

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS EN LA SUBRED SUR E.S.E. BOGOTÁ D.C, COLOMBIA
– ANALISIS PRELIMINAR.**

AUTORES:

**JESSICA LOHANA ZULETA MOTTA
JEFERSSON DAVID SANTOS YATE
ÓSCAR JAVIER GIL MINA**

DIRECTOR DE TESIS:

DR. CARLOS ENRIQUE TRILLOS PEÑA

**ESTADISTICA
DRA. DANNA CRUZ**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA**

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA

**BOGOTÁ D.C.
JULIO 2024**

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS EN LA SUBRED SUR E.S.E. BOGOTÁ D.C, COLOMBIA
– ANALISIS PRELIMINAR.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA**

PRESENTADO POR:

JESSICA LOHANA ZULETA MOTTA
jessica.zuleta@urosario.edu.co

JEFERSSON DAVID SANTOS YATE
jefersson.santos@urosario.edu.co

ÓSCAR JAVIER GIL MINA
oscarj.gil@urosario.edu.co

TUTOR METODOLÓGICO

DR. CARLOS ENRIQUE TRILLOS PEÑA
carlos.trillos@urosario.edu.co

ESTADISTICA
DRA. DANNA CRUZ

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA

BOGOTÁ D.C.
JULIO 2024

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no sería posible sin la guía de Dios, quien ilumina nuestro camino y nos ha brindado esta valiosa oportunidad de crecimiento profesional y personal.

Extendemos nuestra más profunda gratitud a nuestros padres e hijos, fuente inagotable de motivación e inspiración en nuestras vidas.

- A Hernán y Luz Marina, mis padres, quienes con su amor han motivado mis sueños, han apoyado cada proyecto y han celebrado como propios cada triunfo. A Edgar, porque su amor, su compañía e inteligencia fueron soporte y fortaleza para avanzar hasta alcanzar la meta. *Jessica*
- A Lina, por compartir este proceso con su paciencia y amor. A mis hijos, Paula y Andrés, fuente de mi inspiración y fortaleza. *Óscar*
- En primer lugar a Dios por permitirme avanzar otro peldaño en mi formación académica, en segundo lugar a mi familia y mi pareja como sustento afectivo y emocional a lo largo de este camino, y en tercer lugar a mis compañeros Jessica y Oscar quiénes con esfuerzo y dedicación trabajaron en este proyecto de grado, David.

Agradecemos a nuestras parejas por su amor incondicional, apoyo constante y comprensión a lo largo de este proceso.

FINANCIACIÓN

Trabajo de grado que hace parte del proyecto de investigación titulado "Terapia Cognitivo Conductual Mejorada con Aplicación Móvil y Calidad de Vida en Adultos con Trastornos por Consumo de Sustancias, Bogotá, Colombia", financiado por la Agencia Distrital de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (ATENEA), convocatoria de "Investigación e innovación para afrontar los retos del sector salud - 2022".

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Universidad del Rosario: Investigador Principal: Carlos Trillos P, Investigadores: Catalina Latorre Santos, Alix Rocio Barrios Méndez, Danna Cruz, Pedro Aya, Jefferson Sarmiento, Jefersson Santos Y., Oscar Gil, Jessica Zuleta, Sindy Porras.

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E: Yurys Ordoñez, Jovanne Niño.

Clínica de Nuestra Señora de la Paz: Alexie Vallejo Silva.

*Los miembros del equipo de investigación participaron activamente en el macroproyecto.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	4
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
2. JUSTIFICACIÓN.....	10
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
4. MARCO TEÓRICO	13
4.1. TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA)	13
4.2. CALIDAD DE VIDA Y TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	16
4.3. ABORDAJE SOCIAL DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	18
5. HIPÓTESIS	21
6. OBJETIVOS.....	22
6.1. OBJETIVO GENERAL	22
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
7. METODOLOGÍA	23
7.1. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
7.1.1. TIPO DE ESTUDIO.....	24
7.1.2. POBLACIÓN	25
7.1.3. DISEÑO MUESTRAL	25
7.1.4. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.....	27
7.2. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	31
7.2.1. Fuentes de información.....	31
7.2.2. Instrumento de recolección de información	32
7.2.3. Proceso de obtención de la información (qué, quién, cómo, cuándo).....	33
7.3. PRUEBA PILOTO	33
7.4. CONTROL DE ERRORES Y SEGOS.....	35

7.5. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	37
7.6. DIVULGACIÓN DE RESULTADOS	39
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	40
9. RESULTADOS.....	44
9.1. PERFIL SOCIOECONÓMICO Y DE ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA POBLACIÓN.	44
9.2. ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES.....	59
9.3. ÁRBOL DE DECISIÓN.....	66
10. DISCUSIÓN	69
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	81
Anexo 1. Cuestionario de antecedentes de consumo SPA	81
Anexo 2. Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF)	91
Anexo 3. Consentimiento Informado	93

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Tabla de variables	27
Tabla 2 Características sociodemográficas de la población (n = 50)	44
Tabla 3 Características en cuanto al consumo y/o abuso de sustancias psicoactivas..	46
Tabla 4 Frecuencia de deseos intensos de consumir alguna de las sustancias psicoactivas.....	48
Tabla 5 Frecuencia con la que el consumo de sustancias psicoactivas derivó en problemas de salud, sociales, legales o económicos.	51
Tabla 6 Interferencia con las actividades diarias debido al consumo de sustancias psicoactivas.....	53
Tabla 7 Preocupación del círculo social cercano con respecto al consumo de sustancias psicoactivas.....	55
Tabla 8 Intento de control o reducción de consumo de sustancias según grupo de edad	57
Tabla 9 Estadística descriptiva del resultado de la aplicación de la encuesta WHO-QoL BREF.....	61
Tabla 10 Análisis de bosque aleatorio para determinar las principales variables del análisis.....	61
Tabla 11. Comparación de las puntuaciones medias en cuatro dominios según sexo, edad, años de educación, estado civil, tipo de empleo, nivel de ingresos, antecedentes laborales, existencia de enfermedades crónicas y residencia local.....	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Diseño del estudio macroproyecto, Fases 1 a 3.....	24
Figura 2. Imagen Herramienta Open Epi cálculo del tamaño de muestra	26
Figura 3 Diagrama de variables.....	27
Figura 4. Diagrama de cajas y bigotes para la distribución de puntajes entre dominios de calidad de vida según la encuesta WHO-QoL BREF	60
Figura 5. Árbol de decisión de calidad de vida.	68

RESUMEN

Introducción: Los trastornos por consumo de sustancias representan un desafío importante para la salud mental y la calidad de vida, especialmente en Colombia, un país que enfrenta la producción y el consumo de drogas. Si bien existen políticas que abordan los problemas de salud mental relacionados con el consumo de sustancias, persisten las barreras para un tratamiento eficaz y una mejor calidad de vida.

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de personas de 18 a 35 años diagnosticadas con trastornos por consumo de sustancias utilizando el cuestionario WHOQoL-BREF.

Métodos: Estudio transversal que incluyó a 50 pacientes entre los 18-35 años, diagnosticados con trastornos por consumo de sustancias, reclutados de los servicios ambulatorios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E en Bogotá, Colombia, en 2024. Se recopilaron datos socioeconómicos y clínicos, junto con las puntuaciones del WHOQoL-BREF. El análisis de componentes principales identificó las variables con mayor impacto en la calidad de vida, y un análisis de árbol de decisión identificó los objetivos de intervención potenciales.

Resultados: La muestra (n= 50) presentó una edad promedio de 27,4 años (DE=5,36), compuesta mayoritariamente por hombres (84%) de entornos socioeconómicos bajos. El consumo "casi diario" de tabaco, cannabis y cocaína fue frecuente, generando problemas asociados, interferencia en actividades diarias y preocupación familiar. Factores como la satisfacción con las relaciones, problemas de salud, preocupación familiar por el consumo e interferencia en actividades, impactaron la calidad de vida.

Conclusión: Estos hallazgos identifican factores de riesgo específicos que afectan la calidad de vida en personas con trastornos por consumo de sustancias. Adicionalmente, hay áreas específicas donde los servicios de salud, las estrategias de prevención y los enfoques de tratamiento pueden adaptarse para mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos por consumo de sustancias.

Palabras clave: Trastornos por consumo de sustancias, calidad de vida, WHOQOL-BREF, Colombia, servicios de salud, prevención, tratamiento.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Los trastornos por consumo de sustancias (SUD, *substance use disorders*) representan un importante desafío para la salud pública porque están intrínsecamente relacionados con la escalada de la producción y el tráfico de drogas ilícitas (1,2). A nivel mundial, se estima que 275 millones de individuos reportaron haber consumido sustancias psicoactivas en el año 2019 (1,3). En Colombia, la prevalencia de consumo de sustancias entre individuos de 12 a 65 años alcanzó el 9,7% durante el mismo año (4). El Informe Mundial sobre las Drogas 2023 destaca una tendencia alarmante: la última década fue testigo de un aumento del 23% en el número de individuos que consumen sustancias y un aumento del 45% en aquellos que lidian con SUD(5). Este preocupante aumento coincide con una escalada del 16% en la producción de cocaína (5).

Es innegable que los trastornos por consumo de sustancias ejercen un efecto contraproducente en la calidad de vida de las personas (6–8). En primer lugar, el consumo de SPA eleva significativamente el riesgo de contraer enfermedades infecciosas tan relevantes como la hepatitis C, la hepatitis B y el VIH, pero también, infecciones bacterianas como la endocarditis bacteriana, entre otras (9,10). Además, los trastornos relacionados con el consumo de SPA pueden precipitar una mortalidad prematura por sobredosis, traumatismos o eventos cerebrovasculares, lo cual fue aún más evidente durante la pasada pandemia ocasionada por el virus COVID-19 (11–13). También existe una fuerte correlación entre el consumo de SPA y los trastornos mentales tales como la ansiedad (14), la depresión y la esquizofrenia (15,16). Las personas con trastornos por abuso de sustancias suelen experimentar una disminución de la capacidad de autocuidado y de la adherencia al tratamiento, lo que agrava las comorbilidades, aumenta las complicaciones médicas e incrementa la dependencia de los recursos sanitarios (17). En conjunto, estas consecuencias dificultan la capacidad de la persona para llevar una vida plena y de bienestar.

Es importante destacar que la exposición y el consumo abusivo de sustancias psicoactivas afecta a toda la población, incluyendo hombres y mujeres, con sus propios factores de vulnerabilidad. Resulta especialmente preocupante la temprana edad de exposición en Colombia. Los estudios demuestran que la mayor incidencia se encuentra en el grupo de 18 a 24 años (8.4%), seguido por adolescentes (4.8%) y personas de 25 a 34 años (4.3%), quienes representan el grueso de la población económicamente activa(18).

Numerosas organizaciones dan prioridad a la prevención del consumo de drogas y al tratamiento de los problemas de salud relacionados. Esto se alinea con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que hace hincapié en el fortalecimiento de los esfuerzos de prevención y tratamiento del abuso de sustancias, abarcando tanto los estupefacientes como el alcohol (19,20). En Colombia está en vigencia la “Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo”, la cual considera que el uso, abuso y adicción de sustancias constituyen un problema de salud pública, que obliga al Estado a proporcionar atención integral a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (21–23). Esta atención abarca a las personas, familias y comunidades afectadas por el consumo de sustancias. A nivel distrital (24) se estableció un programa de salud mental basado en la comunidad que prioriza la prevención y la atención de las personas que luchan contra el consumo de sustancias. Sin embargo, la consecución de estos ambiciosos objetivos requiere un esfuerzo de colaboración por parte de diversos agentes sociales, políticos y económicos.

La evidencia disponible sobre los retos para la salud y las implicaciones para la calidad de vida asociadas al abuso de sustancias sigue siendo limitada. Profundizar en la investigación es crucial para identificar estrategias de tratamiento farmacológicas y no farmacológicas eficaces que puedan prevenir y controlar con éxito el consumo de

sustancias, mitigar los síntomas de abstinencia y reforzar el comportamiento controlado (25,26). También es fundamental comprender los factores que influyen en la respuesta de los pacientes al tratamiento (27,28). Por ejemplo, en un estudio realizado en Medellín (Colombia) con 40 pacientes se comparó la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36 entre individuos en fase de desintoxicación y reinserción social y los sometidos a tratamiento crónico con metadona (29). El estudio reveló puntuaciones más altas en todos los dominios para el último grupo, excepto en salud mental (29). De forma similar, un estudio brasileño que utilizó el cuestionario WHOQoL-Bref comparó la calidad de vida entre personas con trastornos por consumo de sustancias, sus cuidadores y controles sanos (30). Los resultados indicaron puntuaciones más bajas en todos los dominios para aquellos con trastornos por consumo de sustancias, con la excepción del dominio del entorno (30).

Bogotá enfrenta una alta prevalencia de consumo de sustancias, ubicándose entre las ciudades con mayores tasas en Colombia (4,31,32). Es importante destacar que estos patrones de consumo no son homogéneos y varían significativamente entre localidades y grupos sociodemográficos (32). Las localidades bajo la cobertura de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., registra una incidencia particularmente alta de esta problemática (32). Si bien la "Ruta Integral de Atención Sanitaria a la población con riesgo o que presenta trastornos por consumo de sustancias psicoactivas"(33,34) busca abordar esta situación mediante la coordinación entre el sector salud y las comunidades, su efectividad requiere un seguimiento continuo y la adaptación de estrategias según sea necesario. En este contexto, el presente estudio se centra en analizar la calidad de vida de individuos entre 18 y 35 años diagnosticados con trastornos por uso de sustancias psicoactivas dentro de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur en Bogotá, D.C.

2. JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida, un concepto complejo influenciado por percepciones tanto individuales como colectivas, refleja el anhelo humano fundamental por el bienestar (35,36). Sin embargo, los trastornos por consumo de sustancias, con su curso típicamente crónico marcado por recaídas y complicaciones somáticas y psicológicas a largo plazo, representan una amenaza significativa a este bienestar (6,7). Estos trastornos no solo impactan la salud física y mental de los individuos, sino que también afectan su dinámica social y reducen su esperanza de vida (1,7). Profundizar en la comprensión de los trastornos por consumo de sustancias y su impacto en la calidad de vida resulta crucial por las siguientes razones:

Comprender la calidad de vida de las personas con trastornos por consumo de sustancias es crucial para optimizar los enfoques de tratamiento (6). Al identificar los factores que influyen en el bienestar, las intervenciones pueden adaptarse para mejorar la adherencia al tratamiento y mitigar las conductas de riesgo. Estas conductas abarcan una variedad de acciones, desde la obtención de sustancias, a menudo por medios ilegales, hasta la participación en actividades que aumentan el riesgo de transmisión de enfermedades (29).

Esta comprensión resulta igualmente valiosa para los profesionales de la salud. Al arrojar luz sobre las características y necesidades específicas de la población afectada, se facilita la optimización de las terapias disponibles y la personalización de las intervenciones (37). Sin embargo, a pesar de su importancia, la investigación que examina la relación entre la calidad de vida y el abuso de sustancias aún presenta limitaciones. La diversidad de escalas de calidad de vida empleadas (p. ej., SF-36, WHOQoL-Bref) dificulta la comparación de resultados entre estudios. No obstante, la evidencia existente sugiere consistentemente que las personas con trastornos por

consumo de sustancias reportan puntuaciones significativamente más bajas en varios dominios de la calidad de vida en comparación con grupos de control, ya sean cuidadores o no consumidores (30). Por lo tanto, es crucial investigar los factores de riesgo y de protección específicos de esta población.

Este estudio trasciende el ámbito académico y presenta importantes implicaciones para la sociedad en su conjunto. Al profundizar en la comprensión de la calidad de vida en el contexto de los trastornos por consumo de sustancias, se abren caminos para optimizar las oportunidades de tratamiento y los servicios de apoyo a los afectados. Esta perspectiva resulta especialmente crucial en el contexto actual, donde la creciente prevalencia del consumo de sustancias, como lo evidencian las cifras alarmantes en América Latina y el Caribe, plantea un desafío cada vez mayor para los sistemas de salud pública a nivel global (38). Enfocar la atención en la calidad de vida de las personas que enfrentan estos trastornos no solo es esencial para mejorar su bienestar individual, sino que también contribuye a la construcción de una sociedad más justa y equitativa.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de la calidad de vida de personas con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas con exposición a terapia cognitivo-conductual con edades entre los 18 a 35 años en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. en Bogotá, D.C.?

4. MARCO TEÓRICO

4.1. TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA)

La Organización Mundial de la Salud define una droga como "toda sustancia que, al ser introducida en el organismo, puede alterar el Sistema Nervioso Central" (8). Es importante destacar que, desde una perspectiva social, estas sustancias pueden ser lícitas o ilícitas (39). El consumo continuo de ciertas drogas puede generar dependencia y discapacidad, con consecuencias negativas tanto para la salud individual como para las relaciones sociales del individuo y su entorno.

Los trastornos por consumo de sustancias se definen como un conjunto de síntomas físicos, cognitivos y conductuales que llevan al individuo a persistir en el consumo de una sustancia a pesar de sus consecuencias negativas a nivel orgánico, psicológico y social (40). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (40), aplica este concepto a diez clases de sustancias: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (incluyendo fenciclidina, arilciclohexaminas y otros), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (como anfetaminas, cocaína y otros), tabaco y otras sustancias (41).

La afectación del SNC por parte de las SPA puede tener diversos mecanismos (41,42). Algunas sustancias estimulan la actividad del sistema, mientras que otras lo deprimen o entorpecen (41). Las SPA pueden causar alteraciones psicológicas como la modificación del estado de ánimo, el cual puede tornarse negativo con manifestaciones como la paranoia, la ansiedad, el pánico, la apatía y la psicosis y en otros, positiva con lucidez, euforia, control de la fatiga, relajación, disminución del dolor, sensación de mayor agudeza mental y bienestar general (41,43). De otra parte, puede haber dificultades en procesos como el aprendizaje, la memoria y la concentración (44).

Desde el punto de vista funcional, se sabe que las SPA pueden transformar los circuitos neuronales del sistema de recompensa (41,42). Estos cambios se instauran de manera crónica, siendo incluso persistentes a pesar de estrategias de desintoxicación (41,43). A su vez, conllevan a modificaciones en el comportamiento que buscan satisfacer la necesidad de repetir la experiencia placentera, sin evaluar las consecuencias de los mismos. De modo que probablemente, solo las estrategias de tratamiento a largo plazo pudieran modificar las tendencias de consume y sus efectos secundarios.

El riesgo de adicción está relacionado con complejas interacciones entre factores biológicos (genéticos, epigenéticos, atributos del desarrollo, neuro circuitos) y ambientales (culturales, estrés, trauma, exposición a reforzamientos alternativos) (41–43). Al respecto, se sabe que los rasgos psicológicos, emocionales y comportamentales se configuran a lo largo de la vida de las personas, partiendo de la carga genética heredada de los padres. Los factores ambientales son aleatorios para cada persona, pero actúan modificando la expresión de genes. En consecuencia, el abordaje epigenético permite tener una visión más completa del problema de la adicción, con la oportunidad de generar múltiples alternativas para su abordaje.

Volkow et al, establece un modelo de cíclico de la adicción (43). Este ciclo inicia con la intoxicación compulsiva, en la cual intervienen especialmente los ganglios basales (42,43). La siguiente etapa es el retiro del efecto negativo, en el cual se involucra la amígdala (25,42). Finalmente, la preocupación por anticipación, donde interviene la corteza prefrontal (42,43). Este modelo ha sido fundamental para la generación de nuevas opciones terapéuticas.

Las terapias no farmacológicas son relativamente recientes, ganando relevancia con el paso del tiempo. Algunas de ellas son la terapia cognitivo-conductual, la terapia de

aceptación y compromiso, la terapia conductual dialéctica, las intervenciones basadas en la atención plena y el reprocesamiento de desensibilización por movimientos oculares (45).

La combinación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas ha demostrado tener mejores resultados. La terapia cognitivo comportamental (TCC) es la primera línea de abordaje comportamental para el tratamiento del trastorno por uso de *alcohol* y los trastornos por uso de sustancias (41). Consiste en la asistencia a sesiones de tiempo limitado, en el que el terapeuta establece objetivos basados en los rasgos cognitivos, afectivos y ambientales y se provee entrenamiento en herramientas de autocontrol para ayudar al individuo a lograr y mantener la abstinencia o la reducción del daño (46).

En un metaanálisis realizado por Ray et al. (47), las estimaciones agrupadas de efectos aleatorios revelaron un beneficio asociado a la combinación de Terapia Cognitivo-Conductual y farmacoterapia en comparación con la atención habitual (rango de $g = 0.18-0.28$; $k = 9$). Sin embargo, la TCC no mostró resultados significativamente mejores que otras terapias específicas, y la evidencia sobre la eficacia de añadir la TCC a la atención convencional junto con farmacoterapia resultó inconsistente.

Por otro lado, el metaanálisis de McHugh et al. sobre la TCC para el abuso y la dependencia de Sustancias Psicoactivas incluyó 34 ensayos controlados aleatorizados con un total de 2,340 pacientes (46). Este estudio encontró un tamaño del efecto general moderado ($d = 0.45$), con un rango que variaba desde pequeño ($d = 0.24$) hasta grande, dependiendo de la sustancia en cuestión. Los mayores tamaños del efecto se observaron en el tratamiento del cannabis, seguidos por la cocaína y los opiáceos. La politoxicomanía, por su parte, presentó los tamaños del efecto más pequeños.

El tratamiento psicoterapéutico tiene limitaciones en la vida real debido a varias causas. Algunas barreras para su acceso son: disponibilidad limitada de recursos económicos y humanos, tiempos de sesión rígidos, inconvenientes de localización, costos para los usuarios; también, preocupaciones respecto a la confidencialidad y la posibilidad de estigmatización (48). En consecuencia, mejorar y flexibilizar el acceso al tratamiento psicoterapéutico es una necesidad sentida por las personas con trastornos por consumo de sustancias alrededor del mundo.

La reciente pandemia de COVID-19 puso de manifiesto el potencial de las plataformas digitales para ampliar el acceso a tratamientos conductuales (49). Un ejemplo de ello es el estudio de Luderer et al. (50), que investigó la relación entre la adherencia a una herramienta terapéutica digital para pacientes con trastornos por consumo de sustancias y la abstinencia. Los resultados indicaron que, entre los participantes que completaron el tratamiento recomendado de 12 semanas, una mayor adherencia al programa (medida como el número de módulos completados por unidad de tiempo) se asoció significativamente con una mayor probabilidad de abstinencia durante las últimas 4 semanas de tratamiento.

4.2. CALIDAD DE VIDA Y TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Respecto a la calidad de vida (CV), no existe una única definición. El concepto surgió en Estados Unidos posterior a la segunda guerra mundial, con el interés de conocer la percepción de las personas en torno a la buena vida (29). Inicialmente, se consideraron indicadores económicos como el estado socioeconómico, el nivel educativo y el tipo de vivienda; pero estos solo explicaban el 15% de la varianza de la CV individual. Posteriormente, se agregaron indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción.

En el ámbito de la salud, la OMS en 1994 la definió “como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (30).

La calidad de vida puede ser medida por instrumentos que facilitan las comparaciones entre condiciones e intervenciones. En el campo de la salud mental se ha reconocido la importancia de evaluar el valor de las diferentes intervenciones e informar decisiones de distribución de los recursos (51). Sin embargo, cuando el concepto se aplica al consumo de sustancias psicoactivas, se han realizado progresos en la generación o adaptación de instrumentos de medición. Por ejemplo, se han empleado las escalas SF-36, SF-12, NHP y WHOQoL-Bref (52) que, a pesar de no ser específicas para el caso del consumo de sustancias, cuentan con estudios de validación en diferentes poblaciones y podrían hacer una aproximación a la evaluación (36). A partir de estas, se han creado otros cuestionarios como el IDUQOL (*Injection Drug Use Quality*) y el IDUQOL spanish que a diferencia del anterior incluye una pregunta sobre percepción de futuro; estos instrumentos son muy específicos en cuanto están dirigidos al consumo de drogas inyectables (53). De otra parte, el HRQOLDA (*Health related quality of life for drug abusers test*), el QOLDA (*Quality of life instrument for patient with drug dependence*) y el DUQOL-22 (*Drug user of life scale*) aún carecen de estudios de validación (53).

En una revisión sistemática realizada por van Krugten et al, se evaluó la validez del contenido y la idoneidad para su uso en las evaluaciones económicas de los instrumentos de calidad de vida utilizados en personas con problemas de salud mental (49). Se identificaron 44 instrumentos, de los cuales 12 fueron versiones adaptadas del instrumento original. La mejor cobertura de las dimensiones del marco de evaluación fue la del WHOQOL-100, el S-QoL 41, el SQLS, el EDQoL, el QLI y el IMHQOL, pero ninguno cubrió completamente las dimensiones del marco de evaluación.

4.3. ABORDAJE SOCIAL DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

El tercer objetivo del desarrollo sostenible del milenio, plantea: “la garantía de una vida saludable y la promoción del bienestar para todas las personas en el mundo” (54). Para ello, se requiere fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias, incluyendo el abuso de SPA narcóticas y el uso del alcohol (55). Por lo que se concluye que, la magnitud del problema del abuso de las SPA afecta el alcance de mejores niveles de calidad de vida en las poblaciones.

A nivel internacional las convenciones relacionadas con el control de la producción y distribución de SPA son: la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, modificada por el Protocolo de 1972; el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971; y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988 (56). Sin embargo, los esfuerzos gubernamentales siguen siendo insuficientes para controlar la producción y distribución de las sustancias psicoactivas debido a los intereses económicos que representan.

La OMS reporta que para el 2019, más de 180 mil muertes se debieron a trastornos por consumo de sustancias, es decir, aprox. 0,5 millones de muertes al año, resaltando que 115 mil personas murieron por sobredosis de opioides en 2017 (5). Se estima que alrededor de 35 millones de personas sufren de trastornos por consumo de sustancias (41). Sin embargo, solamente la mitad de los países del mundo, disponen de metadona para el tratamiento de la dependencia a los opioides, por ejemplo, y menos del 20% reportaron una cobertura alta para el tratamiento de la dependencia a los opioides (58).

Los trastornos por consumo de sustancias afectan a la población joven y adultos. Sin embargo, dado el patrón de adicción, hoy día se considera una enfermedad crónica, con

una alta proporción de adultos maduros o mayores. En cuanto al género, los estudios muestran diferencias entre hombres y mujeres, observándose un incremento rápido en el tiempo, de los casos entre la población femenina de todas las edades (21).

Existen también diferencias de orden socioeconómico entre las tendencias de consumo. Las encuestas reflejan que los jóvenes de los países con altos ingresos, tienden a consumir SPA de club, como el éxtasis, la metanfetamina, la cocaína, la ketamina, la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) y el γ -hidroxibutirato (GHB), para tener experiencias recreativas (21,22). Mientras que los que viven en la pobreza, tienden a elegir las sustancias psicoactivas por su bajo precio, su disponibilidad y su capacidad para inducir rápidamente una sensación de euforia, como los inhalantes (por ejemplo, el disolvente de pintura, la gasolina, la pintura, el líquido corrector y la cola) (21,22).

El informe “Visión estratégica de UNIDOC para América Latina y el Caribe 2022 - 2025” prende alarmas ante la alta producción y consumo de SPA en la región y todo el mundo (56). Sustancias como el cannabis, las metanfetaminas y la heroína, son las de más alta producción como consecuencia del tráfico transnacional y la presencia de organizaciones criminales (56).

En Colombia, el segundo estudio nacional sobre consumo de Sustancias Psicoactivas, llevado a cabo en 2013, proporcionó información crucial sobre la magnitud del consumo y abuso de estas sustancias (18). La encuesta permitió caracterizar los patrones de uso en relación con variables como sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel de urbanización y ubicación geográfica a nivel departamental.

Los resultados revelaron una frecuencia de consumo de SPA del 13%, con una prevalencia significativamente mayor en hombres (19.9%) que en mujeres (6.5%) (18). El análisis por edades mostró que el grupo de 18 a 24 años presentó la mayor incidencia

(8.4%), seguido por los adolescentes (4.8%) y las personas de 25 a 34 años (4.3%) (18). La marihuana se posicionó como la sustancia ilícita de mayor consumo (11.5%), con una diferencia notable entre hombres (17.6%) y mujeres (5.6%) (18). Le siguieron en orden de frecuencia la cocaína (3.2%), el basuco (1.2%), el éxtasis (0.77%), las sustancias inhalables (0.7%) y la heroína (0.14%) (18).

Como estrategia de afrontamiento y mitigación al problema del consumo en Colombia, a través de la ley 1566 de 2012, se reconoce que el consumo, abuso y adicción de sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un problema de salud pública porque afecta el bienestar de la familia, la comunidad y los individuos (22). Por lo anterior, requiere la atención por parte del Estado a través del Sistema General de Seguridad Social, que garantice todas las intervenciones necesarias desde el punto de vista terapéutico y de rehabilitación. Asimismo, para la ley, los menores de edad y las poblaciones vulnerables requieren mayor atención.

Dentro de las acciones terapéuticas, la ley incluye la desintoxicación voluntaria, la psicoterapia individual y psicoterapia grupal, familiar y de pareja (23). Además, educación individual y grupal en salud por terapia ocupacional, agente educativo y trabajo social (23). Sin embargo, consideramos que existen múltiples factores que pueden llevar a la falla terapéutica, incluso, durante la pandemia se observó que, por el distanciamiento social, las personas no podían acudir a sus centros de tratamiento y se crearon recursos informáticos que dieron continuidad a los tratamientos psicológicos y el seguimiento por parte de los terapeutas. Este ejemplo soporta la necesidad de mantener y expandir dichos recursos de las tecnologías de la información en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias.

5. HIPÓTESIS

Hipótesis para componente exploratorio analítico.

Ho: La percepción de calidad de vida en las personas de 18 a 35 años con diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas es igual en dos o en todas las dimensiones de salud física, salud psicológica, ambiental y social.

Ha: La percepción de calidad de vida en las personas de 18 a 35 años con diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas es diferente en dos o en todas las dimensiones de salud física, salud psicológica, ambiental y social.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de vida de personas con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas con edades entre los 18 a 35 años en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. en Bogotá, D.C.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar las características sociodemográficas de personas con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas entre los 18 a 35 años, pertenecientes a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. en Bogotá, D.C.
2. Establecer la calidad de vida relacionada con la salud mediante la aplicación de la encuesta WHOQoL-Bref (*WHO Quality of Life – Brief*) versión en español en personas con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas entre los 18 a 35 años, pertenecientes a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. en Bogotá, D.C.
3. Analizar posibles factores de riesgo asociados a una mejor calidad de vida en personas con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas entre los 18 a 35 años, pertenecientes a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. en Bogotá, D.C.

7. METODOLOGÍA

Este proyecto de investigación se encuentra inmerso dentro de una investigación más amplia titulada "Terapia Cognitivo Conductual Mejorada con Aplicación Móvil y Calidad de Vida en Adultos con Trastornos por Consumo de Sustancias, Bogotá, Colombia. " Este proyecto recibió financiación a través de la convocatoria "Investigación e innovación para afrontar los retos del sector salud - 2022", patrocinada por la Agencia Distrital de Educación Superior, Ciencia y Tecnología.

La convocatoria de investigación buscaba establecer un conjunto de proyectos elegibles de investigación aplicada, desarrollo tecnológico e innovación destinados a abordar tres áreas clave: el cambio climático, la innovación biotecnológica y las enfermedades crónicas no transmisibles. Además, la convocatoria tenía como objetivo fortalecer las redes de colaboración dentro del ecosistema científico, tecnológico y de innovación de la ciudad

El macroproyecto se divide en tres fases: Fase 1, de tipo observacional analítica de corte transversal con medición de características sociodemográficas, clínicas e instrumento de calidad de vida, con componente exploratorio. Fase 2, desarrollo de aplicativo móvil para reforzar la terapia cognitivo conductual y seguir a los pacientes, de acuerdo con resultados de la fase 1. Fase 3, estudio de intervención para evaluación de funcionamiento del aplicativo y percepción del mismo con una encuesta.

Fase 1.

Estudio Observacional
Analítico: aplicación de
cuestionario
sociodemográfico, clínico y
escala de calidad de vida.

Fase 2.

Definición del alcance
Análisis de requerimientos
Diseño y desarrollo de APP,
software, pruebas o testing

Fase 3.

Estudio de Intervención:
Pruebas, evaluación
aplicativo.



Fuente: Elaboración propia

Figura 1 Diseño del estudio macroproyecto, Fases 1 a 3

La ejecución de la Fase 1 corresponde al proyecto de investigación como tesis de Maestría de Epidemiología. La metodología que se describe en los apartados posteriores corresponde únicamente a la Fase 1.

7.1. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Este proyecto de investigación adopta un enfoque metodológico cuantitativo. Esto significa que las estrategias, técnicas y herramientas empleadas para llevar a cabo la investigación y analizar los datos implican mediciones cuantificables. Se utilizan métodos estadísticos para determinar frecuencias, mediciones y parámetros relacionados con un fenómeno específico dentro de la población objetivo.

7.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio Observacional Analítico de Corte Transversal, con componente exploratorio analítico.

7.1.2. POBLACIÓN

La población objeto de estudio son adultos, con edades comprendidas entre los 18 y los 35 años, con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (CIE 10: F100-F199), pertenecientes a las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz, adscritas a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. de la ciudad de Bogotá D.C., Colombia.

Criterios de inclusión

- Adultos, con edades comprendidas entre los 18 y los 35 años.
- Personas con diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias (CIE10 F100-F199).
- Población perteneciente a las localidades donde presta servicios de salud la Subred Sur. (Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no deseen participar en el estudio, lo cual manifiestan al no firmar el documento de consentimiento informado.
- Pacientes con psicosis crónicas, como esquizofrenia.

7.1.3. DISEÑO MUESTRAL

En el estudio se incluyen todos los pacientes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (CIE 10: F100-F199) atendidos en la Subred Integrada de Servicios de Salud

Sur E.S.E. de Bogotá, D.C., que cumplen con los criterios de inclusión y no tienen criterios de exclusión. Igualmente, se realiza cálculo de tamaño de muestra mínimo, para garantizar una representatividad de la población elegible.

Según datos aportados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. de Bogotá, D.C., para el año 2021 se registraron 474 pacientes con diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias por primera vez. Con base en esta información y mediante el sitio web Open EPI (26) se realizó el cálculo de la muestra mínima para la Fase 1 que incluye cuestionario y medición preliminar de calidad de vida.

Figura 2. Imagen Herramienta Open Epi cálculo del tamaño de muestra

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población	
Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	474
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	60%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1
Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza	
IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	208
80%	119
90%	169
97%	232
99%	273
99.9%	326
99.99%	358
Ecuación	
Tamaño de la muestra $n = [EDFF \cdot Np(1-p)] / [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} \cdot (N-1) + p(1-p))]$	

En el presente estudio, que corresponde a un análisis preliminar se utilizó una muestra parcial de 50 individuos, que fue lo recolectado a corte del mes de junio 2024.

7.1.4. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Figura 3 Diagrama de variables

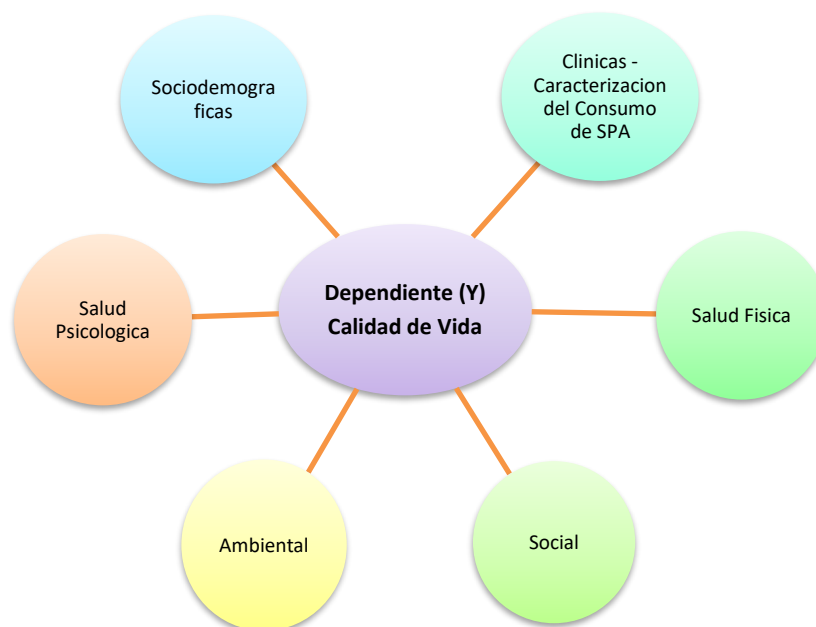


Tabla 1 Tabla de variables

Variable	Definición	Naturaleza	Escala de medición y unidad de medida	Relación entre Variables
Edad	Años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa	Razón Años cumplidos	Independiente
Sexo	Sexo anatómico del individuo	Cualitativa Dicotómica	Nominal 0. Hombre 1. Mujer	Independiente
Estrato socio económico	Clasificación o escala social a la que pertenece el individuo en el momento del estudio	Cualitativa	Ordinal 0. Estrato 1 1. Estrato 2	Independiente

Variable	Definición	Naturaleza	Escala de medición y unidad de medida	Relación entre Variables
			2. Estrato 3 3. Estrato 4 4. Estrato 5 5. Estrato 6	
Estado Civil	Estado civil del individuo al momento del estudio	Cualitativa Politómica	Nominal 1. Soltera/o 2. Unión libre 3. Casado/o 4. Divorciado/a. 5. Viudo/a.	Independiente
Nivel educativo	Nivel de educación más alto terminado por el individuo en el momento del estudio	Cualitativa	Ordinal 0. Ninguno 1. Primaria 2. Bachillerato 3. Técnico 4. Tecnólogo 5. Universitario 6. Posgrado	Independiente
Religión	Creencia religiosa del individuo en el momento del estudio	Cualitativa Dicotómica	Nominal 0. No 1. Si	Independiente
Situación laboral	Estado del individuo en relación con su trabajo en el momento del estudio	Cualitativa Politómica	Nominal 1. Empleado/a, trabajo entre 1 y 39 horas a la semana 2. Empleado/a, trabajo 40 horas a la semana o más 3. Sin empleo, busco trabajo 4. Sin empleo, NO busco trabajo	Independiente
Localidad	Zona urbana donde reside el individuo en el momento del estudio	Cualitativa Politómica	Nominal 1. Sumapaz 2. Usme 3. Ciudad Bolívar 4. Tunjuelito 5. Otras	Independiente

Variable	Definición	Naturaleza	Escala de medición y unidad de medida	Relación entre Variables
Antecedente de Hipertensión Arterial	Paciente diagnosticado con HTA al momento del estudio	Cualitativa Dicotómica	Nominal 0. No 1. Si	Independiente
Antecedente de Diabetes Mellitus	Paciente diagnosticado con Diabetes Mellitus al momento del estudio	Cualitativa Dicotómica	Nominal 0. No 1. Si	Independiente
Antecedente de Epilepsia	Paciente diagnosticado con Epilepsia al momento del estudio	Cualitativa Dicotómica	Nominal 0. No 1. Si	Independiente
Antecedente de Trastornos Neurológicos	Paciente diagnosticado con Trastornos Neurológicos al momento del estudio	Cualitativa Dicotómica	Nominal 0. No 1. Si	Independiente
Antecedente de enfermedad Tiroidea	Paciente diagnosticado con enfermedad tiroidea al momento del estudio	Cualitativa Dicotómica	Nominal 0. No 1. Si	Independiente
Antecedente de consumo de sustancias psicoactivas	Tipo de sustancias que ha consumido el individuo hasta el momento del estudio	Cualitativa Nominal Politémica	1. Tabaco 2. Alcohol 3. Cannabis 4. Cocaína 5. Anfetaminas y/o estimulantes 6. Inhalantes 7. Tranquilizantes 8. Alucinógenos 9. Opiáceos	Independiente
Frecuencia de consumo de la SPA en los últimos 3 meses	Frecuencia de consumo del individuo en los últimos 3 meses	Cualitativa Ordinal	0. Nunca 1. 1 o 2 veces 2. Cada mes 3. Cada semana 4. A diario o casi a diario	Independiente
Deseos fuertes o ansias de consumir la SPA	Deseos fuertes o ansias de consumir la SPA por	Cualitativa Ordinal	0. Nunca 1. 1 o 2 veces 2. Cada mes	Independiente

Variable	Definición	Naturaleza	Escala de medición y unidad de medida	Relación entre Variables
en los últimos 3 meses	parte del individuo en los últimos 3 meses		3. Cada semana 4. A diario o casi a diario	
Problemas de salud, sociales, legales o económicos en los últimos 3 meses por el consumo de la SPA	Problemas de salud (ingreso a urgencias, hospitalizaciones, etc), sociales (discusiones con familiares o amigos), legales o económicos (falta de dinero para pago de obligaciones o necesidades diarias, detenciones o problemas judiciales) en el individuo en los últimos 3 meses por el consumo de la SPA.	Cualitativa Politómica	Ordinal 0. Nunca 1. 1 o 2 veces 2. Cada mes 3. Cada semana 4. A diario o casi a diario	Independiente
Perdida de interés por las actividades diarias debido al consumo de SPA en los últimos 3 meses	Perdida de interés del individuo por las actividades diarias debido al consumo de SPA en los últimos 3 meses	Cualitativa Ordinal	0. Nunca 1. 1 o 2 veces 2. Cada mes 3. Cada semana 4. A diario o casi a diario	Independiente
Preocupación del entorno familiar y/o social por el individuo debido al consumo de SPA	Preocupación del entorno familiar y/o social por el individuo debido al consumo de SPA al momento del estudio.	Cualitativa Ordinal	0. No, Nunca 1. Si, En los últimos 3 meses 2. Si, pero no en los últimos 3 meses	Independiente
Control, reducción o mitigación del consumo de SPA	El individuo ha intentado controlar, reducir o mitigar el consumo de SPA y no lo ha logrado	Cualitativa Ordinal	0. No, Nunca 1. Si, En los últimos 3 meses 2. Si, pero no en los últimos 3 meses	Independiente
Calidad de vida WHOQOL-BREF	Escala de calidad de vida elaborada por la OMS en el 2004 con traducción al español	Cuantitativa	Intervalo Puntuación total de la escala WHOQOL-BREF	Dependiente
Calidad de vida WHOQOL-BREF –	Escala de calidad de vida elaborada por la OMS en el 2004 con traducción al	Cuantitativa	Intervalo Puntuación de la Dimensión de	Independiente

Variable	Definición	Naturaleza	Escala de medición y unidad de medida	Relación entre Variables
Dimensión de Salud Física	español – Dimensión Salud Física		Salud Física de la escala WHOQOL-BREF	
Calidad de vida WHOQOL-BREF – Dimensión Salud Psicológica	Escala de calidad de vida elaborada por la OMS en el 2004 con traducción al español - Dimensión Salud Psicológica	Cuantitativa	Intervalo Puntuación de la Dimensión de Salud Psicológica de la escala WHOQOL-BREF	Independiente
Calidad de vida WHOQOL-BREF – Dimensión Relaciones Sociales	Escala de calidad de vida elaborada por la OMS en el 2004 con traducción al español - Dimensión Relaciones Sociales	Cuantitativa	Intervalo Puntuación de la Dimensión de relaciones sociales de la escala WHOQOL-BREF	Independiente
Calidad de vida WHOQOL-BREF – Dimensión Ambiente	Escala de calidad de vida elaborada por la OMS en el 2004 con traducción al español – Dimensión Ambiente	Cuantitativa Discreta	Intervalo Puntuación de la Dimensión Ambiente de la escala WHOQOL-BREF	Independiente

7.2. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

7.2.1. Fuentes de información

Se construye una base de datos que incluye los resultados de la aplicación del cuestionario de caracterización sociodemográfica, caracterización del consumo de SPA y calidad de vida de los pacientes que cumplen los criterios de inclusión y aceptan su participación voluntaria en el proyecto de investigación. La base de datos contiene información de pacientes a los que se le aplica el cuestionario durante el periodo de diciembre 2023 hasta mayo 2024.

El cuestionario de caracterización sociodemográfica es de autoría de los investigadores, para la caracterización del consumo de SPA se adopta la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) y para el cuestionario de calidad de vida se adopta la escala WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (52).

Los cuestionarios se aplican de manera presencial, una vez el paciente realiza el proceso de consentimiento informado. La aplicación de los cuestionarios estuvo a cargo de una profesional en psicología, con entrenamiento previo en el contenido de los cuestionarios. Se lleva a cabo en un consultorio de la Unidad de Salud San Benito de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., bajo previo agendamiento del paciente, en este espacio se asegura condiciones de seguridad, tranquilidad, reserva y confidencialidad de la información obtenida.

La generación del instrumento de recolección de información y el almacenamiento de los datos se realiza a través de sistemas de información documentales de acceso restringido únicamente para el equipo investigador.

7.2.2. Instrumento de recolección de información

Se realiza la aplicación de un cuestionario estructurado de elaboración por el grupo de investigación sobre datos sociodemográficos (Anexo 1), para la caracterización del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se utiliza la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias – ASSIST (Anexo 2) y para la medición de calidad de vida se utiliza la escala WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud – OMS: el cual mide la calidad de vida de las personas de manera transcultural a través de una escala Likert en función de diferentes aspectos como son la salud física (energía y fatiga, dolor y malestar, sueño y descanso) , la psicológica (imagen corporal y apariencia,

sentimientos negativos/positivos, autoestima, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración), las relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social y actividad sexual) y ambiente (recursos económicos, libertad y seguridad física, sistema sanitario, oportunidades de adquirir habilidades nuevas, participación en actividades de ocio, ambiente físico por ejemplo contaminación tráfico, clima y medios de transporte)(Anexo 3).

7.2.3. Proceso de obtención de la información (qué, quién, cómo, cuándo)

El proceso de recolección de información se desarrolla entre enero 2024 y mayo 2024 mediante el abordaje de los pacientes que llegan a consulta por psicología en la unidad de salud de la Subred y que cumplen los criterios de inclusión, quienes autorizan su participación en el estudio por medio del consentimiento informado antes de la aplicación del cuestionario.

El cuestionario se aplica de manera presencial, una vez el paciente realiza el proceso de consentimiento informado. La aplicación del cuestionario está a cargo de una profesional en psicología, con entrenamiento previo en el contenido de los cuestionarios. Se lleva a cabo en un consultorio de la Unidad de Salud San Benito de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., bajo previo agendamiento del paciente, en este espacio se aseguran condiciones de seguridad, tranquilidad, reserva y confidencialidad de la información obtenida.

La generación del instrumento de recolección de información y el almacenamiento de los datos se realiza a través de sistemas de información documentales de acceso restringido únicamente para el equipo investigador.

7.3. PRUEBA PILOTO

En el inicio de la fase de recolección de información mediante la aplicación del cuestionario de caracterización sociodemográfica, clínica y calidad de vida, se realiza la

prueba piloto con los 5 primeros individuos que cumplan los criterios de inclusión (quienes no se encuentran dentro de la investigación), esta prueba piloto se desarrolla con la finalidad de probar en menor escala aspectos referentes a:

- La selección de las medidas apropiadas de abordaje del individuo.
- Evaluación del proceso de reclutamiento y consentimiento informado.
- Evaluación de tiempos de aplicación del cuestionario.
- Prueba del cuestionario de recolección de datos.
- Identificación de necesidad de recursos y manejo de información.

Este proceso permite evaluar y corregir aspectos operativos, logísticos y organizacionales frente a la ejecución de la fase de recolección de información, optimizando estos procesos.

La información recolectada se almacena de forma segura en los sistemas tecnológicos y digitales institucionales con acceso restringido únicamente al equipo investigador.

En esta prueba piloto se logran identificar y ajustar los siguientes aspectos:

- Entrenamiento de la psicóloga sobre el reconocimiento, manejo y aplicación del consentimiento informado.
- Entrenamiento de la psicóloga sobre el reconocimiento, manejo y aplicación del cuestionario de caracterización sociodemográfica, clínica y calidad de vida.
- Ajuste del instrumento digital, colocando de manera obligatoria todas las preguntas y en el apartado de caracterización clínica se colocó la opción de “No aplica” para las sustancias psicoactivas que el individuo refiere no consumir.

- Medición, ajuste y organización del tiempo utilizado para la aplicación del consentimiento informado y cuestionario.
- Definición y organización estructurada del proceso de agendamiento de pacientes que cumplen los criterios de inclusión para atención de psicología y reclutamiento para la investigación.

7.4. CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

En la fase 1 del proyecto de investigación se pretende caracterizar la frecuencia, distribución y comportamiento de la calidad de vida de las personas diagnosticadas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (SPA), midiendo y calculando con la mayor precisión y exactitud posible dichas determinaciones, procurando la ausencia de sesgo o error.

Se tuvo en consideración el proceso de validez interna y externa. En la validez interna se tuvieron presentes los posibles errores cometidos durante el proceso de selección de la población de estudio, durante las mediciones realizadas mediante la aplicación de los cuestionarios y errores por la falta de comparabilidad de los grupos estudiados.

El proceso de la validez externa se refiere a la capacidad del estudio de generalizar los resultados observados en la población de estudio hacia la población blanco. Para lograr esta validez externa depende de que exista la interna.

Todo estudio de investigación está sujeto a cierto margen de error, por lo que es importante conocer cuáles son sus fuentes principales y los diferentes procedimientos que pueden ser utilizados para minimizar su impacto en los resultados.

El presente proyecto de investigación tiene un diseño observacional analítico de corte transversal, donde se tiene a consideración las siguientes estrategias para realizar el control de errores y de sesgos:

- **Sesgo de Selección:** Para evitar errores en la selección de la población a estudiar se realiza un reclutamiento de individuos de forma prospectiva, considerando los criterios de inclusión y exclusión, de esta manera buscando obtener mediciones y conclusiones exactas y veraces.

- **Sesgo de Información:** Para evitar errores en la medición del evento por cualquier factor que influya de manera diferencial sobre la calidad de las mediciones que se realizan sobre los individuos que cumplen los criterios de inclusión, se desarrolla un proceso de entrenamiento previo a la psicóloga encargada de la recolección de información en aspectos referentes a la técnica de abordaje de los individuos y frente al reconocimiento, análisis y manejo del instrumento. Posteriormente se realiza un pilotaje del instrumento con los 5 primeros pacientes que cumplieron los criterios de inclusión permitiendo identificar aspectos relevantes a corregir previo al inicio formal de la recolección de datos. Adicionalmente de manera frecuente el equipo investigador establece un proceso de capacitación, seguimiento y acompañamiento a la psicóloga para asegurar la rigurosidad y adecuado proceso de implementación del instrumento.

- **Sesgo de Confusión:** Para evitar este tipo de error que puede resultar en una sobre o subestimación de la asociación real, debido a la observación de una asociación no causal entre la exposición y el evento en estudio o cuando no observamos una asociación real entre la exposición y el evento en estudio por la acción de una tercera variable que no es controlada. Los resultados del estudio pueden ser confundidos cuando los resultados obtenidos en las observaciones apoyan una

conclusión falsa sobre la hipótesis en evaluación, para realizar el control de este tipo de error desde la planeación se realiza una revisión rigurosa de la literatura y/o evidencia científica que soporta la definición, conceptualización y operacionalización de las variables que se incluyen en el estudio mediante el instrumento de caracterización sociodemográfica, clínica y de calidad de vida. En la fase de análisis se realizan procesos univariados, bivariados y multivariados utilizando estrategias de estandarización y estratificación teniendo a la variable calidad de vida como dependiente.

7.5. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se emplea un cuestionario con variables socio-demográficas y clínicas, elaborado y aprobado por el grupo de investigación. La calidad de vida de los pacientes diagnosticados con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se evalúa mediante la aplicación del cuestionario WHO-QoL en su versión validada en el idioma español y de acceso gratuito. Las respuestas obtenidas se tabulan en una base de datos de Microsoft Excel. Dicha base de datos se maneja mediante los sistemas de información institucionales, velando por la confidencialidad y reserva de la información, con acceso restringido únicamente para el equipo investigador.

El análisis descriptivo utiliza las variables del componente socio-demográfico, caracterización del consumo y calidad de vida. Para las variables cuantitativas se emplean medias o medianas junto con sus correspondientes medidas de dispersión. Para las variables cualitativas se calculan frecuencias absolutas y frecuencias relativas.

En cuanto al componente analítico, éste se lleva a cabo mediante dos métodos, el primero, un modelo de análisis de componentes principales y el segundo, un árbol de decisión. Ambos realizados mediante Python.

El análisis por componentes principales es un método utilizado para describir un conjunto de datos en términos de nuevas variables (componentes) no correlacionadas. Las variables iniciales, en este caso las correspondientes al cuestionario WHO-QoL de calidad de vida, se ordenan por la cantidad de varianza original, permitiendo reducir la dimensionalidad del conjunto de datos recolectados. De esta manera, se obtiene un conjunto de valores de variables sin correlación lineal llamadas componentes principales.

En cuanto al modelo de árbol de decisión se basa en la idea que la combinación de las predicciones de varios modelos (en este caso, árboles de decisión) generalmente produce resultados más precisos y robustos que los obtenidos por un solo modelo. De este modo, minimiza las tendencias individuales al error, especialmente el sobreajuste, uno de los problemas más comunes en el modelado de aprendizaje automático. En el caso de este estudio, se logran seleccionar las variables del cuestionario de calidad de vida WHO-QoL con la mejor capacidad predictiva, para el caso particular de la población evaluada.

Tanto el análisis por componentes principales como el árbol de decisión, hacen parte de los algoritmos de aprendizaje supervisado de Machine Learning. Dado que el algoritmo se nutre con los datos nuevos que van ingresando, representa una alternativa confiable ante la baja recolección de pacientes, debido fundamentalmente, al limitado uso de los servicios de salud en la población estudiada. Adicionalmente, teniendo en cuenta las múltiples variables incluidas, permite mejorar la visualización y análisis de la información al determinar tendencias, agrupaciones y valores atípicos. Las variables se clasifican en función de sus puntuaciones de importancia calculadas durante el análisis, donde las puntuaciones más altas indican una mayor importancia en la predicción de los resultados del dominio respectivo.

7.6. DIVULGACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos del presente estudio hacen parte del trabajo de grado titulado: “Calidad de vida en pacientes con trastornos por abuso de sustancias psicoactivas en terapia cognitivo-conductual, Bogotá D.C., Colombia”. El cual es requisito para los estudiantes de la Maestría de Epidemiología para optar por el título de Magister en Epidemiología.

El informe técnico de los resultados obtenidos mediante esta investigación se encuentra disponible en el repositorio de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. y de la Universidad del Rosario con la finalidad de almacenar, preservar y difundir de manera abierta la producción intelectual resultante de esta actividad académica e investigativa desarrollada.

En actividades de apropiación social del conocimiento, los resultados de la investigación se presentan a la Oficina de Gestión del Conocimiento – área de investigación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., con la finalidad de que los resultados puedan ser utilizados para gestión interna de la institución, toma de decisiones y orientación en procesos que aporten positivamente en la prestación de servicios de salud.

Adicionalmente como productos de generación de nuevo conocimiento se desarrollarán dos artículos científicos con los resultados de la investigación que serán sometidos a revistas indexadas para su publicación, lo anterior con la finalidad de que la información obtenida mediante el rigor metodológico de la investigación sea utilizada como evidencia científica para la toma de decisiones.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación, clasificada como de "riesgo mínimo", se adhiere a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki – Fortaleza Brasil 2013, el Informe Belmont, las Pautas del CIOMS y la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993. En cumplimiento del Artículo 6 de esta resolución, se cumplen los siguientes criterios:

- Se articula claramente la justificación ética de la investigación, en consonancia con las normativas internacionales y nacionales.
- Se establece la necesidad de realizar la investigación con participantes humanos, en lugar de métodos alternativos.
- Se exponen explícitamente los riesgos potenciales y las medidas de seguridad para los participantes.
- Se definen claramente la experiencia del equipo de investigación y las responsabilidades de cada institución participante.
- La investigación se inicia únicamente después de obtener las aprobaciones necesarias, incluida la autorización de los representantes legales de las instituciones investigadora y participante, el consentimiento informado de los participantes y la aprobación del Comité de Ética en investigación de la Universidad del Rosario el 19 de agosto de 2022 y el de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. que aprobó el proyecto macro el 15 de noviembre de 2022.

Por lo que se refiere a la población de estudio, está conformada por pacientes adultos con edades comprendidas entre los 18 y 35 años, de nacionalidad colombiana, con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias y en seguimiento clínico a través de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. de Bogotá, a la que pertenecen cuatro localidades de la ciudad: Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz.

En primer lugar, los participantes fueron contactados personalmente en alguna de las instalaciones de la subred y/o por vía telefónica a través del número de contacto que hayan dado en calidad de protección de datos a la Subred Sur para comentarle el estudio e invitarlo a participar. Segundo, se lleva a cabo el proceso de consentimiento informado, del cual se deriva la autorización o no para la vinculación del paciente al proyecto. Tercero, el paciente responde a un cuestionario, el cual contiene preguntas sobre información sociodemográfica, caracterización del consumo de SPA y el cuestionario de calidad de vida de la OMS, estos cuestionarios se aplican por una psicóloga en un consultorio de la Unidad de Salud San Benito de la Subred Sur, el cual es un lugar tranquilo en el que se garantiza la privacidad y confidencialidad de la información.

Los datos de cada paciente se codifican en una base de datos para garantizar la confidencialidad y se archivan en el sistema de información institucional con acceso exclusivo del equipo investigador.

De acuerdo con el Artículo 14 de la Resolución 8430 de 1993, se obtiene el consentimiento informado de todos los participantes. Este proceso implica proporcionar a los participantes una explicación clara de la naturaleza, los procedimientos, los posibles beneficios y los riesgos de la investigación. Se asegura a los participantes su derecho a la participación voluntaria, la libertad de retirarse en cualquier momento sin que ello afectara a su tratamiento o a su relación con los profesionales sanitarios, y la confidencialidad de sus datos. Si bien se pueden publicar los resultados generales, la identidad de los participantes individuales se mantendrá estrictamente confidencial.

Para invitar a las personas a participar en el proyecto, se utiliza un libreto estándar que se debe leer presencialmente a cada participante, antes del consentimiento informado, con el texto a continuación:

“Lo estamos invitando como paciente de la Subred Distrital Sur del programa de terapia para personas con trastorno de consumo de sustancias, a que participe en un proyecto de investigación que busca establecer el impacto en su calidad de vida de la terapia cognitivo conductual, la cual será reforzada con un aplicativo móvil (en el celular), sin que esto la reemplace o modifique.

Esto permitirá a los profesionales tratantes de la Subred y otros equipos de salud conocer mejor el efecto sobre la calidad de vida de la terapia y los refuerzos apropiados con el uso de la tecnología.

Si está de acuerdo, lo invitamos a revisar el documento de consentimiento informado de participación en el proyecto de investigación, resuelva dudas con los investigadores y si está de acuerdo lo firme como constancia de participación voluntaria. Si no lo está, Ud. lo manifiesta al investigador que lo está orientando, sin que esto sea mal visto, genere consecuencias negativas en su tratamiento o afecto su relación con el equipo tratante de la subred.

Agradecemos su atención y tiempo dedicado”

A pesar de que la investigación se clasifica con riesgo mínimo, hay algunas preguntas o temas que se tratan durante la realización del cuestionario que pueden generar incomodidad, molestia, o revivir algún momento incómodo, como también producir alteraciones emocionales en los participantes. En estos casos, el participante, familiar o terapeuta que reciba la observación o queja se puede contactar con el investigador principal o alguno de los otros investigadores del proyecto, quienes considerarán hacer ajustes si se requiere, así como orientarán la atención necesaria.

En relación con la protección de datos personales, se cuenta con las directrices establecidas por la ley 1581 de 2012 y la resolución 839 de 2017 en cuanto al manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas (29,30). En esta investigación, los datos recolectados se codifican, para

garantizar la confidencialidad, y se almacenan de forma segura en los sistemas de información institucionales. El acceso a la información es limitado únicamente al equipo investigador.

Mediante esta investigación, se espera que los datos recolectados y los resultados obtenidos aporten para el mejoramiento de la salud de la población e impulse la generación de nuevos proyectos de investigación relacionados con esta temática.

9. RESULTADOS

9.1. PERFIL SOCIOECONÓMICO Y DE ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA POBLACIÓN.

El análisis de los datos reveló tendencias demográficas y de salud notables entre los participantes en el estudio, como se condensa en la Tabla 1. La edad media fue de 27,4 años (DE = 5,36). La mayoría de los participantes eran hombres (84%), y la mayoría pertenecía a estratos socioeconómicos bajos (46% en el estrato 1 y 48% en el estrato 2). La mayoría de los participantes no estaban casados (88%) y tenían educación secundaria (74%). En cuanto a la situación laboral, esta era variada con un 28% empleados a tiempo completo, un 30% desempleados y en búsqueda activa de empleo y un 34% que no buscaban empleo. La mitad de los participantes residían en Ciudad Bolívar (50%) y el resto en las otras localidades especificadas. La prevalencia de enfermedades crónicas fue baja, el 100% de los participantes no tenían diagnóstico de diabetes, solo algunos manifestaron epilepsia (8%) y otros trastornos neurológicos (16%). Estos resultados brindan una visión general integral de las características demográficas y de salud de la población del estudio.

Tabla 2 Características sociodemográficas de la población (n = 50)

Variable	Categoría	n	%
Edad (Años)	Media = 27.4	DE= 5.36	
Sexo	Hombre	42	84.0
	Mujer	8	16.0
Estrato	Estrato 1	23	46.0
	Estrato 2	24	48.0
	Estrato 3	3	6.0

Variable	Categoría	n	%
	Total	50	100.0
Estado civil	Soltero/a	44	88.0
	Unión libre	6	12.0
Educación	Bachillerato	37	74.0
	Estudios universitarios.	2	4.0
	Ninguno	1	2.0
	Primaria	5	10.0
	Técnico o tecnólogo	5	10.0
Creencia	Comunitario	1	2.0
	Institucional	1	2.0
	No Aplica	34	68.0
	Religioso	14	28.0
Empleo	Empleado independiente	2	4.0
	Empleado/a, trabajo 40 horas a la semana o más	14	28.0
	Empleado/a, trabajo entre 1 y 39 horas a la semana	2	4.0
	Sin empleo, busco trabajo	15	30.0
	Sin empleo, NO busco trabajo	17	34.0
Localidad	Ciudad Bolívar	25	50.0
	Sumapaz	1	2.0
	Tunjuelito	8	16.0
	Usme	16	32.0
Diabetes Mellitus	No	50	100.0

Variable	Categoría	n	%
Epilepsia	No	46	92.0
Trastornos neurológicos	No	42	84.0
	Si	8	16.0
Otra enfermedad	No	34	68.0
	Si	16	32.0

Con respecto a las características en cuanto al consumo y/o abuso de sustancias psicoactivas se resumen en la **Tabla 2**. Se observó que en los tres grupos de edad, las tres sustancias con mayor consumo fueron el tabaco (90%), el alcohol (100%) y el cannabis (95.2%). Este último fue reportado en toda la población, con frecuencias por encima del 50%, siendo mucho más frecuente entre los 25 y 29 años con un 92.3%, seguido del grupo de 18 a 24 años con un 87.5%. Las sustancias de menor consumo en nuestra población fueron las anfetaminas, los opiáceos, los tranquilizantes y los inhalantes. En cuanto a los inhalantes, los tranquilizantes, los alucinógenos, las anfetaminas y opiáceos, el mayor consumo ocurre entre los 25 a 29 años, con porcentajes del 61.5%, 53.8%, 38.5% y 23.1% respectivamente. Solamente una persona reportó el consumo de sustancias psicoactivas distintas a las mencionadas.

Tabla 3 Características en cuanto al consumo y/o abuso de sustancias psicoactivas.

Tipo de sustancia		Grupo de edad					
		18 a 24 años		25 a 29 años		30 a 35 años	
		n	%	n	%	n	%
Tabaco	No	1	6.3	1	7.7	2	9.5
	Si	15	93.8	12	92.3	19	90.5

Tipo de sustancia		Grupo de edad					
		18 a 24 años		25 a 29 años		30 a 35 años	
		n	%	n	%	n	%
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Bebidas alcohólicas	No	0	.0	3	23.1	1	4.8
	Si	16	100.0	10	76.9	20	95.2
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Cannabis	No	2	12.5	1	7.7	7	33.3
	Si	14	87.5	12	92.3	14	66.7
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Cocaína	No	5	31.3	5	38.5	10	47.6
	Si	11	68.8	8	61.5	11	52.4
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Anfetaminas	No	14	87.5	8	61.5	18	85.7
	Si	2	12.5	5	38.5	3	14.3
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Inhalantes	No	11	68.8	5	38.5	14	66.7
	Si	5	31.3	8	61.5	7	33.3
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Tranquilizantes	No	15	93.8	7	53.8	17	81.0
	Si	1	6.3	6	46.2	4	19.0
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Alucinógenos	No	9	56.3	6	46.2	16	76.2
	Si	7	43.8	7	53.8	5	23.8
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0

Tipo de sustancia		Grupo de edad					
		18 a 24 años		25 a 29 años		30 a 35 años	
		n	%	n	%	n	%
Opiáceos	No	16	100.0	10	76.9	20	95.2
	Si	0	.0	3	23.1	1	4.8
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Otros	No	16	100.0	13	100.0	20	95.2
	Si	0	.0	0	.0	1	4.8
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0

Según los datos presentados en la **Tabla 3**, se indagó a los pacientes sobre la frecuencia con la que habían experimentado deseos intensos de consumir alguna de las sustancias mencionadas durante los últimos tres meses. El cannabis se destacó como la sustancia con mayor incidencia de deseos intensos "a diario o casi a diario", tanto en hombres (40,5%) como en mujeres (50%). En segundo lugar, se situó el tabaco, con un 52,4% en hombres y un 37,5% en mujeres. En contraste, para las bebidas alcohólicas, la cocaína, los tranquilizantes y los opiáceos, la mayoría de los pacientes no informaron haber presentado este tipo de comportamiento.

Tabla 4 Frecuencia de deseos intensos de consumir alguna de las sustancias psicoactivas.

Frecuencia de deseos intensos de consumir alguna de las sustancias psicoactivas (consumo en los últimos 3 meses)		Género			
		Hombre		Mujer	
		n	%	n	%
Tabaco	1 o 2 veces	1	2.4	0	.0
	A diario o casi a diario	22	52.4	3	37.5

Frecuencia de deseos intensos de consumir alguna de las sustancias psicoactivas (consumo en los últimos 3 meses)		Género			
		Hombre		Mujer	
		n	%	n	%
	Cada mes	1	2.4	0	.0
	Cada semana	6	14.3	0	.0
	No aplica	7	16.7	2	25.0
	Nunca	5	11.9	3	37.5
	Total	42	100.0	8	100.0
Bebidas alcohólicas	1 o 2 veces	10	23.8	0	.0
	A diario o casi a diario	2	4.8	0	.0
	Cada mes	7	16.7	3	37.5
	Cada semana	7	16.7	0	.0
	No aplica	12	28.6	3	37.5
	Nunca	4	9.5	2	25.0
	Total	42	100.0	8	100.0
Cannabis	A diario o casi a diario	17	40.5	4	50.0
	Cada mes	3	7.1	0	.0
	Cada semana	1	2.4	1	12.5
	No aplica	14	33.3	1	12.5
	Nunca	7	16.7	2	25.0
	Total	42	100.0	8	100.0
Cocaína	1 o 2 veces	0	.0	2	25.0
	A diario o casi a diario	7	16.7	0	.0
	Cada semana	1	2.4	1	12.5
	No aplica	27	64.3	3	37.5

Frecuencia de deseos intensos de consumir alguna de las sustancias psicoactivas (consumo en los últimos 3 meses)		Género			
		Hombre		Mujer	
		n	%	n	%
	Nunca	7	16.7	2	25.0
	Total	42	100.0	8	100.0
Tranquilizantes	1 o 2 veces	1	2.4	0	.0
	A diario o casi a diario	1	2.4	0	.0
	No aplica	36	85.7	5	62.5
	Nunca	4	9.5	3	37.5
	Total	42	100.0	8	100.0
Opiáceos	1 o 2 veces	0	.0	1	12.5
	No aplica	37	88.1	5	62.5
	Nunca	5	11.9	2	25.0
	Total	42	100.0	8	100.0

La **Tabla 4** muestra con qué frecuencia el consumo de sustancias psicoactivas generó problemas de salud, sociales, legales o económicos. En el caso del tabaco, se observó que un 28.6% de los hombres reportaron este tipo de problemas "a diario o casi a diario", mientras que la mayoría de las mujeres no reportaron inconveniente alguno. En cuanto al cannabis, el 37.5% de las mujeres indicaron experimentar este tipo de interferencia "a diario o casi a diario", a diferencia de los hombres, quienes no reportaron esta problemática. Finalmente, no se reportaron inconvenientes relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, cocaína o alucinógenos.

Tabla 5 Frecuencia con la que el consumo de sustancias psicoactivas derivó en problemas de salud, sociales, legales o económicos.

Tipo de sustancia	Frecuencia con la que el consumo de sustancias psicoactivas derivó en problemas de salud, sociales, legales o económicos	Género			
		Hombre		Mujer	
		n	%	n	%
Tabaco	1 o 2 veces	3	7.1	0	.0
	A diario o casi a diario	12	28.6	1	12.5
	Cada mes	3	7.1	0	.0
	Cada semana	4	9.5	0	.0
	No aplica	10	23.8	3	37.5
	Nunca	10	23.8	4	50.0
	Total	42	100.0	8	100.0
Bebidas alcohólicas	1 o 2 veces	7	16.7	0	.0
	A diario o casi a diario	1	2.4	0	.0
	Cada mes	5	11.9	1	12.5
	Cada semana	4	9.5	0	.0
	No aplica	17	40.5	4	50.0
	Nunca	8	19.0	3	37.5
	Total	42	100.0	8	100.0
Cannabis	1 o 2 veces	4	9.5	1	12.5
	A diario o casi a diario	12	28.6	3	37.5
	Cada mes	2	4.8	1	12.5
	Cada semana	2	4.8	1	12.5
	No aplica	14	33.3	1	12.5

Tipo de sustancia	Frecuencia con la que el consumo de sustancias psicoactivas derivó en problemas de salud, sociales, legales o económicos	Género			
		Hombre		Mujer	
		n	%	n	%
	Nunca	8	19.0	1	12.5
	Total	42	100.0	8	100.0
Cocaína	1 0 2 veces	1	2.4	0	.0
	A diario o casi a diario	3	7.1	0	.0
	Cada mes	1	2.4	0	.0
	Cada semana	1	2.4	1	12.5
	No aplica	27	64.3	4	50.0
	Nunca	9	21.4	3	37.5
	Total	42	100.0	8	100.0
Alucinógenos	1 0 2 veces	1	2.4	0	.0
	No aplica	34	81.0	5	62.5
	Nunca	7	16.7	3	37.5
	Total	42	100.0	8	100.0

La **Tabla 5** resume con qué frecuencia el consumo de sustancias psicoactivas llevó a los participantes a dejar de realizar sus actividades habituales. Es destacable que, para todas las sustancias psicoactivas especificadas, la mayoría de los adultos jóvenes no reportaron que el consumo interfiriera con sus actividades diarias.

Tabla 6 Interferencia con las actividades diarias debido al consumo de sustancias psicoactivas.

Tipo de sustancia	Interferencia con las actividades diarias debido al consumo de sustancias psicoactivas.	Grupo de edad					
		18 a 24 años		25 a 29 años		30 a 35 años	
		n	%	N	%	n	%
Tabaco	1 o 2 veces	2	12.5	1	7.7	1	4.8
	A diario o casi a diario	2	12.5	3	23.1	0	.0
	Cada mes	3	18.8	0	.0	2	9.5
	Cada semana	1	6.3	1	7.7	1	4.8
	No aplica	3	18.8	4	30.8	10	47.6
	Nunca	5	31.3	4	30.8	7	33.3
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Bebidas alcohólicas	1 o 2 veces	0	.0	1	7.7	2	9.5
	Cada mes	5	31.3	1	7.7	4	19.0
	Cada semana	1	6.3	0	.0	2	9.5
	No aplica	4	25.0	8	61.5	8	38.1
	Nunca	6	37.5	3	23.1	5	23.8
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Cannabis	1 o 2 veces	2	12.5	1	7.7	0	.0
	A diario o casi a diario	2	12.5	2	15.4	2	9.5
	Cada mes	1	6.3	2	15.4	1	4.8
	Cada semana	1	6.3	2	15.4	2	9.5
	No aplica	4	25.0	3	23.1	12	57.1
	Nunca	6	37.5	3	23.1	4	19.0

Tipo de sustancia	Interferencia con las actividades diarias debido al consumo de sustancias psicoactivas.	Grupo de edad					
		18 a 24 años		25 a 29 años		30 a 35 años	
		n	%	N	%	n	%
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Cocaína	1 o 2 veces	0	.0	0	.0	1	4.8
	A diario o casi a diario	2	12.5	1	7.7	0	.0
	Cada mes	1	6.3	0	.0	0	.0
	Cada semana	1	6.3	1	7.7	0	.0
	No aplica	7	43.8	9	69.2	14	66.7
	Nunca	5	31.3	2	15.4	6	28.6
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Alucinógenos	1 o 2 veces	1	6.3	0	.0	0	.0
	No aplica	11	68.8	11	84.6	18	85.7
	Nunca	4	25.0	2	15.4	3	14.3
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0

Como se observa en la **Tabla 6**, la preocupación expresada por familiares o amigos acerca del consumo de sustancias tuvo un impacto significativo en la respuesta de los participantes. Tanto en hombres como en mujeres que consumían tabaco, bebidas alcohólicas o cannabis, se observó una respuesta familiar positiva hacia la búsqueda de tratamiento o seguimiento para el consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 7 Preocupación del círculo social cercano con respecto al consumo de sustancias psicoactivas.

Tipo de sustancia	Preocupación del círculo social cercano con respecto al consumo de sustancias psicoactivas	Género			
		Hombre		Mujer	
		n	%	N	%
Tabaco	No aplica	12	28.6	1	12.5
	No, nunca	5	11.9	2	25.0
	Si, en los últimos 3 meses	18	42.9	3	37.5
	Si, pero no en los últimos 3 meses	7	16.7	2	25.0
	Total	42	100.0	8	100.0
Bebidas alcohólicas	No aplica	14	33.3	3	37.5
	No, nunca	5	11.9	2	25.0
	Si, en los últimos 3 meses	16	38.1	2	25.0
	Si, pero no en los últimos 3 meses	7	16.7	1	12.5
	Total	42	100.0	8	100.0
Cannabis	No aplica	14	33.3	0	.0
	No, nunca	6	14.3	1	12.5
	Si, en los últimos 3 meses	17	40.5	5	62.5
	Si, pero no en los últimos 3 meses	5	11.9	2	25.0
	Total	42	100.0	8	100.0
Cocaína	No aplica	25	59.5	3	37.5
	No, nunca	7	16.7	1	12.5

Tipo de sustancia	Preocupación del círculo social cercano con respecto al consumo de sustancias psicoactivas	Género			
		Hombre		Mujer	
		n	%	N	%
	Si, en los últimos 3 meses	7	16.7	2	25.0
	Si, pero no en los últimos 3 meses	3	7.1	2	25.0
	Total	42	100.0	8	100.0
Inhalantes	No aplica	35	83.3	4	50.0
	No, nunca	5	11.9	2	25.0
	Si, en los últimos 3 meses	0	.0	2	25.0
	Si, pero no en los últimos 3 meses	2	4.8	0	.0
	Total	42	100.0	8	100.0
Tranquilizantes	No aplica	35	83.3	5	62.5
	No Nunca	6	14.3	3	37.5
	Si, pero no en los últimos 3 meses	1	2.4	0	.0
	Total	42	100.0	8	100.0
Alucinógenos	No aplica	35	83.3	5	62.5
	No Nunca	6	14.3	3	37.5
	Si en los últimos 3 meses	1	2.4	0	.0
	Total	42	100.0	8	100.0

Finalmente, se preguntó a los participantes si alguna vez habían intentado controlar, reducir o abandonar el consumo de alguna sustancia psicoactiva. Como se muestra en

la **Tabla 7**, la mayoría de los adultos jóvenes respondieron afirmativamente en el caso del alcohol, el tabaco y el cannabis, con una frecuencia superior al 30%. En contraste, para las demás sustancias, no se documentó este tipo de intención.

Tabla 8 Intento de control o reducción de consumo de sustancias según grupo de edad

Tipo de sustancia	Intento de control o reducción de consumo de sustancias según grupo de edad	Grupo de edad					
		18 a 24 años		25 a 29 años		30 a 35 años	
		n	%	n	%	n	%
Tabaco	No aplica	3	18.8	1	7.7	5	23.8
	No, nunca	1	6.3	2	15.4	4	19.0
	Si, en los últimos 3 meses	7	43.8	6	46.2	8	38.1
	Si, pero no en los últimos 3 meses	5	31.3	4	30.8	4	19.0
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Bebidas alcohólicas	No aplica	3	18.8	7	53.8	4	19.0
	No, nunca	4	25.0	1	7.7	5	23.8
	Si, en los últimos 3 meses	5	31.3	4	30.8	8	38.1
	Si, pero no en los últimos 3 meses	4	25.0	1	7.7	4	19.0
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Cannabis	No aplica	5	31.3	2	15.4	8	38.1
	No, nunca	2	12.5	1	7.7	5	23.8

Tipo de sustancia	Intento de control o reducción de consumo de sustancias según grupo de edad	Grupo de edad					
		18 a 24 años		25 a 29 años		30 a 35 años	
		n	%	n	%	n	%
	Si, en los últimos 3 meses	7	43.8	8	61.5	4	19.0
	Si, pero no en los últimos 3 meses	2	12.5	2	15.4	4	19.0
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Cocaína	No aplica	6	37.5	9	69.2	12	57.1
	No, nunca	5	31.3	0	.0	4	19.0
	Si, en los últimos 3 meses	2	12.5	3	23.1	4	19.0
	Si, pero no en los últimos 3 meses	3	18.8	1	7.7	1	4.8
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Anfetaminas	No aplica	12	75.0	11	84.6	18	85.7
	No, nunca	3	18.8	2	15.4	3	14.3
	Si, en los últimos 3 meses	1	6.3	0	.0	0	.0
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Tranquilizantes	No aplica	12	75.0	11	84.6	17	81.0
	No, nunca	3	18.8	2	15.4	4	19.0
	Si, pero no en los últimos 3 meses	1	6.3	0	.0	0	.0
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Alucinógenos	No aplica	11	68.8	12	92.3	18	85.7

Tipo de sustancia	Intento de control o reducción de consumo de sustancias según grupo de edad	Grupo de edad					
		18 a 24 años		25 a 29 años		30 a 35 años	
		n	%	n	%	n	%
	No, nunca	3	18.8	1	7.7	3	14.3
	Si, en los últimos 3 meses	1	6.3	0	.0	0	.0
	Si, pero no en los últimos 3 meses	1	6.3	0	.0	0	.0
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0
Inhalantes	No aplica	11	68.8	11	84.6	17	81.0
	No, nunca	3	18.8	1	7.7	3	14.3
	Si, en los últimos 3 meses	1	6.3	0	.0	0	.0
	Si, pero no en los últimos 3 meses	1	6.3	1	7.7	1	4.8
	Total	16	100.0	13	100.0	21	100.0

9.2. ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES

Los resultados de la encuesta WHO-QoL BREF revelaron que los adultos jóvenes, a pesar del diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias, reportaron las puntuaciones más altas en los dominios "Físico" y "Ambiente", con promedios de 82.88 (DS: 18.5) y 93.4 (DS: 18.4) respectivamente como se observa en la **Figura 4** y la **Tabla 8**. Lo anterior, sugiere que estos aspectos de la calidad de vida se mantienen relativamente preservados. En contraste, el dominio "Social" presentó las puntuaciones

medias (29.4) y medianas (28) más bajas, indicando que esta área representa un desafío significativo para los jóvenes con trastornos por consumo de sustancias.

Es importante destacar la considerable variabilidad en las puntuaciones de todos los dominios, evidenciada por las desviaciones estándar. Esto resalta que el impacto de los trastornos por consumo de sustancias en la calidad de vida es heterogéneo y puede variar significativamente entre individuos.

Figura 4. Diagrama de cajas y bigotes para la distribución de puntajes entre dominios de calidad de vida según la encuesta WHO-QoL BREF

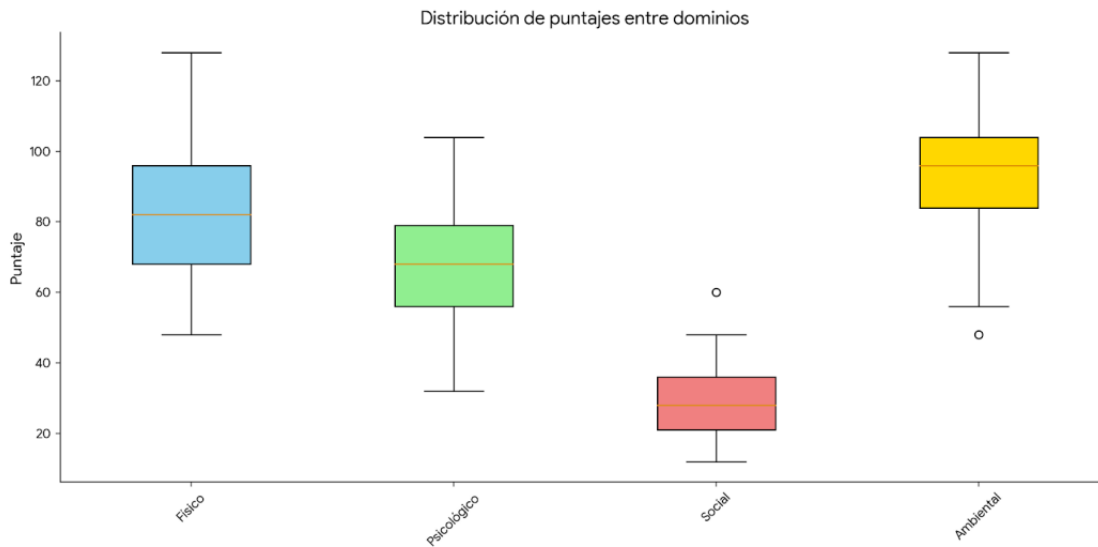


Tabla 9 Estadística descriptiva del resultado de la aplicación de la encuesta WHO-QoL BREF.

Dominio	Promedio	Mediana	DS	Min	Max
Físico	82.88	82	18.57	48	128
Psicológico	67.44	68	16.64	32	104
Social	29.04	28	10.50	12	60
Ambiente	93.44	96	18.48	48	128
Total	272.8	270	49.47	180	372

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de componentes principales para explorar la variabilidad en los cuatro dominios de la calidad de vida, medidos a través de la encuesta WHO-QoL BREF, entre las diferentes categorías demográficas y socioeconómicas de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias.

En línea con este análisis, la **Tabla 9** muestra las principales variables que contribuyen a cada dominio del cuestionario según lo determinado por el análisis de bosque aleatorio. Las variables se clasifican en función de sus puntuaciones de importancia calculadas durante el análisis, donde las puntuaciones más altas indican una mayor importancia en la predicción de los resultados del dominio respectivo.

Tabla 10 Análisis de bosque aleatorio para determinar las principales variables del análisis.

Dimensión	Variable	IncNodePurity*
Social	Satisfacción con sus relaciones personales	12,317096
	Satisfacción con su vida sexual	5,274297
	Problemas de salud por consumo de bebidas alcohólicas	2,139255
	Edad	1,456669

Dimensión	Variable	IncNodePurity*
	Problemas de salud por consumo de tabaco	0,9630407
Ambiente	Problemas de salud por consumo cannabis	3,722318
	Educación	2,994497
	Satisfacción medio de transporte	2,523816
	Edad	1,398693
	Interés familiar por consumo de tabaco	1,392641
Salud física	Interés familiar por consumo de tabaco	5,775993
	Reducción de consumo de tabaco	3,860686
	Satisfacción del lugar donde vive	1,975473
	Localidad	1,565311
	Satisfacción medio de transporte	1,329338
Psicológica	Interferencia en las actividades de la vida diaria por consumo de tabaco	4,765024
	Frecuencia de consumo de cocaína	2,85035
	Satisfacción medio de transporte	2,304212
	Frecuencia de sentimientos negativos	1,589449
	Edad	1,564861

* IncNodePurity is the total decrease in node impurities, measured.

La **Tabla 10** es el resultado de un análisis de componentes principales (ACP) en el que se comparan las puntuaciones medias en los cuatro ámbitos (ambiente, relaciones psicológicas, físicas y sociales) a través de diversas categorías demográficas y socioeconómicas.

Tabla 11. Comparación de las puntuaciones medias en cuatro dominios según sexo, edad, años de educación, estado civil, tipo de empleo, nivel de ingresos, antecedentes laborales, existencia de enfermedades crónicas y residencia local.

Variable	Categoría	Dominios			
		Ambiente	Psicológico	Físico	Relaciones sociales
Edad	18-24 años	2.88 ± 0.46	3.07 ± 0.48	2.86 ± 0.48	2.36 ± 0.96
	25-29 años	2.74 ± 0.60	2.95 ± 0.66	3.04 ± 0.41	2.18 ± 0.85
	30-35 años	3.08 ± 0.64	3.23 ± 0.56	3.12 ± 0.56	2.48 ± 0.77
Sexo	Hombre	2.96 ± 0.59	3.16 ± 0.58	3.06 ± 0.51	2.40 ± 0.89
	Mujer	2.72 ± 0.49	2.81 ± 0.59	2.80 ± 0.39	2.54 ± 0.83
Estrato socioeconómico	1	2.88 ± 0.70	3.09 ± 0.64	3.19 ± 0.53	2.29 ± 0.93
	2	2.95 ± 0.49	3.10 ± 0.58	2.92 ± 0.40	2.51 ± 0.86
	3	3.00 ± 0.25	3.22 ± 0.35	2.43 ± 0.38	2.67 ± 0.58
Estado civil	Soltero	2.93 ± 0.57	3.11 ± 0.59	3.06 ± 0.48	2.39 ± 0.88
	Unión libre	2.81 ± 0.64	3.08 ± 0.66	2.69 ± 0.55	2.67 ± 0.87
Nivel educativo	Bachillerato	2.93 ± 0.56	3.25 ± 0.51	3.04 ± 0.50	2.45 ± 0.79
	Técnico	2.92 ± 0.73	2.60 ± 0.95	2.69 ± 0.48	2.07 ± 0.95
	Primaria	2.67 ± 0.68	2.73 ± 0.25	3.23 ± 0.34	1.87 ± 1.10
	Universitario	2.88 ± 0.18	2.58 ± 0.82	2.57 ± 0.20	3.83 ± 0.24
	Ninguno	3.75 ± nan	3.17 ± nan	3.57 ± nan	3.00 ± nan
Religión	Si	2.92 ± 0.67	3.23 ± 0.53	2.97 ± 0.47	2.42 ± 0.71
	No	2.92 ± 0.54	3.04 ± 0.62	3.04 ± 0.51	2.42 ± 0.95
Situación laboral	Sin empleo, NO busco trabajo	2.91 ± 0.60	3.25 ± 0.50	2.76 ± 0.33	2.49 ± 1.05

Variable	Categoría	Dominios			
		Ambiente	Psicológico	Físico	Relaciones sociales
	Empleado/a, trabajo 40 horas a la semana o más	3.06 ± 0.59	3.04 ± 0.82	2.98 ± 0.59	2.38 ± 0.87
	Sin empleo, busco trabajo	2.84 ± 0.61	3.01 ± 0.51	3.29 ± 0.45	2.44 ± 0.73
	Empleado/a, trabajo entre 1 y 39 horas a la semana	2.75 ± 0.40	3.08 ± 0.32	3.25 ± 0.36	2.17 ± 0.88
Localidad	Tunjuelito	3.00 ± 0.30	3.46 ± 0.44	2.82 ± 0.49	2.62 ± 0.58
	Ciudad Bolívar	2.92 ± 0.66	3.05 ± 0.65	3.03 ± 0.56	2.25 ± 0.85
	Usme	2.88 ± 0.59	2.99 ± 0.54	3.11 ± 0.40	2.60 ± 1.03
	Sumapaz	3.00 ± nan	3.33 ± nan	2.86 ± nan	2.00 ± nan
Antecedente de Diabetes mellitus	No	2.92 ± 0.58	3.10 ± 0.59	3.02 ± 0.49	2.42 ± 0.87
Antecedente de Epilepsia	No	2.93 ± 0.57	3.12 ± 0.58	3.01 ± 0.49	2.40 ± 0.87
	Si	2.78 ± 0.70	2.88 ± 0.76	3.14 ± 0.56	2.67 ± 0.98
Antecedente de trastorno neurológico	No	2.94 ± 0.55	3.10 ± 0.60	3.00 ± 0.49	2.44 ± 0.90
	Si	2.80 ± 0.73	3.12 ± 0.58	3.12 ± 0.53	2.33 ± 0.78
Otra enfermedad	No	2.97 ± 0.54	3.06 ± 0.62	3.00 ± 0.52	2.53 ± 0.88
	Si	2.82 ± 0.66	3.20 ± 0.53	3.05 ± 0.45	2.19 ± 0.85
Tabaco	Si	2.93 ± 0.55	3.13 ± 0.58	3.02 ± 0.45	2.43 ± 0.90
	No	2.78 ± 0.96	2.79 ± 0.77	2.96 ± 1.01	2.33 ± 0.47
Bebidas alcohólicas	Si	2.95 ± 0.58	3.12 ± 0.61	3.04 ± 0.51	2.43 ± 0.87

Variable	Categoría	Dominios			
		Ambiente	Psicológico	Físico	Relaciones sociales
	No	2.59 ± 0.49	2.92 ± 0.40	2.75 ± 0.24	2.25 ± 1.10

A continuación, se presenta el análisis por variables demográficas:

El bienestar psicológico fue generalmente fuerte: en casi todos los grupos demográficos, el bienestar psicológico recibe sistemáticamente las puntuaciones medias más altas. Esto sugiere que, a pesar de enfrentarse a trastornos por consumo de sustancias, esta población suele mantener un estado psicológico relativamente bueno.

Las relaciones sociales son un reto común: El ámbito de las relaciones sociales recibe sistemáticamente la puntuación más baja en casi todos los grupos. Esto pone de relieve un área significativa de dificultad para estos individuos, potencialmente debido a la naturaleza aislante del consumo de sustancias o al estigma asociado.

De manera particular, se pueden realizar las siguientes inferencias:

Edad: los individuos de 18-24 y 30-35 años declararon una percepción más positiva de su bienestar psicológico en comparación con otros ámbitos. En cambio, la salud física fue más relevante para los de 25-29 años.

Género: tanto los hombres como las mujeres obtuvieron las puntuaciones más altas en el ámbito psicológico. Sin embargo, los hombres declararon niveles ligeramente superiores de bienestar psicológico percibido en comparación con las mujeres.

Estrato socioeconómico: el bienestar psicológico fue el ámbito más relevante para los individuos de los estratos socioeconómicos 2 y 3. Por el contrario, los del estrato 1 informaron de una percepción más positiva de su salud física.

Estado civil: el bienestar psicológico fue un factor significativo en la calidad de vida tanto de las personas solteras como de las que cohabitaban.

Nivel educativo: las relaciones sociales eran más relevantes para quienes tenían estudios universitarios. Las personas sin educación formal ni formación técnica daban prioridad al ámbito medioambiental. Los que tenían un título de enseñanza secundaria daban más importancia al bienestar psicológico.

Creencias: el bienestar físico era el ámbito más relevante para las personas que no declaraban tener creencias religiosas. En cambio, los que tenían creencias religiosas hacían mayor hincapié en el ámbito psicológico.

Finalmente, la relación entre la situación laboral y los ámbitos de la calidad de vida reveló una variabilidad considerable. Las personas empleadas daban prioridad al bienestar físico y medioambiental. Curiosamente, los desempleados que no buscaban empleo activamente seguían dando importancia al ámbito psicológico. Para los que buscaban empleo activamente, el bienestar físico era el más importante.

9.3. ÁRBOL DE DECISIÓN

La realización del análisis del árbol de decisión tuvo como objetivo clasificar a los individuos del estudio en dos grupos, aquellos con una calidad de vida "alta" (clase 0) y aquellos con una calidad de vida "baja" (clase 1). Esto estuvo determinado por las respuestas al cuestionario WHOQOL-BREF. Se construyó un modelo de árbol de decisión utilizando una muestra de 50 individuos.

El árbol comienza con un "nodo raíz" que representa a toda la muestra. Cada nodo contiene un criterio de división basado en una variable específica. La impureza de Gini (que mide la eficacia de la división para separar las clases), el número de muestras en el nodo y la clase mayoritaria (la clasificación más común dentro del nodo). El árbol se

ramifica en cada nodo según la respuesta al criterio de división. Una respuesta afirmativa conduce a la rama izquierda, mientras que una negativa dirige a la rama derecha. Este proceso continúa hasta alcanzar un nodo hoja, que representa la clasificación final de calidad de vida ("alta" o "baja").

Como se muestra en la **Figura 5** la primera división se basa en la variable "¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?". El valor umbral de 0,375 sugiere que los adultos jóvenes que reportan menor seguridad en su vida diaria tienden a tener una menor calidad de vida. Esta variable parece ser un indicador crucial del bienestar general, reflejando posiblemente preocupaciones sobre seguridad, estabilidad o seguridad personal.

Las divisiones posteriores incluyen variables relacionadas con la satisfacción con la salud ("¿Cuán satisfecho/a está con su salud?"), la autoestima ("¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo/a?"), las oportunidades de realizar actividades de ocio ("¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?") y el disfrute de la vida ("¿Cuánto disfruta de la vida?"). Estas variables se alinean con los distintos dominios del WHOQOL-BREF (físico, psicológico, social y ambiental), destacando la naturaleza multidimensional de la calidad de vida.

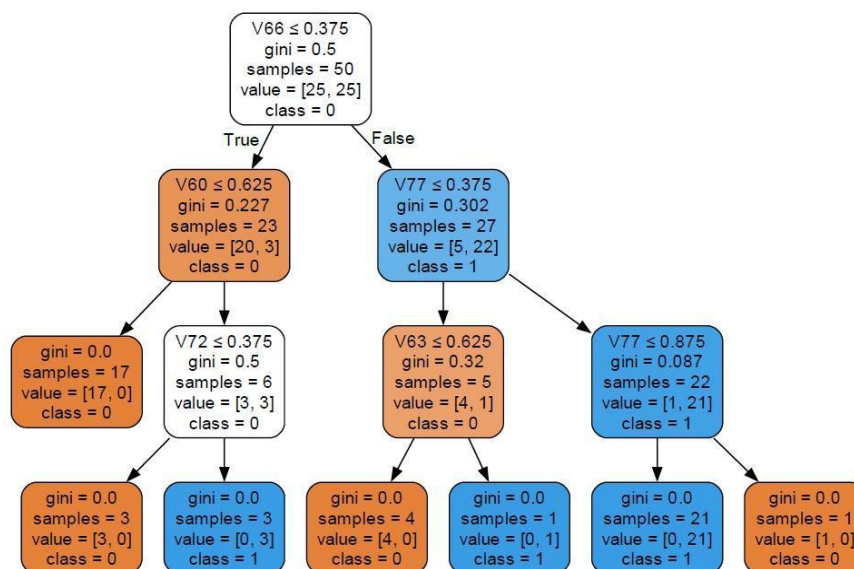
Los nodos hoja representan las clasificaciones finales. Por ejemplo, el nodo hoja más a la izquierda indica que los individuos con baja puntuación en seguridad, alta puntuación en satisfacción con la salud y baja puntuación en oportunidades de ocio tienen una alta probabilidad de ser clasificados con una calidad de vida "alta". Esto sugiere una interacción compleja entre diversos factores que influyen en el bienestar general.

Por medio de este árbol de decisión se pretende identificar varias variables clave como predictores importantes de la calidad de vida en adultos jóvenes con trastornos por consumo de sustancias, proporcionando información sobre posibles áreas de

intervención. Por ejemplo, se podrían priorizar intervenciones centradas en aumentar la sensación de seguridad, mejorar el acceso a actividades de ocio y abordar el bienestar psicológico (potencialmente vinculado a la autoestima) para mejorar la calidad de vida general de esta población.

Es importante reconocer las limitaciones de este análisis. La interpretación de variables específicas se ve limitada por la falta de detalles precisos sobre las preguntas correspondientes en el WHOQOL-BREF. Además, la generalización de este modelo de árbol de decisión es limitada debido a su dependencia de una muestra específica, que puede no ser representativa de todos los jóvenes con trastornos por consumo de sustancias. Se necesitan más investigaciones con muestras más amplias y diversas para validar y ampliar estos hallazgos.

Figura 5. Árbol de decisión de calidad de vida.



Nombres de las variables:

- "¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?" - V66

- "¿Cuán satisfecho/a está con su salud?" . V60
- "¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo/a?" - V77
- "¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?" - V63.

10. DISCUSIÓN

Este estudio proporciona información valiosa sobre las características sociodemográficas y de salud de las personas de entre 18 y 35 años diagnosticadas con trastornos por consumo de sustancias, destacando el impacto perjudicial del consumo de sustancias en su calidad de vida. Nuestros hallazgos coinciden con investigaciones previas que indican una disminución en la calidad de vida entre las personas con trastornos por consumo de sustancias. Esto subraya las importantes implicaciones para la salud pública que tienen los trastornos por consumo de sustancias, enfatizando la necesidad de intervenciones y políticas efectivas para abordar esta creciente preocupación.

- **Perfil Sociodemográfico**

En el estudio de Lara et al., 2019 se descubrió que la calidad de vida de los consumidores de SPA está significativamente influenciada por varios factores, incluidos el nivel socioeconómico, la educación y el empleo. Según el estudio actual, la mayoría de los participantes eran hombres jóvenes de estratos socioeconómicos bajos con una edad promedio de 27,4 años, lo que confirma que estas variables están estrechamente ligadas a los resultados de calidad de vida.

- **Caracterización del consumo de sustancias psicoactivas (SPA)**

El patrón de consumo de SPA observado en nuestro estudio coincide con las tendencias reportadas en el estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. 2022 (58). Ambas investigaciones identifican al alcohol como la sustancia legal más

consumida, seguida por la marihuana y la cocaína como las sustancias ilegales más prevalentes.

Asimismo, encontramos que el consumo problemático se concentra en individuos entre 25 y 34 años, particularmente en los estratos 1 y 2, lo cual es consistente con el estudio de 2022.

En nuestra muestra, la marihuana y el tabaco fueron las sustancias que con mayor frecuencia generaron problemas de salud, sociales, legales o económicos, aunque la prevalencia general de interferencia con las actividades diarias fue baja.

Adicionalmente, los resultados de esta investigación coinciden con lo reportado en el estudio: las drogas como un problema social y educativo 2017 (58), donde demuestran que el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) no solo afecta a la persona que las consume, sino que también afecta a las personas que las rodean. Ambos estudios muestran que el consumo de sustancias preocupa al círculo social cercano; en este estudio, se encontró que los consumidores de tabaco, marihuana y alcohol tienen una mayor prevalencia.

El uso de SPA tiene un impacto en las relaciones con el entorno, la familia y el trabajo, así como en el proceso de aprendizaje, especialmente en los jóvenes y adolescentes. Las drogas también aumentan el riesgo de sufrir cualquier enfermedad o accidente. Nuestros resultados refuerzan la importancia de abordar el consumo de SPA desde una perspectiva integral que involucre no solo al individuo, sino también a su red de apoyo social.

- **El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y la calidad de vida**

Nuestros hallazgos coinciden con investigaciones previas que evidencian el impacto negativo del consumo de SPA en la calidad de vida. Al igual que en el estudio realizado

por Bernardes LFA, et al, que comparó la calidad de vida entre drogodependientes, cuidadores y controles sanos, encontramos que las dimensiones más afectadas en nuestra muestra fueron "Relaciones Sociales (satisfacción con las relaciones personales y satisfacción con su vida sexual)" y "Salud Psicológica (Interferencia en las actividades de la vida diaria por consumo de tabaco y preocupación por frecuencia de consumo de cocaína)"(59).

Estas bajas puntuaciones reflejan las dificultades significativas que enfrentan los consumidores de SPA en sus relaciones interpersonales, apoyo social y bienestar psicológico. Si bien las dimensiones de "Salud Física" y "Ambiente" mostraron puntuaciones relativamente altas, indicando áreas menos afectadas, es crucial considerar que dicho estudio encontró un impacto negativo en todos los dominios de la calidad de vida, excepto en el ambiental. Esto sugiere que, si bien la salud física y el entorno pueden no verse tan afectados en las etapas iniciales del consumo, el deterioro en las relaciones sociales y la salud psicológica podría tener consecuencias a largo plazo en otras áreas de la vida.

- **Políticas Públicas**

La Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas en el país establece dos enfoques principales: el desarrollo humano basado en derechos y la salud pública (23). El primero constituye la piedra angular de un estado de derechos sociales, mientras que el segundo se refiere, en parte, a factores relacionados con el uso de sustancias psicoactivas que impactan en el bienestar de las personas y el desarrollo de sus familias, comunidades y vidas individuales.

Si bien esta política se fundamenta en los principios de derechos humanos y salud pública, nuestros hallazgos evidencian la importancia de integrar servicios de salud mental con programas de prevención y tratamiento del abuso de SPA. En particular, es crucial considerar las características sociodemográficas y clínicas de la población

afectada, como la alta prevalencia de hombres jóvenes de estratos socioeconómicos bajos con dificultades en las áreas de relaciones sociales y salud psicológica.

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Nuestro estudio revela una necesidad crítica de intervenciones integrales para mejorar tanto el acceso a la atención sanitaria como los resultados para las personas de Bogotá con trastornos por consumo de sustancias. Nuestros hallazgos destacan dos áreas clave que requieren atención inmediata: abordar las necesidades de salud física de las personas desempleadas y con enfermedades crónicas, y promover el bienestar psicosocial de las personas de entornos socioeconómicos más bajos.

Mejorar la salud física de los desempleados y los enfermos crónicos requiere un planteamiento múltiple. Lo primero y más importante es el acceso a servicios sanitarios asequibles y accesibles. En el trabajo de campo se evidenció que es necesario ampliar los servicios de telesalud para superar las barreras geográficas y dentro de las posibilidades explorar el establecimiento de clínicas móviles para llegar a las poblaciones desatendidas y de esta manera mejorar la cobertura de atención en salud mental. Los servicios de salud deben adaptarse a las necesidades específicas de las personas con trastornos por consumo de sustancias y prestarse con sensibilidad y competencia cultural. Si bien la población abordada no tenía condiciones crónicas, es relevante mantener un control en esta población mediante exámenes médicos periódicos y desarrollo de programas de detección precoz de enfermedades crónicas que permitan mejorar la salud a largo plazo.

Adicionalmente, es de suma importancia mejorar el acceso a programas de rehabilitación física. Estos programas deberían integrar fisioterapia, regímenes de ejercicio adaptados

y asesoramiento nutricional personalizado para abordar las necesidades específicas de las personas que se recuperan de trastornos por consumo de sustancias. Teniendo en cuenta los posibles obstáculos económicos, las iniciativas comunitarias que ofrecen acceso gratuito o subvencionado a estos programas son cruciales. El apoyo nutricional es primordial, y los profesionales cualificados deben proporcionar orientación y recursos. En casos de dificultades económicas, las asociaciones con bancos de alimentos o programas de asistencia locales pueden garantizar una nutrición adecuada.

Además, nuestra investigación destaca la necesidad crítica de reforzar el bienestar psicosocial de las personas de entornos socioeconómicos más bajos. Es esencial ampliar el acceso a los servicios de salud mental, incluidos el asesoramiento, la terapia y los grupos de apoyo. Estos servicios deben adaptarse a las necesidades específicas de las personas con trastornos por consumo de sustancias, lo que requiere una formación especializada de los profesionales sanitarios.

Fortalecer las redes de apoyo social es igualmente vital. Facilitar la creación de grupos de apoyo y redes de iguales puede proporcionar un apoyo emocional y social inestimable. La integración de estos grupos en las comunidades puede fomentar un sentimiento de pertenencia y combatir el aislamiento social.

El acceso a la formación laboral y a las oportunidades de empleo es crucial para capacitar a las personas en recuperación. Las empresas locales pueden desempeñar un papel fundamental creando puestos de trabajo específicos para personas con trastornos por consumo de sustancias. Además, garantizar el acceso a la educación a todos los niveles puede dotar a las personas de las habilidades y los conocimientos necesarios para el éxito a largo plazo.

Las iniciativas basadas en la comunidad, como los programas de voluntariado, los proyectos de mejora de la comunidad y los eventos locales, pueden fomentar un sentido de propósito y pertenencia. Fomentar el compromiso cívico favorece la integración social y el crecimiento personal. Los enfoques holísticos, como la terapia artística, la musicoterapia, la jardinería, la terapia asistida por animales y las artes creativas, pueden influir positivamente en el bienestar general.

El asesoramiento familiar y relacional es esencial para reconstruir relaciones sanas y crear un entorno de apoyo en el hogar. Proporcionar recursos y talleres sobre comunicación eficaz y resolución de conflictos puede ayudar a las familias a superar juntas los retos de la recuperación.

El acceso a una vivienda segura y estable es fundamental. Desarrollar programas de vivienda asequible para personas que se recuperan de trastornos por consumo de sustancias o proporcionar opciones de vivienda de transición para quienes se encuentran en situación de desempleo o sin hogar puede sentar las bases de una recuperación duradera.

Los programas de reducción del estrés, como el entrenamiento en atención plena, el yoga y las técnicas de relajación, pueden dotar a las personas de mecanismos de afrontamiento para controlar el estrés y prevenir las recaídas. Los talleres y seminarios sobre gestión del estrés y estrategias de afrontamiento pueden proporcionar herramientas valiosas para el bienestar a largo plazo.

Por último, es fundamental garantizar el acceso a asistencia jurídica y financiera, especialmente en cuestiones relacionadas con el empleo, la vivienda y el consumo de sustancias. Este apoyo puede capacitar a las personas para gestionar sus deudas, mejorar sus conocimientos financieros y hacer frente a los problemas legales con eficacia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barati M, Bandehelahi K, Nopasandasil T, Jormand H, Keshavarzi A. Quality of life and its related factors in women with substance use disorders referring to substance abuse treatment centers. *BMC Womens Health* [Internet]. 6 de enero de 2021 [citado 24 de noviembre de 2023];21:16. Doi: 10.1186/s12905-020-01155-7
2. Abuso de sustancias - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
3. World Drug Report 2021. Disponible en: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html
4. Observatorio de drogas de Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia – 2019 [Internet]. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Publicaciones-1/Consumo/Estudios/Estudio%20Nacional%20de%20Consumo%20de%20Sustancias%20Psicoactivas%20Colombia%202019.pdf>
5. Crime UNO on D and. World Drug Report 2023 [Internet]. United Nations; 2023 [citado 22 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210028233>
6. Pasareanu AR, Opsal A, Vederhus JK, Kristensen Ø, Clausen T. Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 14 de marzo de 2015 [citado 24 de noviembre de 2023];13:35. Disponible en: doi: 10.1186/s12955-015-0231-7
7. Armoon B, Fleury MJ, Bayat AH, Bayani A, Mohammadi R, Griffiths MD. Quality of life and its correlated factors among patients with substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Arch Public Health* [Internet]. 4 de agosto de 2022 [citado 5 de julio de 2024];80(1):179. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00940-0>
8. Bratu ML, Sandesc D, Anghel T, Tudor R, Shaaban L, Ali A, et al. Evaluating the Aspects of Quality of Life in Individuals with Substance Use Disorder: A Systematic Review Based on the WHOQOL Questionnaire. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 28 de diciembre de 2023 [citado 5 de mayo de 2024];16:4265-78. Disponible en: doi: 10.2147/JMDH.S440764
9. McCarthy NL, Baggs J, See I, Reddy SC, Jernigan JA, Gokhale RH, et al. Bacterial Infections Associated With Substance Use Disorders, Large Cohort of United States Hospitals, 2012–2017. *Clin Infect Dis* [Internet]. 23 de octubre de 2020 [citado 6 de julio de 2024];71(7):e37-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa008>
10. Vold JH, Aas C, Leiva RA, Vickerman P, Chalabianloo F, Løberg EM, et al. Integrated care of severe infectious diseases to people with substance use disorders; a systematic review. *BMC Infect Dis* [Internet]. 4 de abril de 2019 [citado 6 de julio de 2024];19(1):306. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3918-2>
11. Gan WQ, Buxton JA, Scheuermeyer FX, Palis H, Zhao B, Desai R, et al. Risk of cardiovascular diseases in relation to substance use disorders. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 6

de julio de 2024]; 229:109132. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037687162100627X>

12. Wei Y, Shah R. Substance Use Disorder in the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review of Vulnerabilities and Complications. *Pharmaceuticals* [Internet]. julio de 2020 [citado 6 de julio de 2024];13(7):155. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1424-8247/13/7/155>
13. Tarekegn GE, Nenko G, Tilahun SY, Kassew T, Demilew D, Oumer M, et al. Quality of life and associated factors among the youth with substance use in Northwest Ethiopia: Using structural equation modeling. *PLoS ONE* [Internet]. 20 de septiembre de 2022 [citado 4 de mayo de 2024];17(9):e0274768. Disponible en: doi: 10.1371/journal.pone.0274768
14. Vorspan F, Mehtelli W, Dupuy G, Bloch V, Lépine JP. Anxiety and Substance Use Disorders: Co-occurrence and Clinical Issues. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 24 de enero de 2015 [citado 5 de julio de 2024];17(2):4. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0544-y>
15. Poudel A, Gautam S. Age of onset of substance use and psychosocial problems among individuals with substance use disorders. *BMC Psychiatry* [Internet]. 11 de enero de 2017 [citado 6 de julio de 2024];17(1):10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1191-0>
16. Lim D, Lee WK, Park H. Disability-adjusted Life Years (DALYs) for Mental and Substance Use Disorders in the Korean Burden of Disease Study 2012. *J Korean Med Sci* [Internet]. noviembre de 2016 [citado 24 de noviembre de 2023];31(Suppl 2):S191-9. Disponible en: doi: 10.3346/jkms.2016.31.S2.S191
17. Wu LT, Zhu H, Ghitza UE. Multicomorbidity of chronic diseases and substance use disorders and their association with hospitalization: Results from electronic health records data*. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 1 de noviembre de 2018 [citado 14 de septiembre de 2023];192:316-23. Disponible en: doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.08.013
18. Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud, ODC. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013 [Internet]. [citado 7 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
19. Moran M. La Agenda para el Desarrollo Sostenible [Internet]. *Desarrollo Sostenible*. [citado 6 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>
20. XXIII Seminario Iberoamericano sobre Drogas y Cooperación: «Drogas, adicciones y sociedad civil en un contexto de Pandemia» [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://riod.org/wp-content/uploads/2021/08/Políticas-de-Drogas-y-ODS_VF.pdf
21. Resolución 089 de 2019. Ministerio de Salud y la Protección Social. *resolucion-089-de-2019.pdf* [Internet]. [citado 6 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-089-de-2019.pdf>
22. Ley 1566 de 2012 - Gestor Normativo [Internet]. [citado 6 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=48678>
23. Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas [Internet]. [citado 6 de julio de 2024]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-prevencion-atencion-spa.pdf>

24. Acuerdo 761 de 2020 Concejo de Bogotá, D.C. [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=93649>
25. Volkow ND. Personalizing the Treatment of Substance Use Disorders. *Am J Psychiatry* [Internet]. febrero de 2020 [citado 6 de julio de 2024];177(2):113-6. Disponible en: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2019.19121284>
26. Rosenthal A, Ebrahimi C, Wedemeyer F, Romanczuk-Seifert N, Beck A. The Treatment of Substance Use Disorders: Recent Developments and New Perspectives. *Neuropsychobiology* [Internet]. 20 de junio de 2022 [citado 25 de noviembre de 2023];81(5):451-72. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000525268>
27. Blanco C, Iza M, Rodríguez-Fernández JM, Baca-García E, Wang S, Olfson M. Probability and predictors of treatment-seeking for substance use disorders in the U.S. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 1 de abril de 2015 [citado 6 de julio de 2024];149:136-44. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871615000514>
28. Crapanzano KA, Hammarlund R, Ahmad B, Hunsinger N, Kullar R. The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Subst Abuse Rehabil* [Internet]. 27 de diciembre de 2018 [citado 6 de julio de 2024];10:1-12. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2147/SAR.S183252>
29. Tirado-Otálvaro A, Álvarez-Gómez M, Velásquez-Tirado J, Lugo L, Giraldo-Ferrer L, Suárez-Bermudez A, et al. Quality of life of heroin dependent patients from a drug dependence attention center of Medellín (Colombia). *Investig Educ En Enferm* [Internet]. 11 de abril de 2012 [citado 22 de noviembre de 2023];30(1). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/8550>
30. Moreira T de C, Figueiró LR, Fernandes S, Justo FM, Dias IR, Barros HMT, et al. Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. julio de 2013 [citado 27 de septiembre de 2023];18:1953-62. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/whwXLN5HzJSzqVxK5vHTWqJ/?lang=en>
31. Ministerio de Justicia, Ministerio de Educación. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas [Internet]. [citado 6 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Estudio%20nacional%20escolares.pdf>
32. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. D.C., UNODC, OEA. Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C 2016 [Internet]. [citado 6 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2017/Marzo/Estudio_de_consumo_de_sustancias_psicoactivas_2016.pdf
33. Ruta integral de atención [Internet]. [citado 6 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/UNODC/ruta/ruta.pdf>
34. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Orientaciones Técnicas para la Implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud para Población con Riesgo o Presencia de Trastornos Mentales y del

Comportamiento Manifiestos debido a Uso de Sustancias Psicoactivas [Internet]. [citado 6 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.saludcapital.gov.co/DDS/Rias/RIAS_trat_mental_sicoac.pdf

35. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicológica* [Internet]. abril de 2012 [citado 6 de septiembre de 2023];30(1):61-71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48082012000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
36. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res* [Internet]. 1 de octubre de 2019 [citado 6 de julio de 2024];28(10):2641-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>
37. Shidhaye R, Lund C, Chisholm D. Closing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders by strengthening existing health care platforms: strategies for delivery and integration of evidence-based interventions. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 30 de diciembre de 2015 [citado 6 de julio de 2024];9(1):40. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0031-9>
38. Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud [Internet]. [citado 6 de julio de 2024]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf
39. Cuerno-Clavel L. Uso y abuso de sustancias psicoactivas: Cultura y sociedad. *Rev Polic Secur Pública* [Internet]. 28 de agosto de 2013 [citado 28 de septiembre de 2023];65-111. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/RPSP/article/view/1192>
40. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
41. Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention [Internet]. [citado 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/wps.21073>
42. Administration (US) SA and MHS, General (US) O of the S. THE NEUROBIOLOGY OF SUBSTANCE USE, MISUSE, AND ADDICTION. En: *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health* [Internet] [Internet]. US Department of Health and Human Services; 2016 [citado 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424849/>
43. Volkow ND, Boyle M. Neuroscience of Addiction: Relevance to Prevention and Treatment. *Am J Psychiatry* [Internet]. agosto de 2018 [citado 27 de mayo de 2022];175(8):729-40. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2018.17101174>
44. Ramey T, Regier PS. Cognitive impairment in substance use disorders. *CNS Spectr* [Internet]. febrero de 2019 [citado 7 de julio de 2024];24(1):102-13. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/cns-spectrums/article/cognitive-impairment-in-substance-use-disorders/D3853B4938B2CED8A5CC945DFAE01C54>
45. Ray LA, Meredith LR, Kiluk BD, Walthers J, Carroll KM, Magill M. Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review

- and Meta-analysis. JAMA Netw Open [Internet]. 19 de junio de 2020 [citado 27 de mayo de 2022];3(6):e208279. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8279>
46. McHugh RK, Hearon BA, Otto MW. Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. Psychiatr Clin North Am [Internet]. septiembre de 2010 [citado 27 de mayo de 2022];33(3):511-25. Disponible en: doi: 10.1016/j.psc.2010.04.012
47. Ray LA, Meredith LR, Kiluk BD, Walthers J, Carroll KM, Magill M. Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open [Internet]. 19 de junio de 2020 [citado 7 de julio de 2024];3(6):e208279. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8279>
48. Kawasaki S, Mills-Huffnagle S, Aydinoglo N, Maxin H, Nunes E. Patient- and Provider-Reported Experiences of a Mobile Novel Digital Therapeutic in People With Opioid Use Disorder (reSET-O): Feasibility and Acceptability Study. JMIR Form Res. 2022;6(3).
49. van Krugten FCW, Feskens K, Busschbach JJV, Hakkaart-van Roijen L, Brouwer WBF. Instruments to assess quality of life in people with mental health problems: a systematic review and dimension analysis of generic, domain- and disease-specific instruments. Health Qual Life Outcomes [Internet]. diciembre de 2021;19(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01883-w>
50. Luderer HF, Campbell ANC, Nunes EV, Enman NM, Xiong X, Gerwien R, et al. Engagement patterns with a digital therapeutic for substance use disorders: Correlations with abstinence outcomes. J Subst Abuse Treat. 2022;132.
51. Ma Z, Liu Y, Wan C, Jiang J, Li X, Zhang Y. Health-related quality of life and influencing factors in drug addicts based on the scale QLICD-DA: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 14 de julio de 2022 [citado 22 de noviembre de 2023];20:109. Disponible en: doi: 10.1186/s12955-022-02012-x
52. Programme on Mental Health World Health Organization. WHOQOL-BREF.pdf [Internet]. [citado 10 de junio de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/63529/WHOQOL-BREF.pdf>
53. San Juan Sanz P. Trastorno por consumo de sustancias. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado [Internet]. 1 de septiembre de 2019 [citado 28 de septiembre de 2023];12(85):4984-92. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219302148>
54. PNUD. Goal 3: Good health and well-being | Joint SDG Fund [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2023]. Goal 3: Good health and well-being. Disponible en: <https://www.jointsdgfund.org/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being>
55. Lipari, R. Understanding Adolescent Inhalant Use [Internet]. [citado 27 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/report_3095/ShortReport-3095.html
56. UNODC. Visión estratégica de UNODC para América Latina y el Caribe 2022-2025 [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.unodc.org/res/strategy/ESTRATEGIA_LATAM_2022_2025_ENE17_ESP_EDsigned.pdf

57. Prendergast ML, Podus D, Chang E, Urada D. The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparison group studies. *Drug Alcohol Depend.* 2002;67(1).
58. Hernández CL, Pérez MC, López AG, Mayorga MAG, Romero DM. Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.
59. Bernardes LFA, Hauck Filho N, Noronha APP. Relação entre uso de substâncias e qualidade de vida em uma amostra comunitária de adultos. *Psicol - Teor E Prática* [Internet]. 2018 [citado 7 de julio de 2024];20(2). Disponible en: <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n2p79-92>.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de antecedentes de consumo SPA

Cuestionario para el proyecto “Terapia cognitivo conductual reforzada por aplicativo móvil y calidad de vida en adultos con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas, Bogotá, Colombia”

Por favor tome el tiempo que requiera para leer y dar respuesta a las preguntas a continuación. Si tiene dudas, puede consultarlas al investigador durante el momento del diligenciamiento.

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Edad

¿Cuál es su edad en años? _____

Sexo

Mujer

Hombre

Estrato

¿A cuál estrato socioeconómico pertenece con respecto al último recibo de luz que llega a su domicilio?

Estrato 1

Estrato 2

Estrato 3

Estrato 4

Estrato 5

Estrato 6

Estado civil

En la actualidad, ¿es casado/a, viudo/a, divorciado/a, separado/a, soltero/a o unión libre?

Casado/a

Viudo/a

Divorciado/a

Separado/a
Soltero/a
Unión libre

Educación

¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha completado, o el título más alto que ha obtenido?

Primaria
Bachillerato
Técnico o tecnólogo
Estudios universitarios.
Ninguno

Religión

¿Está vinculado a algún grupo religioso?

Si

No

Si su respuesta es sí cual religión _____

Empleo

¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su situación laboral?

Empleado/a, trabajo entre 1 y 39 horas a la semana

Empleado/a, trabajo 40 horas a la semana o más

Sin empleo, busco trabajo

Sin empleo, NO busco trabajo

Localidad

En qué localidad vive actualmente

Usme

Tunjuelito

Ciudad Bolívar

Sumapaz

Antecedentes de Salud

¿Le han diagnosticado Hipertensión Arterial?

Si

No

¿Le han diagnosticado Diabetes Mellitus?

Si

No

¿Le han diagnosticado Epilepsia?

Si

No

¿Le han diagnosticado trastornos neurológicos?

Si

No

Si su respuesta es sí. Describa qué trastorno neurológico ____

¿Le han diagnosticado Enfermedad Tiroidea?

Si

No.

¿Le han diagnosticado otra enfermedad?

Si

No

Si su respuesta es sí, Describa qué otra enfermedad

Antecedentes de consumo:

Pregunta 10.1

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez</u> ? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)		
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)		
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)		
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)		
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)		
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		
j. Otros - especifique:		

Pregunta 10.2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u> , (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?	Nunca 1 o 2 veces Cada mes Cada semana A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0 2 3 4 6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0 2 3 4 6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0 2 3 4 6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0 2 3 4 6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0 2 3 4 6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0 2 3 4 6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanas, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0 2 3 4 6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0 2 3 4 6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0 2 3 4 6
j. Otros - especifique:	0 2 3 4 6

Pregunta 10.3

<p>En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?</p>	<p>Nunca</p>	<p>1 o 2 veces</p>	<p>Cada mes</p>	<p>Cada semana</p>	<p>A diario o casi a diario</p>
<p>a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)</p>	0	3	4	5	6
<p>b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)</p>	0	3	4	5	6
<p>c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)</p>	0	3	4	5	6
<p>d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)</p>	0	3	4	5	6
<p>e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)</p>	0	3	4	5	6
<p>f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)</p>	0	3	4	5	6
<p>g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)</p>	0	3	4	5	6
<p>h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)</p>	0	3	4	5	6
<p>i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)</p>	0	3	4	5	6
<p>j. Otros - especifique:</p>					

Pregunta 10.4

<p>En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?</p>	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 10.5

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?					
	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 10.6 y 10.7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 10.6

¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consume de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 10.7

<p>¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>) y no lo ha logrado</p>	<p>No, Nunca</p>	<p>Si, en los Últimos 3 meses</p>	<p>Si, pero no en los últimos 3 meses</p>
1a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Anexo 2. Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF)

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1 ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?					
2 ¿Cuán satisfecho está con su salud?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3 ¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4 ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5 ¿Cuánto disfruta de la vida?					
6 ¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?					
7 ¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					

9 ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?					
---	--	--	--	--	--

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10 ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?					
11 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13 ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?					
14 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?					
15 ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas

	Poco satisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16 ¿Cuán satisfecho está con su sueño?					
17 ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18 ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?					

19 ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?					
20 ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?					
21 ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?					
22 ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?					
23 ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?					
24 ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25 ¿Cuán satisfecho está con su transporte?					

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?

	Nunca	Rara-mente	Mediana-mente	Frecuente-mente	Siempre
26 ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?					

Anexo 3. Consentimiento Informado

Documento de consentimiento informado para participantes al proyecto de: terapia cognitivo conductual reforzada por aplicativo móvil y calidad de vida en adultos con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas, Bogotá, Colombia.

Este documento de consentimiento informado está dirigido a pacientes atendidos en las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz, adscritas a la Subred Sur

de servicios de salud distrital y a quienes se les invita a participar en la investigación "*Terapia cognitivo conductual reforzada por aplicativo móvil y calidad de vida en adultos con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas, Bogotá, Colombia*".

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Investigador principal: Carlos Enrique Trillos, Médico, Epidemiólogo, Universidad del Rosario Teléfono: (571) 297 0200 Ext. 3335; Correo Electrónico: carlos.trillos@urosario.edu.co

Información Subred Sur: Jefersson David Santos; Enfermero Profesional Msc Epidemiología - Coinvestigador ; Correo: santosy.david96@gmail.com

Información Coinvestigador: Oscar Javier Gil Mina: Ingeniero Mecatrónico, Msc. Epidemiología; Correo: oscar2009gil@gmail.com

PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Los efectos negativos de la exposición a las sustancias psicoactivas constituyen un problema para la salud pública mundial. Los trastornos por sustancias psicoactivas afectan a toda la población; los medicamentos utilizados para su tratamiento son limitados y se ha demostrado un efecto sostenible en el tiempo de terapias como la cognitivo conductual, como la que usted recibe. Por lo anterior, es importante determinar el efecto en la calidad de vida de la terapia cognitivo conductual en personas con este tipo de trastornos en las localidades pertenecientes a la Subred Sur de servicios de salud. Los resultados obtenidos, podrán ayudar a los servicios de salud, a mejorar el acceso y la oportunidad; con base en los resultados se desarrollará un aplicativo móvil que será de gran utilidad para reforzar su terapia.

INFORMACIÓN

Desde la Subred Sur de la Secretaría Distrital de Salud y la Universidad del Rosario, nos encontramos investigando sobre el impacto en la calidad de vida de la terapia cognitivo

conductual en personas con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas. La información estadística ha mostrado un mayor número de personas afectadas por este problema de salud en las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz.

A continuación, usted podrá conocer sobre el proyecto de investigación, al cual lo invitamos a participar. Antes de decidir, puede hablar o consultar a una persona de su confianza, para definir su ingreso en la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda y tenga preguntas sobre el proyecto o las actividades que se realizarán, las cuales puede consultar al equipo de investigación y/o contactarse al correo electrónico del investigador principal.

TIPO DE INTERVENCIÓN

Esta investigación incluye las siguientes actividades: aplicación del cuestionario de calidad de vida para la salud mental, el cual incluye preguntas básicas de identificación y de salud; este será realizado por personal entrenado en su aplicación. Posteriormente, se diseñará un aplicativo móvil que reforzará su tratamiento, el cual se desarrollará con base en los resultados del cuestionario, de acuerdo con su percepción y opinión sobre el tema, con su posterior evaluación de funcionamiento para lo cual se utilizará una encuesta específica.

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

Estamos invitando a todos los pacientes adultos, colombianos, vinculados a la ruta de atención por consumo de sustancias psicoactivas, en las localidades adscritas a la Subred de servicios de salud del distrito sur y que se encuentren en terapia cognitivo conductual.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no; y su decisión no afectará su tratamiento, ni su relación con los profesionales tratantes. En cualquier momento usted podrá retirarse de esta investigación, y sus datos no serán utilizados, excepto, que se hayan publicado los resultados generales, los cuales igualmente no lo identificarán.

PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLO

Será contactado personalmente y/o por vía telefónica a través del número de contacto que haya dado en calidad de protección de datos para comentarle del estudio, e invitarlo. Una vez se le haya explicado el proyecto, y se haya realizado el proceso de consentimiento informado y tras su aprobación, se escogerá un lugar tranquilo en el que se garantice la confidencialidad al momento de responder el cuestionario, lo cual tomará alrededor de 15 a 20 minutos. Una vez lo conteste, sus datos serán codificados para garantizar la confidencialidad de los mismos y serán archivados en un medio seguro con acceso exclusivo del investigador principal y los profesionales de la salud que el delegue; sin que tengan acceso a los códigos de identificación.

Además del cuestionario, el proyecto contará con dos fases adicionales, en las que se realizará un aplicativo móvil basado en sus aportes de la primera fase, y una tercera fase, en la que se recolectará su opinión sobre el aplicativo y los beneficios de su uso en la terapia.

EFFECTOS SECUNDARIOS O RIESGOS

Esta investigación se desarrollará cumpliendo lo definido en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, en la cual se establecen las normas para la investigación en salud, es un proyecto de riesgo mínimo. Las actividades realizadas, no representan un riesgo para usted; sin embargo, tenga en cuenta que algunas de las preguntas o temas

que se traten durante la elaboración del cuestionario, pueden generar discomfort, molestia, o revivir algún momento incómodo para usted, o puede generar alteraciones emocionales, para lo cual podrá contactar al Investigador principal u otros investigadores del proyecto, quienes orientarán su atención para redirigirlo a las línea habilitadas de la Secretaria Distrital de Salud; y/o podrá contactarse directamente a la línea 106 "El poder de ser escuchado" la cual funciona las 24 horas/7 días a la semana.

BENEFICIOS:

Los datos recolectados aportarán para la salud del país y para el desarrollo de nuevos proyectos de investigación relacionados con esta temática. Cuando el aplicativo móvil esté disponible, podrá utilizarlo, y le servirá como aporte para refuerzo y seguimiento de su tratamiento.

COSTOS

Este estudio se llevará a cabo con recursos del proyecto de investigación; por lo tanto, su participación no implica ningún costo para usted ni su familia, así como tampoco le generará beneficios económicos. De igual manera, su EPS no asumirá costos adicionales.

CONFIDENCIALIDAD

Todos los datos recolectados serán codificados, para garantizar la confidencialidad, y se almacenarán de forma segura dentro de los servidores de la Universidad del Rosario. El acceso a la información será limitado únicamente al investigador principal y a los profesionales de salud que designe.

El equipo investigador se compromete a velar por la confidencialidad y debido manejo de la información, siguiendo los lineamientos definidos para la protección de datos personales en Colombia según la Ley 1581 de 2012; la información se archivará durante 15 años conforme a la resolución 839 de 2017 y normatividad relacionada;

adicionalmente se tendrán en cuenta las políticas de retención documental de la Universidad del Rosario y la Secretaría Distrital de Salud.

RESULTADOS

El conocimiento obtenido al terminar esta investigación se compartirá con los participantes y la comunidad. Se garantizará la confidencialidad en la publicación de resultados que serán generales.

DERECHO A NEGARSE O RETIRARSE

El participante podrá manifestar que no desea ingresar al estudio y puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera; todos sus derechos serán respetados, podrá continuar su seguimiento habitual y tratamiento sin repercusiones

ACEPTACIÓN PARA PARTICIPAR:

Por medio de la presente expreso que he leído o me ha sido leído completamente el documento de consentimiento informado, se me han aclarado las dudas y acepto participar voluntariamente en la investigación.

Entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera mi cuidado médico.

Firma/huella participante
Nombre completo del paciente

Firma/huella testigo 1
Nombre completo testigo 1

Firma/huella testigo 2
Nombre completo testigo 2

Documento identidad (CC)
Fecha firma (dd/mm/aaaa)

Documento identidad (CC)
Fecha firma (dd/mm/aaaa)

Documento identidad (CC)
Fecha firma (dd/mm/aaaa)

Como investigador, me comprometo a cumplir con lo expuesto en el presente documento de consentimiento informado, para lo cual dejo expresa constancia.

Firma investigador
Nombre completo del investigador
Documento identidad (CC)
Fecha firma (dd/mm/aaaa)