



Published in final edited form as:

Salud Conducta Humana. 2020 ; 7(1): 101–113.

Examinando trastornos por uso de sustancias en diversos escenarios de servicio: Eficacia inicial del ICTUS

[Examining substance use disorders in diverse service settings: Initial efficacy of the ICTUS]

Hilda A. Sánchez-Millán¹, Sugeily Rivera Suazo², Coralee Pérez Pedrogo^{1,2}, Gabriela Román Colón²

¹Universidad Carlos Albizu

²Universidad de Puerto Rico Recinto de Ciencias Médicas

Abstract

La identificación de trastornos por uso de sustancias (TUS) puede resultar retante debido a la complejidad de síntomas que involucra y la limitación de tiempo que suele tener el personal no-clínico para evaluar los síntomas asociados. Este estudio explora de forma inicial la eficacia del Instrumento de Cernimiento para Trastornos por Uso de Sustancias (ICTUS) en la identificación de sintomatología asociada a TUS entre personas que viven dentro y fuera de prisiones. El ICTUS fue desarrollado mediante la atemperación de los ítems del *Simple Screening Instrument for Substance Abuse* (SSI-SA) a los criterios del DSM-5. El ICTUS muestra la capacidad de identificar de forma efectiva a aquellas personas que cumplen con criterios diagnósticos de TUS cuando se compara los porcentajes de uso de sustancias y diagnósticos de TUS según el CIDI, una medida clínica. Estos resultados revelan que el ICTUS puede ser considerado como una alternativa apropiada para evaluar de forma objetiva los síntomas asociados a TUS e informar el proceso de planificación y provisión de servicios.

Abstract

The identification of substance use disorders (SUD) can be challenging due to the complexity of symptoms involved and the limited time that non-clinical personnel often have to assess associated symptoms. This study initially explores the efficacy of the Substance Use Disorder Screening Instrument (ICTUS) in identifying symptoms associated with SUD among people living in and out of prisons. The ICTUS was developed by adapting the items of the Simple Screening Instrument for Substance Abuse (SSI-SA) to the DSM-5 criteria. ICTUS shows the ability to effectively identify those who meet diagnostic criteria for SUD when comparing percentages of substance use and diagnosis of SUD according to CIDI, a clinical measure. These results reveal that ICTUS can be considered as an appropriate alternative to objectively assess the symptoms associated with SUD and inform the planning and service provision process.

¹Toda comunicación relacionada a este artículo debe dirigirse al siguiente correo electrónico: hsanchez044@sunmail.albizu.edu.

Declaración de Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Keywords

drogas; adicción; cernimiento; trastorno por uso de sustancias

Keywords

drugs; addiction; screening; substance use disorder

Los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) son una agrupación de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que una persona utiliza al menos una sustancia y esto le trae dificultades significativas relacionados a su uso (American Psychiatric Association, 2013). En el sector comunitario de Puerto Rico (PR) se estima que 1 de cada 10 adultos (11.5%) cumple criterios para un TUS (Canino et al., 2016). Dentro del escenario correccional, esta cifra es casi cuatro veces mayor. Se estima que el 31% de los hombres y que el 40% de las mujeres que viven en las prisiones de PR cumplen los criterios diagnósticos para al menos un TUS (Albizu-García et al., 2012). Estudios epidemiológicos afirman que los TUS siguen un curso crónico, acompañado de otras comorbilidades y el cual comúnmente se desarrolla durante la adolescencia y dura varias décadas (Icick et al., 2020; Özgen et al., 2020). Una condición crónica de salud, como lo son los TUS, se caracteriza por la presencia de ciclos de remisión y recurrencia (American Psychological Association, 2018; American Society of Addiction Medicine, 2012; National Institute on Drug Abuse, 2016). Esto quiere decir que hay una alta probabilidad de que las personas con estos trastornos los experimenten por varios años o el resto de sus vidas.

Aún cuando organizaciones internacionales reconocen los TUS como una condición crónica de salud (American Psychological Association, 2018; American Society of Addiction Medicine, 2012; National Institute on Drug Abuse, 2016), en PR ha imperado un modelo prohibicionista que conceptualiza al consumidor de drogas como una persona incapaz de controlar sus impulsos de consumirlas y con debilidad de carácter. Desde este modelo de prohibición, se presume que castigar la conducta de consumir sustancias, entiéndase el síntoma de los TUS, es un método para restituir el orden social y disuadir el consumo futuro. Debido a esto, un sinnúmero de personas termina encarceladas por delitos vinculados al consumo de sustancias ilegales. La literatura ampliamente señala que los trastornos en la salud mental muestran una mayor prevalencia entre las poblaciones de personas encarceladas en comparación con las poblaciones que se encuentran fuera de la prisión (Baillargeon et al., 2010; González et al., 2010; Vélez-Pastrana et al., 2020). Se ha señalado incluso, que este fenómeno pudiera representar una crisis en el área de salud pública (Baillargeon et al., 2009).

El escenario fuera de las prisiones tampoco es alentador. Aproximadamente 57,301 adultos en PR necesitan servicios relacionados al uso de sustancias (Canino et al., 2016). En PR, para el año 2005 la mitad de las personas en prisión con un TUS, indicaron que jamás habían recibido tratamiento para su adicción al momento del estudio (Albizu-García et al., 2005). De los que indicaron haber recibido tratamiento, el 75% solo había obtenido servicios de desintoxicación lo cual no se considera tratamiento para la dependencia sino para los

síntomas de retirada (Albizu-García et al., 2012). Acorde a esto, existen reportes en PR que delatan un escenario crítico para el ofrecimiento de servicios a las personas con TUS (Canino et al., 2016).

Históricamente, PR ha mantenido una muy limitada oferta de servicios para los TUS en el sector de comunidad (Alegoría et al., 2006). Según datos publicados en el año 2002, sólo existe capacidad en el sector de tratamiento para atender a 8 de cada 100 casos de adicción (Colón et al., 2002). Si bien en los pasados años se ha observado un aumento en escenarios de tratamiento, aún existe una enorme brecha entre demanda y oferta. Así lo revela una encuesta de servicios realizada por la Administración de Servicios de Salud y Contra la Adicción (ASSMCA) en el 2009 donde tres cuartas partes de las personas con TUS no recibieron servicios especializados para su condición (Colón et al., 2009). Ante esta necesidad de servicios tanto en el escenario correccional como en el comunitario y reconociendo la cronicidad de los TUS (Icick et al., 2020; Özgen et al., 2020), resulta relevante contar con mejores prácticas disponibles para apoyar el proceso de identificación del trastorno, para una consecuente y efectiva planificación de servicios.

Identificamos la necesidad de instrumentos culturalmente apropiados en el sector de servicios de tratamiento que permitan un proceso de estandarización para la identificación de síntomas asociados al TUS. Esto es, instrumentos breves que viabilicen que profesionales en el área de la conducta humana puedan identificar si el uso de drogas en una persona pudiera o no ser potencialmente problemático y que, en consecuencia, pudiera llenar criterios diagnósticos en una entrevista clínica futura. Aunque existen diversos instrumentos de auto reporte para esta condición crónica de salud (Mdege & Lang, 2011; Proctor & Hoffmann, 2012; Villalobos-Gallegos et al., 2015), no fue posible identificar alguno disponible en castellano y atemperado a los nuevos criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5ta edición (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013).

Los cambios en el DSM-5 para lo que hoy se conoce como TUS fueron varios. En el DSM-IV se otorgaba el diagnóstico si la persona presentaba uno o más síntomas; en el DSM-5 la persona debe cumplir con 2 de 11 criterios durante un periodo de 12 meses (American Psychiatric Association, 2013). Otro cambio es que en el DSM-5 se incluye el deseo por consumir sustancias (*craving*) como un criterio. Además, a diferencia del DSM-IV en el DSM-5 se puede establecer severidad dependiendo de la cantidad de síntomas presentados y no se divide el diagnóstico en abuso y dependencia. Estos cambios son significativos a la hora de establecer un diagnóstico adecuado de TUS y requieren del uso de instrumentos atemperados para los mismos. Un ejemplo de cernimiento para TUS es el DAST el cual tiene una versión en castellano, sin embargo está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV (Villalobos-Gallegos et al., 2015). Esto es notable ya que no incluye premisas dirigidas a evaluar el deseo o *craving* de consumir sustancias y hace referencia a abuso de sustancias. Es probable que esto se deba a que el DAST, así como la mayoría de los instrumentos de cernimiento en la literatura, fueron desarrollados previos al DSM-5 (Mdege & Lang, 2011).

Debido a que no se pudo identificar un instrumento breve en castellano y que estuviese atemperado a los criterios diagnósticos del DSM-5, se desarrolló el Instrumento de

Cernimiento para Trastornos por Uso de Sustancias (ICTUS). Para el proceso de desarrollo del ICTUS, fueron evaluados una serie de instrumentos ya existentes (Mdege & Lang, 2011; Proctor & Hoffmann, 2012; Villalobos-Gallegos et al., 2015). Los reactivos del instrumento *Simple Screening Instrument for Substance Abuse* (SSI-SA), un cernimiento para TUS desarrollado por la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) (Center for Substance Abuse Treatment, 1994), fueron particularmente útiles para la creación del ICTUS. El SSI-SA es un instrumento de dominio público por lo que puede ser utilizado y reproducido sin costo ni necesidad de solicitar permiso. Los autores tomaron como punto de partida los reactivos del SSI-SA y los atemperaron a los criterios del DSM-5. También se realizó un proceso de adaptación cultural utilizando como base el Modelo Transcultural propuesto por Chávez y Canino (2005) para asegurar que el instrumento fuera culturalmente relevante y sensible. El ICTUS pudiera ser una herramienta para proveer objetividad en los procesos de cernimiento inicial de personas con historial de uso de drogas. La identificación adecuada de TUS se incluye como una de las dimensiones de tratamiento principales del National Quality Forum (2007). Esta facilita integrar mejores prácticas a los procesos de referidos y/o planificación de servicios en la etapa inicial de tratamiento ya que se parte con una idea clara de las necesidades del paciente según establecido por medidas objetivas de evaluación. Es importante resaltar que el uso de cernimientos es una práctica costo-efectiva en escenarios donde los recursos para evaluación y tratamiento son limitados.

Método

El diseño de este estudio es transversal exploratorio y busca proveer información descriptiva con respecto a la eficacia inicial del ICTUS. Se realizaron análisis secundarios con datos del proyecto financiado por NIDA titulado *A Self-Stigma Scale for Latinos with SUD/HIV under Criminal Justice Supervision*. Debido a la limitación de información recopilada en el estudio original no se pueden formular resultados conclusivos sobre las propiedades psicométricas del instrumento. Sin embargo, es posible presentar información inicial sobre su eficacia para fomentar estudios posteriores que validen el ICTUS.

Participantes

Los participantes de este estudio fueron: (a) hombres y mujeres de 21 años o más quienes se encontraban cumpliendo sentencias en instituciones del Departamento de Corrección y Rehabilitación en PR, y (b) hombres y mujeres de 21 años o más recibiendo servicios de salud y/o psicosociales en programas comunitarios dirigidos a personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La muestra fue una por disponibilidad y la participación completamente voluntaria. Participaron un total de 311 personas cumpliendo sentencias en las prisiones de PR y 101 personas en tratamientos de comunidad, para un total de 412 participantes.

Como parte del proceso de garantizar la protección de sujetos humanos en la investigación, el estudio contó con aprobación de la Junta de Revisión Institucional (IRB) de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas (números de aprobación: A3890314 y A3890115). Dado que el estudio recopiló información de personas que viven

en prisión, se procuró además cumplir con las regulaciones especiales del *Office for Human Research Protection* (OHRP) relativas a prisioneros como sujetos humanos en investigación y finalmente, la obtención de un Certificado de Confidencialidad de los *National Institutes of Health* (NIH) de los Estados Unidos de América. Este estudio fue totalmente confidencial y procuró en todo momento mantener los estándares apropiados para proteger la información de los participantes.

Procedimientos

El proceso de reclutamiento de participantes se realizó dentro de diversas prisiones y en programas de tratamiento dirigidos a personas que viven con VIH alrededor de PR. En el caso de las personas cumpliendo sentencia en las prisiones de PR, se invitó a toda la comunidad correccional a participar del estudio utilizando volantes promocionales en los que se les invitaba a una orientación inicial con el personal del estudio. Las orientaciones fueron previamente acordadas con los Superintendentes de las prisiones para asegurar que las personas que estaban cumpliendo sentencia y que estuvieran interesadas en asistir a la orientación, tuvieran acceso. En estas orientaciones grupales se presentaron detalles generales sobre el objetivo del estudio y se enfatizó que toda la comunidad correccional era invitada a participar irrespectivamente de sus condiciones de salud. De esta forma, no era posible asociar a ningún participante dentro de las prisiones con condiciones específicas de salud física o emocional. Entre aquellos interesados en participar del estudio, se trabajó de forma individual una orientación en detalle y se discutió el consentimiento informado donde se obtuvo su autorización escrita para participar del estudio. Además, se evaluaron criterios básicos de inclusión tales como: tener 21 años o más, encontrarse cumpliendo sentencia y aceptar voluntariamente completar un cuestionario computarizado.

Para proteger a los sujetos humanos de la divulgación indirecta, se les administraron cuestionarios computarizados en espacios privados. Dependiendo de las condiciones de salud física y emocional que endosaron los participantes, se les asignó a dos grupos distintos con cuestionarios responsivos a sus condiciones de salud específicas. Aquellas personas que presentaron un TUS o tener TUS y VIH auto-reportado, fueron asignados a uno de los grupos. En este artículo nos estaremos enfocando en los hallazgos obtenidos de dicho subgrupo.

El procedimiento se atemperó para los participantes reclutados en programas de tratamiento en comunidad dirigidos a personas que viven con VIH. Los participantes fueron reclutados de varios programas de tratamiento localizados en distintas áreas de PR. Utilizando un libreto aprobado por el IRB, personal clave del programa realizó una invitación inicial a las personas potencialmente elegibles basadas en criterios básicos de inclusión. Aquellas personas interesadas recibieron la información de contacto del equipo investigador quien fue responsable de realizar la orientación, validar los criterios de inclusión y reclutar a los participantes.

Instrumentos

Las entrevistas fueron administradas en modalidad computarizada utilizando el programa *Questionnaire Development System* (QDS) (versión 3.0, Nova Research Company, 2013).

QDS es un sistema completo para desarrollar y administrar cuestionarios con patrones complejos. El programa cuenta con dos modalidades de administración de cuestionarios las cuales fueron utilizadas en este estudio; éstas son *Computer Assisted Personal Interview* (CAPI) y *Audio Computer-Assisted Self Interview* (ACASI). Ambas modalidades han sido utilizadas para recoger información sensitiva y sobre temas de salud y conductas riesgosas (Coffin et al., 2017; Latkin et al., 2017). CAPI consiste en una entrevista cara a cara con un entrevistador experimentado que está siendo asistido por la computadora. Por su parte, ACASI es auto administrado y fue utilizado para preguntas sensibles. Todos nuestros cuestionarios incluyeron la opción de rehúsa entre sus opciones de respuesta, a modo de que las personas no se sintieran presionadas a contestar algo que les hiciera sentir incómodos.

Instrumento de Cernimiento para Trastornos por Uso de Sustancias (ICTUS).

—El ICTUS es un cuestionario construido por el grupo de investigadores ante la necesidad de contar con una escala relativamente corta, en castellano, culturalmente apropiada, que respondiera a los criterios diagnósticos para el TUS, según presentados en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Además, se pretendía que éste pudiera ser administrado por profesionales que no necesariamente cuenten con experticia o peritaje en áreas clínicas de salud mental. Para el proceso de desarrollo del ICTUS se tomaron como punto de partida los reactivos del SSI-SA (Center for Substance Abuse Treatment, 1994) y se atemperaron a los criterios del DSM-5. También se realizó un proceso de adaptación cultural utilizando como base el Modelo Transcultural propuesto por Chávez y Canino (2005) para asegurar que el instrumento fuera culturalmente relevante y sensible.

El primer paso para la adaptación cultural fue la traducción y la retrotraducción (Chávez & Canino, 2005) las cuales se completaron con traductores profesionales independientes. Luego, el instrumento traducido fue revisado por un comité de expertos bilingüe (inglés y castellano) compuesto por investigadores experimentados con antecedentes en ciencias sociales y experiencia clínica. Esta versión revisada se presentó en entrevistas grupales e individuales donde participantes con características similares a las de la población objetivo respondieron y discutieron el contenido de los instrumentos. El equipo de investigación discutió los hallazgos de la entrevista e incorporó los cambios recomendados. Finalmente, el comité de expertos volvió a revisar el instrumento para recomendaciones finales donde se alcanzó la equivalencia semántica y de contenido. El ICTUS está compuesto por 14 premisas dicótomas y 2 en formato de respuestas múltiples donde el participante marca todas las opciones que le apliquen.

Las premisas del ICTUS están dirigidas al criterio A de diagnóstico del DSM-5. Este criterio se divide en las siguientes agrupaciones: control deteriorado, deterioro social, uso riesgoso y aspecto farmacológico. La primera agrupación, control deteriorado, es evaluada con las premisas 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 (e.g., *En los pasados 12 meses, ¿usó drogas por más tiempo o en cantidades mayores de lo que había pensado?*). Deterioro social es evaluado con las premisas 8, 9 y 12 (e.g., *En los pasados 12 meses, ¿falló en el cumplimiento de compromisos familiares, escolares o en el trabajo por el uso frecuente de drogas?*). Las premisas 11, 13 y 14 evalúan los aspectos relacionados a la agrupación de uso riesgoso (e.g., *¿Continuó usando drogas a pesar de los problemas de salud que esto le haya causado?*). Por último, la agrupación de aspectos farmacológicos es evaluada con la premisa 10 la cual lee

En los pasados 12 meses, ¿sintió que no tuvo el mismo efecto [la misma nota] cuando usó la misma cantidad de drogas? El ICTUS tiene dos modalidades, una donde las preguntas están dirigidas a los últimos doce meses, y otra donde las preguntas hacen referencia al historial de vida de la persona. La versión que pregunta sobre el historial de vida de la persona es particularmente relevante en el caso de escenarios de prisión donde por inaccesibilidad a sustancias es posible que el evaluado no cumpla criterios diagnósticos para los pasados 12 meses. En dicha versión el inicio de la premisa es modificada para preguntar sobre el historial de vida y no los pasados 12 meses. El tiempo en promedio que toma completar este instrumento es de 10 minutos. Un participante que endose de dos a tres premisas estaría presentando síntomas de un TUS leve, de cuatro a cinco premisas una sintomatología moderada y más de seis premisas sintomatología severa. Estos puntos de corte fueron establecidos acorde a los criterios del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta Modificada (CIDI).—El CIDI es una entrevista clínica estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud dirigida a evaluar trastornos mentales, según el *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)* y el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition (DSM-IV)* (Alegria et al., 2009). En este estudio se utilizaron los ítems correspondientes al módulo de abuso de sustancias (CIDI – 2 SAM). La especificidad clasificatoria del CIDI para los trastornos por uso de sustancias es de 95% (Alegria et al., 2009). La versión utilizada en este estudio fue una modificada para ser responsiva a los nuevos criterios presentados en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Una vez el participante endosa el uso de una sustancia, el instrumento presenta nuevas preguntas para evaluar la severidad de los síntomas, por sustancia. En el estudio aquí presentado, el ICTUS fue programado para que una vez el participante endosara dos premisas, pasara automáticamente a completar el CIDI y así evaluar si se corroboraba la existencia de un diagnóstico de TUS. La determinación del patrón de salto se dio como una estrategia para maximizar el tiempo de participación en el estudio ya que el endoso de dos premisas en el ICTUS, era indicativo de un potencial diagnóstico con una severidad leve acorde a los criterios diagnósticos del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). El CIDI toma un promedio de dos horas en ser completado, pero el tiempo depende grandemente de la cantidad de secciones de diagnóstico para las cuales el participante arroja positivo (Kessler & Üstün, 2004).

Cuestionario Sociodemográfico.—El cuestionario sociodemográfico fue construido por el equipo de investigación y está compuesto de 36 ítems para mujeres y 28 para hombres. Los ítems exploran áreas de género, orientación sexual, estado marital, religión, historial de trabajo, vivienda, historial familiar con respecto a drogas y alcohol, sentencia de prisión, historial criminal y para las mujeres, preguntas relacionadas a hijos e historial de violencia.

Auto-reporte para VIH.—Se evaluó el diagnóstico de VIH en los participantes mediante el auto-reporte durante el proceso de selección. En estudios epidemiológicos y de intervenciones se ha encontrado que el auto-reporte de VIH es confiable (Johnston et al., 2016).

Análisis

Se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS v.22, según sus siglas en inglés) para llevar a cabo los análisis. Se realizaron análisis descriptivos que incluyeron porcentajes y frecuencias para una selección de variables sociodemográficas utilizadas para describir la muestra y para los instrumentos centrales, el ICTUS y el CIDI. También se calculó el porcentaje de posibles diagnósticos identificados por el ICTUS que fueron confirmados con el CIDI y la media y frecuencia de los diagnósticos confirmados por el CIDI por sustancia. La muestra consistió en 412 participantes, de los cuales, 388 fueron reclutados en prisiones de PR y 104 entre programas de tratamiento a nivel comunitario.

Resultados

Muestra de Prisión

La mayoría de los participantes se identificaron como hombre (90.7%), mientras que un 8.7% y 0.3% se identificaron como mujer y transgénero, respectivamente. Las edades de los participantes en este grupo fluctuaron entre 21 y 69 años ($M = 35.85$). El 35.7% reportó haberse graduado de escuela superior seguido por un 21.2% que indicó haber obtenido un 7mo a 9no grado. El 8% de los participantes en este grupo reportaron que entre las personas con las que vivirán al salir de prisión, hay alguna que tiene o ha tenido problemas con las drogas. Casi la mitad de los participantes en este grupo (41.8%) reportaron que se encontraban en su primera encarcelación, seguido por aquellos que reportaron haber sido encarcelados dos veces antes del encarcelamiento actual (21.2%).

Se identificaron, utilizando el ICTUS, un total de 330 (95.7%) confinados con sintomatología asociada a un TUS. Cuando se corroboraron los datos con la entrevista clínica diagnóstica del CIDI, el 94% cumplió los criterios diagnósticos. El promedio de sustancias utilizadas por cada participante fue 2.70, mientras que el promedio de diagnósticos acorde al CIDI fue de 2.15. En la Tabla 1, se presentan los porcentajes de uso y diagnósticos por sustancia. La sustancia más utilizada y con más diagnósticos fue la marihuana seguida de la cocaína.

Muestra de Comunidad

La mayoría de los participantes se identificaron como hombre (58.4%), mientras que un 37.6% y un 4% se identificaron como mujer y transgénero, respectivamente. Las edades de los participantes en este grupo fluctuaron entre 24 y 69 ($M = 50$). El 38.6% reportó haberse graduado de escuela superior, seguido por un 22.8% que indicaron haber obtenido un 7mo a 9no grado. El 38.6% de los participantes en este grupo reportaron que entre las personas con las que viven, hay alguna que tiene o ha tenido problemas con las drogas. Más de la mitad (55%) de los participantes en este grupo reportaron haber sido encarcelados previamente. Las cantidades de encarcelamientos previos fluctuaron entre 1 y 15.

Entre las 104 personas reclutadas en programas de tratamiento en la comunidad, se identificó que todas presentaban sintomatología asociada al TUS utilizando el ICTUS. De los identificados por el cernimiento con posibilidad de padecer un TUS, se verificó que el 97% obtuvo el diagnóstico, según evaluado por el CIDI. El promedio de sustancias

utilizadas por participante fue 4.51, mientras que el promedio de diagnósticos acorde al CIDI fue de 4.26. En la Tabla 1, se presentan los porcentajes de uso y diagnósticos por sustancia. La sustancia más utilizada y con más diagnósticos fue la cocaína seguida de la marihuana.

Discusión

Los resultados presentados en este estudio sugieren que el ICTUS tiene la capacidad para identificar de forma efectiva aquellos individuos que podrían padecer de un TUS, según los criterios del DSM 5. De acuerdo con los hallazgos preliminares obtenidos en este estudio, la escala aparenta ser una medida sistemática y objetiva para identificar personas que presentan sintomatología asociada a un posible TUS. Esto se observó tanto en un escenario de comunidad como en un escenario correccional, lo cual sugiere que este instrumento puede ser utilizado en una diversidad de escenarios de forma efectiva. Otro aspecto positivo de este instrumento es que logró identificar adecuadamente personas con TUS por diversas sustancias. Esto fue observable en la diversidad de diagnósticos por sustancias confirmados con el CIDI. Una posible explicación para la alta cantidad de diagnósticos acertados por el ICTUS es que fue desarrollado por un grupo de investigadores y personal clínico perito en la identificación de casos clínicos con TUS del cual algunos son coautores de este trabajo. Este grupo se basó en el SSI-SA (Center for Substance Abuse Treatment, 1994) un cernimiento desarrollado por SAMHSA. También se llevó a cabo un proceso comprensivo de traducción y adaptación cultural basado en el proceso de traducción y adaptación cultural de instrumentos propuesto por Chávez y Canino (2005).

Según lo presentado previamente, en PR el ofrecimiento de servicios de tratamiento a las personas con un TUS son limitados (8 de cada 100 casos de adicción; Colón et al., 2002). Debido a la limitación de recursos fiscales, mayormente relacionados al modelo prohibicionista que presume que el castigar el consumo de drogas es un método para restituir el orden social y disminuir el consumo futuro, es recomendable identificar a priori casos que pudieran estar presentando síntomas asociados al diagnóstico para hacer un uso adecuado de los recursos limitados para ofrecer servicios. Utilizando medidas de cernimiento breve, como lo es el ICTUS, se lograría identificar estos casos. Una de las grandes ventajas de este cernimiento es que permite ser completado por profesionales sin *expertise* clínico y generar una planificación de servicios donde los recursos para evaluación y tratamiento son limitados.

Al desarrollar un instrumento de cernimiento para identificar síntomas relacionados a los TUS, se debe trabajar con una serie de limitaciones que afectan el proceso de evaluación. Algunas áreas de importancia que debemos tomar en consideración son el tipo de evaluación (entrevista clínica vs. medida de auto-reporte), la duración del proceso de evaluación, el escenario donde se implementa, el nivel de adiestramiento del profesional que administra el instrumento, las actitudes y creencias del entrevistador, la claridad de las premisas o reactivos en caso de que fuera auto-reporte, la deseabilidad social, entre otros (McNeely et al., 2018; Savill et al., 2018). El ICTUS es un instrumento que trabaja con estas limitaciones ya que su administración es de corta duración, puede ser administrado en diversos escenarios, no se necesita personal con experticia clínica para administrarlo y las respuestas

no son sesgadas por las actitudes del evaluador. Además, para reducir respuestas cargadas con discapacidad social, los cuestionarios se administraron de forma computadorizada utilizando el programa Questionnaire Development System (QDS) (versión 3.0). Para el ICTUS se utilizó específicamente la modalidad ACASI la cual es auto administrada y se ha utilizado para recoger información sensible sobre temas de salud. Además, todos nuestros cuestionarios incluyeron la opción de rehúsa entre sus opciones de respuesta, a modo de que las personas no se sintieran presionadas a contestar algo que les hiciera sentir incómodos. Esto ciertamente es una fortaleza de nuestro estudio pues muchas de las investigaciones que se realizan en las ciencias sociales no proveen esta opción.

Otro factor que podría afectar en la identificación de casos con TUS, particularmente en la población de personas que viven en prisión, es el tiempo establecido por las guías del DSM 5 donde se establece que para cumplir con el diagnóstico se requiere que la persona endose los síntomas en un periodo de 12 meses. Dada la inaccesibilidad a la droga en el sistema correccional, es altamente probable que muchos casos no cumplan con los criterios diagnósticos para TUS. Además, reconociendo que el uso problemático de sustancias es considerado una condición crónica de salud, recomendamos una evaluación retrospectiva (Belenko, 2006), es decir, que no se limite a un periodo de 12 meses. El ICTUS cumple con estas recomendaciones al contar con dos modalidades (evaluación usando temporalidad de 12 meses y otra al historial de vida de la persona).

A pesar de que los resultados preliminares de la eficacia del ICTUS indican que es una buena medida para identificar TUS, existen varias limitaciones que no permiten que se establezca la validez predictiva del instrumento. Debido a que en el estudio matriz tan pronto los participantes endosaron dos ítems en el ICTUS pasaban al CIDI, no se recopilaron todos los datos necesarios para evaluar el índice de discriminación del instrumento ni su consistencia interna. Esta información debe ser tomada en consideración a la hora de utilizar el instrumento.

La población de personas con TUS es una marginada y criminalizada donde no tan solo los servicios de tratamiento son limitados sino también las investigaciones que redunden en mejorar la toma de decisiones clínicas, de ahí que la literatura reciente sea escasa (Albizu-García et al., 2012; Canino et al., 2016). A pesar de que en el presente estudio no se pudieron determinar las propiedades psicométricas del ICTUS, este ha demostrado ser una medida prometedora para la identificación de TUS. Este instrumento puede ser considerado como un recurso valioso dirigido a reducir la brecha en la disparidad de servicios. Recomendamos estudios subsiguientes para corroborar la aparente validez predictiva del ICTUS dada su importancia y aportación al sector de servicios para las personas con TUS.

Agradecimientos

Los autores desean reconocer la aportación en el desarrollo del ICTUS a los doctores Salvador Santiago-Negrón, José Noel Caraballo y Carmen E. Albizu García. El apoyo del personal del Departamento de Corrección y Rehabilitación de PR y del personal clave en los centros de tratamiento comunitario, fue esencial para la consecución de los objetivos del proyecto de investigación. Además, desean agradecer a las personas que residen en centros correccionales en PR, así como a las personas que reciben tratamiento para su condición de TUS por haber participado en este estudio.

Financiamiento

Este estudio fue financiado por el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), número de propuesta 5R24DA024868-02 del *Diversity-promoting Institutions Drug Abuse Research Program of the Graduate School of Public Health at University of Puerto Rico, Medical Sciences Campus*.

Referencias

- Albizu-García C, Román-Badenas L, Caraballo-Correa G, Rivera S, Hernández-Viver AD, & Caraballo JN (2005). Estudio de Necesidades de Tratamiento para el Uso de Sustancias y la Prevención de VIH y Hepatitis B/C en las Prisiones de Puerto Rico. San Juan.
- Albizu-García Carmen, Caraballo JN, Caraballo-Correa G, Hernández-Viver A, & Román-Badenas L (2012). Assessing Need for Medication-Assisted Treatment for Opiate- Dependent Prison Inmates. *Substance Abuse*, 33(1), 60–69. 10.1097/OPX.0b013e3182540562.The [PubMed: 22263714]
- Alegria M, Page JB, Hansen H, Cauce AM, Robles R, Blanco C, Cortes DE, Amaro H, Morales A, & Berry P (2006). Improving drug treatment services for Hispanics: Research gaps and scientific opportunities. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, S76–S84. [PubMed: 16781087]
- Alegria M, Shrout PE, Torres M, Lewis-Fernández R, Abelson JM, Powell M, Lin J, Interian A, Laderman M, & Canino G (2009). Lessons learned from the clinical reappraisal study of the Composite International Diagnostic Interview with Latinos. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18(2), 84–95. 10.1002/mpr.280 [PubMed: 19507168]
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV Text Revision*. APA. Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2018). Addictions. <http://www.apa.org/topics/addiction/>
- American Society of Addiction Medicine. (2012). *Treating Opioid Addiction as a Chronic Disease*.
- Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, & Murray OJ (2009). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: The revolving prison door. *American Journal of Psychiatry*, 166(1), 103–109. 10.1176/appi.ajp.2008.08030416 [PubMed: 19047321]
- Baillargeon J, Hoge SK, & Penn JV (2010). Addressing the challenge of community reentry among released inmates with serious mental illness. *American Journal of Community Psychology*, 46(3–4), 361–375. [PubMed: 20865315]
- Belenko S (2006). Assessing Released Inmates for Substance-Abuse-Related Service Needs. *Crime & Delinquency*, 52(1), 94–113. 10.1177/0011128705281755
- Canino G, Vila D, Santiago-Batista K, García P, Velez-Baez G, & Moreda-Alegria A (2016). Need assessment study of mental health and substance use disorders and service utilization among adult population of Puerto Rico. <http://www2.pr.gov/agencias/assmca/Documents/BibliotecaVirtual/Estudios/NeedAssessmentStudyofMentalHealthandSubstanceofPuertoRico2016.pdf>
- Chávez LM, & Canino G (2005). *Toolkit on Translating and Adapting Instruments*.
- Coffin PO, Santos G-M, Matheson T, Behar E, Rowe C, Rubin T, Silvis J, & Vittinghoff E (2017). Behavioral intervention to reduce opioid overdose among high-risk persons with opioid use disorder: A pilot randomized controlled trial. *PloS One*, 12(10), e0183354. [PubMed: 29049282]
- Colón HM, Finlinson HA, Negron J, Sosa I, Rios-Olivares E, & Robles RR (2009). Pilot trial of an intervention aimed at modifying drug preparation practices among injection drug users in Puerto Rico. *AIDS and Behavior*, 13(3), 523–531. [PubMed: 19308722]
- Colón H, Rivera M, Marrero CA, Robles R, & López CM (2002). *Puerto Rico Substance Abuse Needs Assessment Program: 2002 Provider Survey Final Results*. Mental Health and Anti-Addiction Services Administration. San Juan, Puerto Rico.
- González RA, Vélez Pastrana MC, Estrada LV, López E, & Albizu CE (2010). Profile of psychiatric comorbidity, health history and sociodemographic characteristics in a sample of Latino prison inmates with ADHD symptomatology. In *Profile of psychiatric comorbidity, health history and socio-demographic characteristics in a sample of Latino prison inmates with ADHD symptomatology*.

- Icick R, Moggi F, Slobodin O, Dom G, Mathys F, van den Brink W, Levin FR, Blankers M, Kaye S, & Demetrovics Z (2020). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Global Severity Profiles in Treatment-Seeking Patients with Substance Use Disorders. *European Addiction Research*, 26(4–5), 201–210. [PubMed: 32570249]
- Johnston LG, Sabin ML, Prybylski D, Sabin K, Mcfarland W, Baral S, Kim AA, & Raymond HF (2016). Bulletin of the World Health Organization The importance of assessing self-reported HIV status in bio-behavioural surveys. *Bulletin of the World Health Organization*, 94, 605–612. [PubMed: 27516638]
- Kessler RC, & Üstün BB (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93–117. 10.1002/mpr.168 [PubMed: 15297906]
- Latkin CA, Edwards C, Davey-Rothwell MA, & Tobin KE (2017). The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addictive Behaviors*, 73, 133–136. [PubMed: 28511097]
- McNeely J, Kumar PC, Rieckmann T, Sedlander E, Farkas S, Chollak C, Kannry JL, Vega A, Waite EA, & Peccoralo LA (2018). Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: a qualitative study of patients, providers, and staff. *Addiction Science & Clinical Practice*, 13(1), 8. [PubMed: 29628018]
- Mdege ND, & Lang J (2011). Screening instruments for detecting illicit drug use/abuse that could be useful in general hospital wards: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1111–1119. 10.1016/j.addbeh.2011.07.007 [PubMed: 21821364]
- National Institute on Drug Abuse. (2016). The Science of Drug Abuse and Addiction: The Basics National Institute on Drug Abuse (NIDA). <https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/science-drug-abuse-addiction-basics>
- National Quality Forum. (2007). National voluntary consensus standards for the treatment of substance use conditions: Evidence-Based Treatment Practices. www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id
- Nova Research Company. (2013). Questionnaire Development System.
- Özgen H, Spijkerman R, Noack M, Holtmann M, Schellekens ASA, van de Glind G, Banaschewski T, Barta C, Begeman A, & Casas M (2020). International consensus statement for the screening, diagnosis, and treatment of adolescents with concurrent attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder. *European Addiction Research*, 26(4–5), 223–232. [PubMed: 32634814]
- Proctor SL, & Hoffmann NG (2012). Identifying patterns of co-occurring substance use disorders and mental illness in a jail population. *Addiction Research & Theory*, 20(6), 492–503. 10.3109/16066359.2012.667853
- Savill M, Skymba HV, Ragland JD, Niendam T, Loewy RL, Lesh TA, Carter C, & Goldman HH (2018). Acceptability of psychosis screening and factors affecting its implementation: interviews with community health care providers. *Psychiatric Services*, 69(6), 689–695. [PubMed: 29606073]
- Center for Substance Abuse Treatment. (1994). Simple screening instruments for outreach for alcohol and other drug abuse and infectious diseases.
- Vélez-Pastrana MC, González RA, Ramos-Fernández A, Padilla RRR, Levin FR, & García CA (2020). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Prisoners: Increased Substance Use Disorder European Addiction Research, 26(4–5), 179–190. Severity and Psychiatric Comorbidity. [PubMed: 32615575]
- Villalobos-Gallegos L, Pérez-López A, Mendoza-Hassey R, Graue-Moreno J, & Marín-Navarrete R (2015). Psychometric and diagnostic properties of the Drug Abuse Screening Test (DAST): Comparing the DAST-20 vs. the DAST-10. *Salud Mental*, 38(2), 89–94.

Tabla 1

Porcentaje de uso de sustancias y diagnósticos por muestra

Sustancia	Prisión		Comunidad		Ambas muestras	
	Uso	Diagnóstico	Uso	Diagnóstico	Uso	Diagnóstico
Marhuana	77%	49%	89%	53%	79%	50%
Cocaína	51%	35%	96%	80%	69%	45%
Heroina	40%	22%	65%	49%	45%	28%
Sedantes	40%	17%	59%	38%	44%	21%
Opiáceos	38%	16%	51%	34%	41%	19%
Inhalantes	7%	1%	37%	10%	14%	3%
Alucinógenos	7%	1%	33%	8%	13%	2%
Anfetaminas	7%	1%	17%	8%	9%	3%