alcohol and drugs in an Irish university, 1973-2002. *Drug and Alcohol Dependence*, 2006; 85, 123-28. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871606001384>
 12. Rodríguez, J., Fernández, A. M., Hernández, E. & Ramírez, S. Conductas agresivas, consumo de drogas e intentos de suicidios en jóvenes universitarios. *Terapia Psicológica*, 2006; 24, 63-69.
 13. Sexta Encuesta Nacional de la Juventud, Instituto Nacional de la Juventud, INJUV, 2009; Noveno Estudio Nacional de Drogas, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, 2011.
 14. Villatoro-Velázquez J.A., Medina-Mora M.E., Hernández-Valdés M., Fleiz Bautista C.M., Amador-Buenabad N.G. et al. La encuesta de estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental* 2005,28(1):38-51.
 15. Medina-Mora, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván-Castillo, Tapia-Conyer. Encuesta Nacional de las Adicciones, 2002; 2003; Organización Mundial de la Salud, 2006.
 16. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [CONACE], (2009). Noveno estudio nacional de drogas en población general de Chile. Santiago: Gobierno de Chile.
 17. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [CONACE], (2010). Décimo estudio nacional de drogas en población general de Chile. Santiago: Gobierno de Chile.
 18. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [CONACE], (2011). Onceno estudio nacional de drogas en población general de Chile. Santiago: Gobierno de Chile.
 19. Molina, J.L. Caracterización psicométrica de las escalas DEPADO y AUDIT para detectar consumo de drogas en adolescentes. (Tesis inédita de Maestría en Psicología). Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. 2009.
-

Recibido: 12 de febrero de 2014
Aceptado: 15 de mayo de 2014

Pedro Rafael Casado Méndez. Especialista de 1er grado en MGI. Residente de 4to año en Cirugía General. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley". Profesor Instructor. Dirección: Aguilera 84 e/ Martí y José M. Gómez. Manzanillo, Granma. Teléfono. 023-57-2589. Correo electrónico: pcasado@grannet.grm.sld.cu