

\* Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

El presente es un artículo *open access* bajo licencia:

**CC BY-NC-ND**

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Recibido:** 16-06-25

**Aceptado:** 11-08-25

**Autor de correspondencia:**

Dra. Itzel Salmerón-Alcántara  
Alondra.

**Correo electrónico:**

alo.itzel.salmeron.unam@gmail.com

**Declaración de Conflictos de Intereses:**

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses relacionados con la publicación de este manuscrito. No se recibió financiamiento externo, becas institucionales, apoyo de la industria farmacéutica ni incentivos económicos que pudieran influir en el diseño del estudio y la redacción del manuscrito ni la decisión de enviarlo para publicación.

Alondra Itzel Salmerón-Alcántara:  
<https://orcid.org/0009-0006-7473-9870>

Mario Rodrigo González-Niño:  
<https://orcid.org/0009-0008-2180-9825>

Miguel Ángel Fernández Ortega:  
<https://orcid.org/0000-0001-5923-0255>

## Consumo de drogas en personal médico con práctica clínica: revisión bibliográfica

### Substance use Among Healthcare Professionals: A Literature Review

*Uso de drogas entre profissionais de saúde na prática clínica: uma revisão da literatura*

Alondra Itzel Salmerón-Alcántara,\* Mario Rodrigo González-Niño,\* Miguel Ángel Fernández Ortega.\*

**DOI:** 10.62514/amf.v28i1.211

#### Resumen

El consumo de drogas presenta un notable aumento a nivel mundial, sobre todo en las últimas décadas, con graves repercusiones en la salud, la economía, el trabajo y la productividad. La drogadicción adquiere mayor relevancia cuando se trata de personal médico, no sólo por el impacto en la salud del consumidor, sino también por la seguridad de los pacientes. Este problema, a menudo subestimado, se agrava por factores como el alto nivel de estrés, el fácil acceso a sustancias psicoactivas y a factores personales de los médicos. Esta investigación presenta una revisión del consumo de drogas en personal médico con práctica clínica.

**Palabras clave:** Médicos, Trastornos relacionados con sustancias, Humanos.

#### Abstract

Drug use has increased significantly worldwide, especially in recent decades, with serious repercussions for health, the economy, work, and productivity. Drug addiction takes on greater relevance when it involves medical personnel, not only because of the impact on the health of the user, but also because of the safety of patients. This often underestimated problem is exacerbated by factors such as high stress levels, easy access to psychoactive substances, and the physicians' own personal circumstances. This research presents a review of drug use among clinical physicians.

**Keywords:** Physicians, Substance-Related Disorders, Humans.

#### Resumo

O consumo de drogas aumentou significativamente em todo o mundo, especialmente nas últimas décadas, com sérias repercussões para a saúde, a economia, o trabalho e a produtividade. O vício em drogas assume maior relevância quando envolve profissionais da saúde, não apenas pelo impacto na saúde do usuário, mas também pela segurança dos pacientes. Este problema, frequentemente subestimado, é agravado por fatores como altos níveis de estresse, fácil

acesso a substâncias psicoativas e as próprias circunstâncias pessoais dos médicos. Esta pesquisa apresenta uma revisão do uso de drogas entre médicos clínicos.

**Palavras-chave:** Médicos, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Seres Humanos.

#### Introducción

Las adicciones constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, afectando aproximadamente a 292 millones de personas.<sup>1</sup> Esto genera elevados costos sociales y económicos, incluyendo accidentes de tráfico y laborales, disminución de la productividad y deterioro de las relaciones familiares.<sup>2</sup> El incremento sostenido del consumo de drogas y su creciente popularidad entre los jóvenes, pone a prueba la fortaleza de los sistemas de salud de todos los países. Las muertes por sobredosis se cuentan por miles cada año.<sup>3</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “droga” como toda sustancia que, al ser introducida en un organismo vivo y actuar sobre el sistema nervioso central, puede modificar una o varias de sus funciones físicas o psíquicas.<sup>1,4,5</sup> Las drogas pueden ser de origen natural, semisintético o sintético y tener usos recreativos, de tratamiento, curación o prevención de enfermedades.<sup>1,6,7</sup> Además, suelen usarse como sinónimos “sustancia psicoactiva”, “psicotrópico” y “psicofármaco”, aunque, no necesariamente significan lo mismo.<sup>8</sup>

#### Epidemiología

La OMS estima que cada año se producen alrededor de 400,000 muertes atribuibles al consumo de estas drogas.<sup>1</sup> En 2015, se perdieron aproximadamente 28 millones de años de vida saludable, medidos en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), como consecuencia del consumo de drogas.<sup>9</sup> En 2022, el número de personas que utilizaron alguna droga se elevó a 292 millones, lo que equivale a aproximadamente una de cada 18 personas en el mundo y representa un incremento del 20 % en comparación con la década anterior.<sup>10</sup> De esta población, más de 35 millones padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas. El cannabis se mantiene como la droga ilícita más consumida, con 228 millones de usuarios

(aunque en muchos países su consumo recreativo es legal), seguido por los opioides (60 millones), las metanfetaminas (30 millones), la cocaína (23 millones) y éxtasis (20 millones).<sup>1,11</sup> En cuanto a las regiones geográficas, América del Norte (especialmente en países de altos ingresos), presenta las tasas más altas de dependencia a cannabis, cocaína y opioides, mientras que en Europa del Este se registra la mayor prevalencia de trastornos por consumo de alcohol.<sup>1,12</sup> En Estados Unidos (EE. UU.) se ha registrado un aumento sostenido de muertes por sobredosis de opioides, con más de 47,000 casos reportados en 2017 reflejando un incremento del 13 % respecto al año anterior, atribuible principalmente al aumento en el uso de opioides sintéticos como el fentanilo, los cuales estuvieron implicados en casi 50% más de muertes que en 2016.<sup>13-15</sup> Para 2023, la cifra alcanzó 81,083 casos reportados.<sup>16</sup> De manera similar, en Canadá se registraron cerca de 4,000 muertes por sobredosis en 2017, 33% más que en 2016, con el fentanilo o sus derivados involucrados en el 69% de los casos.<sup>1,15,17</sup> En 2019, el 13% de las personas de 12 años o más, reportaron en EE. UU. haber consumido drogas ilegales en el último mes. En 2023, la prevalencia fue del 21.4% en el mismo grupo de edad.<sup>16,18</sup>

El tráfico de fentanilo, originalmente concentrado en América del Norte,<sup>1</sup> ha comenzado a evidenciar una preocupante tendencia de expansión a nivel global. La producción mundial de fentanilo experimentó un rápido crecimiento entre 2000 y 2010, periodo durante el cual se incautaron un total de 4,3 toneladas. Sin embargo, los datos más recientes de 2023 registran la incautación de 2,6 toneladas en un solo año, lo que ha encendido las alarmas debido al marcado aumento en su circulación.<sup>3</sup> Por otro lado, África occidental, central y del norte enfrenta una crisis emergente asociada al tramadol, un opioide sintético utilizado históricamente como analgésico. La producción ilícita de tramadol, principalmente en el sur de Asia, y su tráfico hacia países africanos y regiones del Medio Oriente han generado un alarmante aumento en las incautaciones, pasando de menos de 10 kg en 2010 a 125 toneladas en 2017.<sup>14,19</sup> En Nigeria, datos de una encuesta nacional realizada en 2017 revelaron que entre 11.4% y 41% de la población de entre 15 y 64 años reportó el uso no médico de opioides recetados, siendo el tramadol el más consumido de manera indebida.<sup>19,20</sup> Asimismo, ha aumentado la preocupación por el consumo de drogas inyectables, estimándose que aproximadamente once millones de personas recurren a esta vía de administración a nivel mundial. Aunque países como España, Países Bajos, Canadá, Reino Unido y Pakistán han mostrado incrementos significativos, la mayor concentración de usuarios (43%) se registra en China, Estados Unidos y la Federación Rusa.<sup>20</sup>

En México, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) reportó un incremento en el consumo de drogas ilegales en la población de 12 a 65 años de 4.6% en 2002 a 7.2% en 2011<sup>21,22</sup> y entre 2016-2017, el 10.3% de personas, en el mismo grupo etario, reportó haber consumido alguna vez drogas ilegales en el último año.<sup>23</sup> Un estudio realizado con 56,877 sujetos encontró diferencias significativas por sexo, siendo los hombres los que presentan mayor consumo de sustancias (15.4%, frente al 3.6% de las mujeres).<sup>24</sup> Ese mismo año, 2.9% de la población había consumido cualquier droga en los últimos 12 meses.<sup>25</sup> La marihuana fue la droga ilegal de mayor consumo en México, con una prevalencia de 8.6% alguna vez, 2.1% en el último año y 1.2% en el último mes. La cocaína le siguió con 3.5% alguna vez, 0.8% en el último año y 0.4% en el último mes. Otras drogas ilegales presentaron prevalencias menores al 1.1% para el consumo alguna vez. La edad promedio de inicio en el consumo se situó en los 17.8 años (17.7 años para hombres y 18.2 años para mujeres). Finalmente, el 0.6% de la población (aproximadamente 546 mil personas) presentó posible dependencia al consumo de drogas en el último año, y de estos, el 20.3% había recibido tratamiento.<sup>23</sup> Datos más recientes proporcionados por Centros de Integración Juvenil, institución especializada en el ámbito de la prevención, tratamiento y la rehabilitación de trastornos por consumo de drogas, señalaron que en 2023 atendieron más de 80,000 pacientes, de los cuales, casi 60% había solicitado servicios relacionados con el consumo de drogas. Además, 20,427 personas solicitaron tratamiento por primera vez, con una edad promedio de 25,5 años. Las drogas más consumidas entre quienes acudieron a tratamiento fueron el cannabis, la metanfetamina y la cocaína.<sup>3</sup>

Regionalmente ciudades fronterizas con EE. UU., como Tijuana, y aquellas ubicadas en la costa del Pacífico, como Culiacán, forman parte de las principales rutas utilizadas por los cárteles mexicanos para el tráfico de drogas hacia territorio estadounidense.<sup>18</sup> Alineado a esto, la última encuesta de la ENDOCAT 2017 refiere que, en la última década, Coahuila, Chihuahua, Durango, Baja California Sur, Sonora, Nuevo León, Tamaulipas y San Luis Potosí, poblaciones localizadas en la zona norte del país, han registrado un crecimiento acelerado en el consumo de drogas ilícitas.<sup>23,24</sup> Incluso, un estudio identificó residuos de fentanilo y heroína en zonas fronterizas, aun cuando en ese momento no se había reportado oficialmente el consumo de fentanilo en México. A partir de entonces, comenzaron a surgir reportes sobre el uso de esta droga, evidenciado en decomisos de envíos, el descubrimiento de laboratorios clandestinos y la aparición de dispositivos de punción empleados para la inyección de heroína.<sup>26-28</sup>

Tabla 1. Clasificación de las drogas acorde a sus efectos en el organismo

Efectos en el organismo	Efectos en el organismo	Ejemplos
<b>Estimulantes</b>	Activan el sistema nervioso central, generando euforia, insomnio, ansiedad, irritabilidad e inquietud, además de cambios sistémicos en el organismo. Su consumo frecuente puede derivar en estados de depresión tras los efectos iniciales.	<b>Legales:</b> cafeína, nicotina, metilfenidato (uso regulado bajo prescripción médica) <b>Illegales:</b> metanfetaminas existen en estado sólido (cristal, <i>whiz</i> , vidrio, base) y en estado líquido (también conocido como <i>speed</i> rojo, sangre de leopardo), cocaína ( <i>crack</i> , piedra, <i>blow</i> ), éxtasis (MDMA o <i>molly</i> )
<b>Depresoras</b>	Reducen la actividad del sistema nervioso central. Inicialmente pueden producir un estado de aparente estimulación, pero su efecto predominante es depresor, lo cual disminuye el estado de ánimo y puede favorecer dependencia	<b>Legales:</b> alcohol, benzodiazepinas (diazepam, lorazepam), barbitúricos (fenobarbital), gabapentina, pregabalina y nalbufina. <b>Illegales:</b> heroína, GHB (ácido gamma-hidroxibutírico), metadona, opioides (morfina, codeína, oxicodona, fentanilo),
<b>Alucinógenas</b>	Pueden actuar como estimulantes o depresoras del sistema nervioso central, pero su característica principal es la alteración de las percepciones sensoriales, provocando distorsiones en la percepción del espacio, el tiempo y la realidad.	<b>Legales:</b> dextrometorfano <b>Illegales:</b> LSD (ácido, blotter acid, puntos, <i>mellow yellow</i> , amarillo suave), psilocibina, peyote (mescalina, buttons, cactus y mesc), DMT, ayahuasca, cannabis (marihuana)

Tabla adaptada de: Stepaniuk, 2024; Comisión Global de Políticas de Drogas, 2019; Drug Enforcement Administration, 2017; UNODC, 2018.<sup>30-33</sup>

### Clasificación

En cuanto a la clasificación de las drogas, existe una gran diversidad, no obstante, se mencionan a continuación las más importantes. Según su estatus legal, se pueden clasificar en legales (alcohol, el tabaco y ciertos medicamentos) e ilegales (éxtasis, la cocaína, la heroína y el cannabis). Por su origen y método de fabricación: pueden ser vegetales (como la marihuana, cocaína y el peyote) o sintéticas (como el LSD, éxtasis y el fentanilo, etc.), dentro de las vegetales, a su vez, se dividen en naturales y semisintéticas. También se considera la naturaleza del efecto que produce en el cuerpo humano: se clasifican en psicoestimulantes, depresoras y alucinógenas (Tabla 1). Además, se distinguen las características morfológicas como plantas, pastillas, líquidos; y el método de uso, como fumar, inhalar, administrar por vía oral o inyectables.<sup>29,30</sup>

### Clasificación clínica: Trastorno por uso de sustancias (TUS)

La drogadicción, reconocida clínicamente como TUS, es una condición médica compleja caracterizada por un patrón problemático de consumo de sustancias que genera deterioro físico, psicológico y social. Se clasifica según un conjunto de criterios diagnósticos descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) que

incluyen síntomas conductuales, cognitivos y fisiológicos que provocan deterioro o malestar clínicamente significativo.<sup>34</sup> Evalúa la gravedad del trastorno según la cantidad de síntomas presentes en un período de 12 meses.<sup>35</sup> Lo clasifica como leve, moderado o grave, y su diagnóstico especifica la sustancia involucrada (alcohol, opioides, cannabis, estimulantes, entre otras). Así mismo, utiliza las categorías de dependencia de sustancias vs. abuso de sustancias para diferenciar a una de la otra. La dependencia de sustancias generalmente implica dependencia fisiológica (tolerancia y abstinencia) junto con consumo compulsivo, mientras que el abuso de sustancias se refería a patrones de consumo problemático sin dependencia fisiológica.<sup>34</sup>

### Consumo de drogas en personal médico y de enfermería

Aunque no se conoce con precisión la prevalencia por consumo de drogas en profesionales de la salud, diversos estudios han encontrado que entre 10% y 15% de los profesionales de salud abusarán de alguna droga en algún momento de su vida.<sup>36,37</sup> Por lo tanto, estos datos reflejan una prevalencia similar a la de la población general.<sup>38</sup> Diversos factores contribuyen al consumo de sustancias entre los trabajadores de la salud. El estrés, agotamiento y las largas horas de trabajo se identifican sistemáticamente como los principales contribuyentes en todas las profesiones de la salud.<sup>39</sup> La naturaleza exigente del trabajo de atención médica puede llegar a generar mayor susceptibilidad del personal de salud al consumo de drogas. El fácil acceso a medicamentos recetados es otro factor importante, especialmente para enfermeras, farmacéuticos y médicos de ciertas especialidades.<sup>40</sup> El acceso a sustancias controladas en el lugar de trabajo puede crear oportunidades de abuso, especialmente cuando se combina con otros factores estresantes.

Los problemas de salud mental juegan un papel importante en el abuso de sustancias entre los trabajadores de la salud, lo que a menudo conduce a la automedicación.<sup>40,41</sup> La alta tasa de trastornos mentales como la depresión y ansiedad dentro de este grupo, crea una mayor vulnerabilidad para recurrir a sustancias que disminuyan su angustia.<sup>42</sup> Las hostilidades en el ámbito médico pueden desencadenar o exacerbar problemas de salud mental, aumentando la probabilidad de uso de sustancias como mecanismo de afrontamiento. Además, factores como la presión de grupo o la cultura laboral pueden contribuir al consumo de sustancias.<sup>40,43</sup>

Esto sugiere que, si bien la profesión tiene factores estresantes y mayor facilidad de acceso a drogas, estos factores no necesariamente se traducen en tasas generales más altas de abuso de sustancias en comparación con la población general. Sin embargo,

los tipos de drogas que se consumen pueden variar debido a las circunstancias específicas de la práctica médica. Una de las principales preocupaciones de los médicos es el abuso de medicamentos recetados, siendo los opioides a menudo citados como la principal droga de abuso, esto en EE. UU.<sup>44,45</sup> Un estudio señaló que los medicamentos recetados representaban el 58% de las principales sustancias de abuso entre los médicos que buscaban tratamiento hospitalario,<sup>41</sup> esto resalta la disponibilidad de estos medicamentos dentro de la profesión médica como un factor importante.

La frecuencia y tipo de sustancias también varía según la especialidad médica. Se ha identificado que los psiquiatras, anestesiólogos y los médicos de urgencias tienen tasas más altas de abuso de sustancias en comparación con otras especialidades.<sup>38,44-48</sup> Esta diferencia se atribuye, a la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos en su entorno laboral. Los psiquiatras, por ejemplo, tienen mayor probabilidad de abusar de las benzodiazepinas, posiblemente por su fácil acceso.<sup>45,49</sup> En anestesiología se encontró que más del 40% de los casos de abuso de sustancias se relacionaron con drogas intravenosas y solo el 10% están vinculados al alcohol. El acceso directo y fácil a potentes opioides intravenosos utilizados en su entorno quirúrgico como el fentanilo y el sufentanilo, facilita su consumo.<sup>46-48,50</sup> Por otro lado, los médicos de urgencias constituyen entre el 7% y 18% de los profesionales atendidos en programas de salud médica por trastornos relacionados con sustancias. De estos, el 50% corresponde a abuso de alcohol, 38% a opioides y casi 10% a estimulantes.<sup>51,52,41,44-46</sup> Igualmente, los cirujanos tienden a consumir primordialmente

alcohol y tabaco, estudios recientes revelan un preocupante patrón de abuso de alcohol por los mismos.<sup>45,53</sup> Estas cifras superan ampliamente el 6.2% de la población adulta general de EE. UU. con trastornos por consumo de alcohol.<sup>45</sup>

Al igual que en el caso de los médicos, la prevalencia estimada del consumo de sustancias entre el personal de enfermería es comparable con el de la población general; algunos datos sugieren que entre el 10% y el 20% del personal de enfermería puede experimentar problemas con las sustancias.<sup>39</sup> Una tendencia notable es la de abusar de los medicamentos de prescripción, especialmente opioides y benzodiazepinas.<sup>39,54</sup> Sin embargo, parece no limitarse a estos fármacos con efecto psicotrópico. Un estudio reportó abuso en el uso de analgésicos (44.2%), soluciones intravenosas (26.8%) y antibióticos (13.5%).<sup>55</sup> El uso indebido incluso de sustancias como los goteos intravenosos, que a simple vista podrían parecer menos propensas al abuso, sugiere un problema potencialmente más amplio de mecanismos de afrontamiento y la naturaleza oportunista del uso indebido de sustancias de fácil acceso.

#### Cuadro clínico

El cuadro clínico asociado a la intoxicación por sustancias es variable y depende de factores como el tipo, la dosis y la vía de administración.<sup>56</sup> Sin embargo, un estudio realizado en Alemania demostró que los principales síntomas observados en casos de intoxicación por drogas fueron agitación, agresividad, ansiedad, alucinaciones, psicosis, vómitos, convulsiones, midriasis, pérdida de la conciencia, palpitaciones e incluso en casos más graves, coma y paro cardiopulmonar.<sup>57</sup> Ver tabla II.

Tabla II. Signos clínicos correspondientes con la droga consumida

Droga	Datos Clínicos
<b>Alcohol</b>	Aroma a alcohol, disartria, ataxia, deshidratación.
<b>Sedantes-hipnóticos (benzodiazepinas)</b>	Coma con signos vitales normales, falta de respuesta a estímulos nocivos, hipotensión y depresión respiratoria
<b>Opioides</b>	Marcas lineales que indican el consumo de drogas inyectables, manchas en el cuerpo, disminución de la frecuencia respiratoria (<12/min), disminución de los ruidos intestinales, miosis y extremidades frías, convulsiones (en caso de consumo de tramadol y meperidina) y arritmias.
<b>Estimulantes y cocaína</b>	Síndrome tóxico simpaticomimético: aumento del pulso y la presión arterial, vasoconstricción periférica y delirio agitado. Se pueden sumar síntomas de daño orgánico
<b>Otras sustancias</b>	Cannabis: depresión respiratoria, hipotonía y convulsiones LSD: Toxíndrome simpaticomimético; midriasis, taquicardia, hipertermia y síndrome serotoninérgico

Tabla adaptada de texto de: Shukla, L., Ghadigaonkar, D. S., & Murthy, P. (2019). Poisoning with Drugs of Abuse: Identification and Management. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 23(Suppl 4), S296–S304. <https://doi-org.pbidu.unam.mx:2443/10.5005/jp-journals-10071-23309>.<sup>56</sup>

#### Consecuencias clínicas derivadas del uso y abuso de sustancias

El uso y abuso de sustancias en profesionales de la salud genera consecuencias neurológicas específicas que impactan directamente en su capacidad para desempeñar su labor de manera segura y efectiva, manifestándose en deterioro cognitivo (problemas de atención, concentración y memoria),<sup>58</sup> lo cual compromete el juicio clínico esencial para la toma de decisiones. Además, altera las habilidades motoras y la coordinación, cruciales en procedimientos médicos, incrementando el riesgo de errores como fallos en medicación, diagnóstico o técnica.<sup>59,60</sup> Las sustancias estimulantes o alucinógenas nublan el juicio, promoviendo impulsividad, desinhibición y percepción distorsionada de la realidad, lo que puede derivar en conductas negligentes o iatrogénicas.<sup>61</sup> Sustancias como los opioides, las benzodiazepinas y el alcohol afectan la coordinación motora, el tiempo de reacción y la precisión. Esto es especialmente



preocupante en procedimientos médicos que requieren destreza manual y precisión, como la cirugía o la administración de tratamientos invasivos, aumentando el riesgo de errores y complicaciones para el paciente.<sup>62</sup>

Finalmente, el uso crónico de sustancias puede llevar a fatiga persistente, somnolencia diurna y disminución del estado de alerta, lo que compromete la capacidad del profesional de la salud para responder eficazmente a situaciones de emergencia y para mantener un nivel óptimo de vigilancia en la atención del paciente.<sup>63</sup> Un riesgo elevado de burnout, agotamiento emocional, despersonalización y depresión es una de las consecuencias más comunes.<sup>64</sup> Estos profesionales también pueden experimentar una disminución en su calidad de vida y satisfacción profesional. El ausentismo laboral y la disminución de la productividad son otras consecuencias importantes, ya que afectan la continuidad y la calidad de la atención al paciente.<sup>65,66</sup>

### Diagnóstico

El proceso diagnóstico del TUS implica una evaluación clínica detallada y multifacética. Inicialmente, se recaba una historia clínica exhaustiva, donde se exploran los patrones de consumo de sustancias, incluyendo la frecuencia, cantidad, tipo y vía de administración. Se investigan antecedentes familiares de abuso de sustancias y la presencia de comorbilidades psiquiátricas, ya que estas a menudo coexisten con los TUS.<sup>67</sup> La exploración física puede revelar signos indirectos del consumo crónico de ciertas sustancias, como marcas de inyección, alteraciones cardiovasculares o hepáticas, aunque estos hallazgos no son diagnósticos por sí mismos.<sup>56</sup>

La piedra angular del diagnóstico clínico reside en la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM-5. Estos criterios, agrupados en once síntomas, evalúan la presencia de un patrón problemático de uso de una sustancia que lleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo. Para el diagnóstico de TUS, deben cumplirse un número específico de estos criterios dentro de un período de 12 meses. Los criterios abarcan: desde la pérdida de control sobre el consumo (usar más de lo previsto o por más tiempo), el deseo persistente o esfuerzos fallidos para reducir o controlar el uso, la inversión significativa de tiempo en actividades relacionadas con la sustancia, el ansia o *craving*, el impacto negativo del consumo en roles importantes (obligaciones laborales, académicas o domésticas), la continuación del uso a pesar de tener problemas sociales o interpersonales recurrentes causados o exacerbados por la sustancia, el abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo, el uso recurrente de la sustancia en situaciones físicamente peligrosas, la

continuación del uso a pesar de tener conciencia de problemas físicos o psicológicos persistentes o recurrentes que probablemente hayan sido causados o exacerbados por la sustancia, la tolerancia (necesidad de aumentar la cantidad de la sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado, o una disminución notable del efecto con el consumo continuado de la misma cantidad), y la abstinencia (aparición de un síndrome específico al cesar o reducir el consumo, o el consumo de la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia).<sup>67</sup>

Asimismo, se suelen realizar pruebas como el tamizaje de drogas en orina (*Urine Drug Screening*), que permite detectar la presencia de sustancias como metanfetaminas, cocaína, marihuana y opioides.<sup>68</sup> También se emplean análisis toxicológicos en sangre, utilizando técnicas avanzadas como la cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas (LC-MS/MS o UHPLC-MS/MS), inmunoensayos (como EMIT) y el análisis de gotas de sangre seca (DBS).<sup>69</sup> Además, se puede realizar un electrocardiograma para detectar posibles arritmias relacionadas con el consumo de sustancias.<sup>56,57,70</sup> Si bien las pruebas de detección de sustancias en muestras biológicas como el uroanálisis, análisis de sangre, pruebas de saliva o cabello, pueden proporcionar evidencia objetiva del consumo reciente o crónico, su utilidad diagnóstica es limitada. Un resultado positivo indica la presencia de la sustancia en el organismo, pero no necesariamente un patrón de uso problemático o un TUS. Por el contrario, un resultado negativo no descarta el TUS, especialmente si el consumo fue intermitente o cesó recientemente. Por lo tanto, estas pruebas se consideran una herramienta complementaria que debe interpretarse en el contexto de la evaluación clínica integral, pudiendo ser útiles para confirmar la historia reportada por el paciente o para el monitoreo del tratamiento.<sup>71</sup>

La identificación temprana y un diagnóstico preciso son cruciales para facilitar el acceso oportuno a intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia motivacional y, en algunos casos, el tratamiento farmacológico. Un diagnóstico precoz puede prevenir la progresión del trastorno, mitigar las consecuencias negativas asociadas al abuso de sustancias y mejorar significativamente el pronóstico del paciente.<sup>72</sup> La evaluación debe ser realizada por profesionales de la salud capacitados en el diagnóstico y tratamiento de los TUS, quienes pueden integrar toda la información disponible para emitir un juicio clínico informado y guiar las decisiones de tratamiento.

### Tratamiento

El abordaje terapéutico de la intoxicación por drogas se fundamenta en el soporte vital, la estabilización de

las funciones fisiológicas, la eliminación del tóxico, la prevención de complicaciones y, cuando está indicado, el uso de antídotos específicos. En el caso de las intoxicaciones por opioides, la naloxona (un antagonista opioide) representa la intervención a corto plazo más importante para revertir las sobredosis. Puede administrarse por vía intramuscular, subcutánea, intravenosa o intranasal. Para las intoxicaciones por benzodiazepinas, el flumazenil puede utilizarse como antídoto específico.<sup>56,70</sup> En casos de intoxicación por múltiples sustancias o cuando la sustancia no puede identificarse de manera fiable, se recomienda un enfoque sistemático basado en el protocolo "ABCDE".<sup>56</sup> Igualmente, reconociendo las necesidades específicas de los profesionales de la salud, han surgido programas de tratamiento especializados. Estos programas suelen ofrecer una mayor duración de la atención, abordar cuestiones relacionadas con la identidad profesional, las inquietudes sobre la licencia, el estigma dentro de la comunidad médica y estrategias para un retorno seguro a la práctica. Por ejemplo, en EE.UU. operan los programas de salud para médicos, los cuales desempeñan un papel vital en la identificación, evaluación y facilitación del tratamiento para profesionales de la salud con TUS. Estos programas suelen ofrecer evaluación confidencial, derivación a centros de tratamiento adecuados y seguimiento a largo plazo, incluyendo pruebas aleatorias de drogas y alcohol. Las investigaciones demuestran consistentemente la eficacia de los profesionales de la salud mental para lograr altas tasas de abstinencia y un retorno exitoso a la práctica profesional.<sup>70</sup> El componente de monitoreo facilita la rendición de cuentas y la detección temprana de recaídas, crucial para proteger tanto al individuo como a sus pacientes. De la misma forma se debe brindar una atención continua en quienes llevan estos tratamientos, esto para evitar alguna recaída. Una recuperación sostenida requiere apoyo continuo y estrategias de prevención de recaídas. Esto incluye la participación regular en programas de apoyo entre pares, terapia individual o grupal continua y la adherencia a la medicación prescrita.<sup>73</sup> Estos programas para médicos suelen exigir un monitoreo a largo plazo como condición para mantener la licencia. La planificación de la prevención de recaídas implica identificar los desencadenantes, desarrollar mecanismos de afrontamiento y establecer redes de apoyo para evitar las recaídas.<sup>74</sup>

Los profesionales de la salud, al igual que la población general, pueden experimentar trastornos mentales concurrentes como depresión, ansiedad o trauma psicológico. El tratamiento integral que aborda tanto el trastorno por consumo de sustancias como cualquier problema de salud mental concurrente es esencial para obtener resultados óptimos.<sup>75</sup> Esto puede incluir programas de tratamiento de diagnóstico dual y el uso coordinado de intervenciones psicofarmacológicas y psicoterapéuticas.

## Prevención

La prevención del abuso de sustancias en médicos y profesionales de la salud requiere un abordaje multifacético que integre intervenciones a nivel individual, organizacional y del sistema de salud. A nivel individual, la educación continua sobre los riesgos y la promoción de la salud mental son cruciales.<sup>63</sup> A nivel del sistema de salud, resulta fundamental establecer sistemas de tamizaje al ingreso del personal médico y de enfermería, así como también, poner en práctica los programas de intervención institucional en las áreas de salud mental.<sup>46</sup> Un enfoque integral que priorice la confidencialidad y el acceso a recursos de apoyo es esencial para alentar a los profesionales a buscar ayuda de manera temprana, protegiendo así su salud y la seguridad de los pacientes.<sup>76</sup> Un obstáculo importante para abordar el consumo de sustancias entre los profesionales sanitarios es el estigma generalizado asociado a los trastornos por consumo de sustancias, en particular dentro del área de la salud.<sup>77</sup> Este estigma puede disuadir a las personas con dificultades de buscar la ayuda que necesitan debido al miedo a las repercusiones profesionales, al juicio de sus colegas y a la posible pérdida de su licencia médica.<sup>39</sup> La expectativa de que los profesionales sanitarios sean un pilar y un referente de salud y competencia puede generar un intenso estigma auto infligido además de temor al juicio por sus pares si llegasen a reconocer un problema de consumo de sustancias.<sup>78</sup>

Los médicos, en particular, pueden ser renuentes a intervenir en el consumo de drogas de sus colegas debido a factores como la lealtad infundada en la profesión misma y entre colegas, el miedo a perjudicar su carrera profesional o la falta de conocimientos sobre cómo intervenir eficazmente y dónde buscar los recursos adecuados.<sup>44</sup> Esta renuencia puede retrasar intervenciones cruciales y permitir que el consumo de sustancias progrese hasta un punto en el que la seguridad del paciente se vea gravemente comprometida. Superar el estigma profundamente arraigado que rodea a los trastornos por uso de sustancias es esencial para fomentar una cultura en la que los profesionales de la salud se sientan seguros de buscar ayuda y apoyo para sí mismos y sus colegas.

## Referencias

1. Naciones Unidas. UNDOC, Informe Mundial sobre las Drogas 2024. Viena: Naciones Unidas; 2024. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR\\_2024/languages/2412382S.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2024/languages/2412382S.pdf)
2. Vaswani M. Addiction Dispelling Myths. *J Biomed Res Environ Sci.* 2023 Ago;4(8):1194-6.
3. Naciones Unidas. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2024. Viena: Naciones Unidas; 2025.

4. Arivazhahan A. Fuentes y naturaleza de los fármacos. En: Raj G, Raveendran R, editores. *Introducción a los fundamentos de la farmacología y la toxicología*. Singapur: Springer; 2019. doi: 10.1007/978-981-32-9779-1\_3
5. Logan PH. The Definition of «Drug». *JAMA*. 1969;207(9):1719. doi:10.1001/jama.1969.03150220135035.
6. Fox MA. *Medicamentos y fármacos*. En: *Glosario para el transporte mundial de mercancías y materiales peligrosos*. Springer; 1999.
7. Aronson JK. When I use a word... The languages of medicines—Street drugs. *BMJ*. 2024. doi: 10.1136/bmj.q1391
8. Rincón-Ovalle CJ. “Prevalencia de adicciones en trabajadores del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional «La Raza» y factores de riesgo asociados” [Internet]. México; 2015 [citado 2025 May 28]. Disponible en: [https://educacionensalud.imss.gob.mx/unidades-medicas/cve/cdes/tesis/rincon\\_ovalle\\_carlos\\_julian.pdf](https://educacionensalud.imss.gob.mx/unidades-medicas/cve/cdes/tesis/rincon_ovalle_carlos_julian.pdf)
9. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. *World Drug Report 2017* [Internet]. 2017 [citado 2025 May 28]. Disponible en: <https://www.unodc.org/wdr2017/>
10. Naciones Unidas. United Nations: Office on Drugs and Crime. 2020 [citado 2025 May 28]. UNODC World Drug Report 2020: Global drug use rising; while COVID-19 has far reaching impact on global drug markets. Disponible en: [//www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2020/June/media-advisory---global-launch-of-the-2020-world-drug-report.html](https://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2020/June/media-advisory---global-launch-of-the-2020-world-drug-report.html)
11. Akerele E. Global Drug Use. En: Akerele E, editor. *Substance and Non-Substance Related Addictions: A Global Approach* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2022 [citado 2025 May 28]. p. 211-8. Disponible en: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-84834-7\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-030-84834-7_19)
12. Degenhardt L, Charlson F, Ferrari A, Santomauro D, Erskine H, Mantilla-Herrera A, et al. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*. 2018 Dec 1;5(12):987-1012.
13. Wilson N, Kariisa M, Seth P, Iv HS, Davis NL. Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths – United States, 2017–2018. 2017.
14. Scholl L, Seth P, Kariisa M, Wilson N, Baldwin G. Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths — United States, 2013–2017. 2016.
15. Fischer B, Robinson T, Jutras-Aswad D. Three noteworthy idiosyncrasies related to Canada’s opioid-death crisis, and implications for public health-oriented interventions. *Drug and Alcohol Review*. 2024;43(2):562-6.
16. National Center for Health Statistics. U.S. Overdose Deaths Decrease in 2023, First Time Since 2018 [Internet]. 2024 [citado 2025 May 30]. Disponible en: [https://www.cdc.gov/nchs/pressroom/nchs\\_press\\_releases/2024/20240515.htm](https://www.cdc.gov/nchs/pressroom/nchs_press_releases/2024/20240515.htm)
17. Yorke E, Oyebola FO, Otene SA, Klein A. Tramadol: a valuable treatment for pain in Ghana and Nigeria. *Curr Med Res Opin*. 2019 May;35(5):777-84.
18. Beittel JS. Mexico: Organized crime and drug trafficking organizations. Congressional Research Service; 2015.
19. Badewo OJ, Titiloye MA. Perception and Practice of Nonmedical Use of Opioids among Young People in Ibadan, Nigeria. *J. Educ. Soc. Behav. Sci.* [Internet]. 2023 Oct 13 [citado 2025 May 28];36(10):93-101. Disponible en: <https://journaljesbs.com/index.php/JESBS/article/view/1271>
20. United nations office on drugs and labor. *World drug report 2020 (set of 6 booklets)*. S.l.: united nations; 2021.
21. Villatoro J, Medina-Mora ME, Cravioto P, Fleiz C, Galván F, Rojas E, et al. *Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capítulo de Drogas*. México: Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI; 2002.
22. Lazcano-Ponce E, Reynales-Shigematsu LM, Guerrero-López CM, Vallejo-Mateos A, Muñoz-Hernández JA, Barrientos-Gutiérrez T, et al. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*. Instituto Nacional de Salud Pública.
23. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz: Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017* [Internet]. 2017. Disponible en: [https://encuestas.insp.mx/repositorio/encuestas/ENCO-DAT2016/doctos/informes/reporte\\_encodat\\_drogas\\_2016\\_2017.pdf](https://encuestas.insp.mx/repositorio/encuestas/ENCO-DAT2016/doctos/informes/reporte_encodat_drogas_2016_2017.pdf)
24. Nevárez-Sida A, Carreón-Rodríguez VG, Bergman M. Socioeconomic factors associated with drug consumption in Mexico. *Journal of Addictive Diseases*. 2022 Feb 8;40(1):12-8.
25. Comisión Nacional Contra las Adicciones. Informe sobre la situación de salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas en México. Published online 2021. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/648021/INFORME\\_PAIS\\_2021.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/648021/INFORME_PAIS_2021.pdf)
26. Guillermo E. Aseguran cargamento de cocaína y fentanilo en el aeropuerto. *Capital México* [Internet]. 2020 [citado 2025 May 28]. Disponible en: <https://www.capitalmexico.com.mx/nacional/aseguran-cargamento-de-cocaína-y-fentanilo-en-el-aeropuerto/>
27. Fleiz C, Arredondo J, Chavez A, Pacheco L, Segovia LA, Villatoro JA, et al. Fentanyl is used in Mexico’s northern border. Current challenges for drug health policies. *Addiction*. 2019.
28. Cruz-Cruz C, Yargeau V, Vidaña-Perez D, Schilman A, Pineda MA, Lobato M, et al. Opioids, stimulants, and depressant drugs in fifteen Mexican Cities: A wastewater-based epidemiological study. *Int J Drug Policy*. 2021;88:103027.
29. Ciucă Anghel D-M, Nițescu GV, Tiron A-T, Guțu CM, Baconi DL. Understanding the Mechanisms of Action and Effects of Drugs of Abuse. *Molecules*. 2023;28(13):4969. doi: 10.3390/molecules28134969
30. Stepaniuk RL, Lozova SM. Forensic classification of narcotic drugs. *Bulletin of Kharkiv National University of Internal Affairs*. 2024;104(1):226–36. doi: 10.32631/v.2024.1.19
31. Comisión Global de Políticas de Drogas. Informe de 2019. Clasificación de sustancias psicoactivas: cuando la ciencia se quedó atrás [Internet]. 2019 [citado 2025 May 28]. Disponible en: <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/classification-psychoactive-substances>

32. Drug Enforcement Administration (DEA). Drugs of Abuse: A DEA resource guide [Internet]. 2017 [citado 2025 May 28]. Disponible en: <https://www.dea.gov/documents/2017/06/15/drugs-abuse>
33. United Nations Office on Drugs and Crime. Understanding the synthetic drug market: the NPS factor. Global SMART update. Vol. 19. Viena: UNODC; 2018 [citado 2025 May 28]. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/scientific/Global\\_Smart\\_Update\\_2018\\_Vol.19.pdf](https://www.unodc.org/documents/scientific/Global_Smart_Update_2018_Vol.19.pdf)
34. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. *Am J Psychiatry*. 2013;170(8):834–51. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12060782
35. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. American Psychiatric Publishing; 2013. p. 123-9.
36. Monroe T, Kenaga H. Don't ask don't tell: substance abuse and addiction among nurses. 2019. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03518.x
37. AlMusained M, AlMahaish A, Aljohani M, AlHashim M, Alqahtani A, Alabdullatif M. Substance abuse among doctors: A review article. *Int J Med Dev Ctries*. 2021;387-9. doi: 10.24911/IJMDC.51-1606843852
38. Baldisseri MR. Impaired healthcare professional. *Critical Care Medicine*. 2007 Feb;35(2):S106. doi: 10.1097/01.CCM.0000252918.87746.96.
39. Amirouche A, Felix H, Serreau R, Denormandie P, Fernandez J, Coscas S, et al. Addiction among Health Care Professionals? What is the Current State of Nurses, Caregivers and Paramedics in 2022? A Review. *Arch Clin Biomed Res*. 2023;7(2):256-61. doi: 10.26502/acbr.50170340
40. Merlo LJ, Cummings SM, Cottler LB. Recovering substance-impaired pharmacists' views regarding occupational risks for addiction. *J Am Pharm Assoc*. 2012;52(4):480-91.
41. Shadakshari D, Muliya KP, Jayarajan D, Kandasamy A. Occupational Challenges in Physicians with Substance Use Disorder: A Qualitative Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 1 de mayo de 2022;44(3):253-8. DOI: 10.1177/02537176211020520
42. Murri MB, Gancitano M, Antenora F, Mojtahedzadeh M, Salman J. Depression and Substance Use Disorders in Physicians. En: Grassi L, McFarland D, Riba MB, editores. *Depression, Burnout and Suicide in Physicians: Insights from Oncology and Other Medical Professions* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2022 [citado 2025 May 25]. p. 37-53. Disponible en: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-84785-2\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-030-84785-2_4)
43. Arévalo-Vilchis F, Fernández-Ortega MA, Rocha-Chávez R, Irigoyen-Coria AE. El Alcoholismo y la drogadicción desde las representaciones sociales: una visión desde el ámbito laboral y familiar. *Archivos en Medicina Familiar*. 2023;25(5):269-71. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=113231>
44. Ross S. Identifying an Impaired Physician. *AMA Journal of Ethics*. 2003 Dec 1;5(12):568-71. doi: 10.1001/virtualmentor.2003.5.12.cprl1-0312
45. Hughes PH, Storr CL, Brandenburg NA, Baldwin DC Jr, Anthony JC, Sheehan DV. Physician substance use by medical specialty. *J Addict Dis*. 1999;18(2):23-37. doi: 10.1300/J069v18n02\_03.
46. DuPont RL, McLellan AT, White WL, Merlo LJ, Gold MS. Setting the standard for recovery: Physicians' Health Programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2009 Mar;36(2):159-71. doi: 10.1016/j.jsat.2008.01.004
47. Zierau F. [Substance abuse by health personnel]. *Ugeskr Laeger*. 2002 Nov 18;164(47):5501-5.
48. Bhugaonkar MG, Jha RK, Zilate S. Review on Overview of Substance Abuse among Medical Practitioners. *JPRI*. 2021 Jul 26;43-7. doi: 10.9734/jpri/2021/v33i38B32097
49. Fothergill A, Edwards D, Burnard P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: Findings from a systematic review. *Int J Soc Psychiatry*. 2004;50(1):54-65. doi: 10.1177/0020764004040953
50. Kintz P, Villain M, Dumestre V, Cirimele V. Evidence of addiction by anesthesiologists as documented by hair analysis. *Forensic Science International*. 2005;153(1):81-4. doi: 10.1016/j.forsciint.2005.04.033.
51. McLellan AT, Skipper GS, Campbell M, DuPont RL. Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. *BMJ*. 2008 Nov 4;337:a2038. doi: 10.1136/bmj.a2038.
52. Rose JS, Campbell M, Skipper G. Prognosis for Emergency Physician with substance abuse recovery: 5-year outcome study. *West J Emerg Med*. 2014 Feb;15(1):20-5. doi: 10.5811/westjem.2013.7.17871.
53. Oreskovich MR, Shanafelt T, Dyrbye LN, Tan L, Sotile W, Satele D, et al. The prevalence of substance use disorders in American physicians. *Am J Addict*. 2015 Jan;24(1):30-8. doi: 10.1111/ajad.12173.
54. Smiley R, Reneau K. Outcomes of Substance Use Disorder Monitoring Programs for Nurses. *Journal of Nursing Regulation*. 2020 Jul 1;11(2):28-35. doi: 10.1016/S2155-8256(20)30107-1
55. Kim C, Han K, Trinkoff AM, Baek H. Workplace access, burnout, and prescription drug misuse among Korean hospital nurses: A cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2024;23:368. doi: 10.1186/s12912-024-02042-4.
56. Shukla L, Ghadigaonkar DS, Murthy P. Poisoning with Drugs of Abuse: Identification and Management. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2019 Dic;23(S4):0-0. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23309>.
57. Zellner T, Eyer F, Rabe C, Geith S, Haberl B, Schmolz S. Recreational Drug Overdose—Clinical Value of Toxicological Analysis. *Toxics*. 2024 Sep 10;12(9):662. <https://doi.org/10.3390/toxics12090662>
58. Arble E, Manning D, Arnetz BB, Arnetz JE. Increased Substance Use among Nurses during the COVID-19 Pandemic. *IJERPH*. 2023;20(3):2674. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032674>
59. Kulchar RJ, Haddad MB. Preventing burnout and substance use disorder among healthcare professionals through breathing exercises, emotion identification, and writing activities. *Journal of Interprofessional Education & Practice*. 2022;29:100570. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2022.100570>
60. Ramey T, Regier PS. Cognitive impairment in substance use disorders. *CNS Spectr*. 2019 Feb;24(1):102-13. doi: 10.1017/S1092852918001426
61. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*. 1997 Ene-Feb;4(5):231-44. doi: 10.3109/10673229709030550.



62. Fan M. Diversion of Controlled Drugs in Hospitals: A Scoping Review of Contributors and Safeguards. *J Hosp Med.* 2019;14(7):419. <https://doi.org/10.12788/jhm.3228>
63. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med.* 2018 Jun;283(6):516–29. doi: 10.1111/joim.12752
64. Tao R, Hsu M, Min K, Mo D, Geng F, Xia L, et al. Alcohol misuse, health-related behaviors, and burnout among clinical therapists in China during the early Covid-19 pandemic: A Nationwide survey. *Front Public Health.* 2023 Abr 6;11:1084259. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1084259>
65. Shah J, Smith C, Mostert C, Khakali L, Merali Z, Ali SK. Substance use among healthcare professionals: A cross-sectional study in Kenya. Flaxman AD, editor. *PLOS Glob Public Health.* 2025 Mar 24;5(3):e0003863. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003863>
66. Schulden JD, Thomas YF, Compton WM. Substance abuse in the United States: Findings from recent epidemiologic studies. *Curr Psychiatry Rep.* 2009 Oct;11(5):353–9. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0053-6>
67. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5<sup>a</sup> ed., text rev.; 2022.
68. Lee M, Karri J, Gupta M, Poliak-Tunis M, Abd-Elseyed A. Urine Drug Screening in the Hospital Setting. En: Abd-Elseyed A, editor. *Guide to the Inpatient Pain Consult* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [citado 2025 May 28]. p. 609–15. Disponible en: [https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-40449-9\\_42](https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-40449-9_42)
69. Orfanidis A, Gika HG, Theodoridis G, Mastrogianni O, Raikos N. A UHPLC–MS-MS Method for the Determination of 84 Drugs of Abuse and Pharmaceuticals in Blood. *Journal of Analytical Toxicology.* 2021 Feb 6;45(1):28–43.
70. Volkow ND, Blanco C. Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry.* 2023 Jun;22(2):203–29. doi: 10.1002/wps.21073
71. Center for Substance Abuse Treatment, United States Substance Abuse and Mental Health Services Administration, RTI International, Knowledge Application Program. Clinical drug testing in primary care. U.S. Dept. of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment;2012.
72. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide: Third Edition: (686332012-001). 2012. [Dataset]. <https://doi.org/10.1037/e686332012-001>
73. Meneses Castañó CY. Eficacia de las estrategias en rehabilitación para la salud mental de pacientes en adicción a drogas. *Revisión sistemática.* 2022;37(03):826–50. doi: 10.14482/sun.37.3.616.891
74. Marlatt GA, Donovan DM. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. 2<sup>a</sup> ed. Guilford Press; 2005.
75. Brady KT, McCauley J, Back SE, et al. Co-occurring substance use and psychiatric disorders: Current knowledge and future directions. *Addict Sci Clin Pract.* 2020;15(1):1-17.
76. Gold JA, Magnan E, Weyrich M, Miller M, Melnikow J, Moulin A, et al. Stigma and barriers to treatment for substance use disorders among healthcare professionals. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2023;18(1):1–10.
77. Cazalis A, Lambert L, Auriacombe M. Stigmatization of people with addiction by health professionals: Current knowledge. A scoping review. *Drug Alcohol Depend Rep.* 2023;9:100196.
78. El Hayek S, Foad W, de Filippis R, Ghosh A, Koukach N, Mahgoub Mohammed Khier A, et al. Stigma toward substance use disorders: A multinational perspective and call for action. *Front Psychiatry.* 2024;15.