



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

SEDE CUENCA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD QUE
CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN
CRATI. PERÍODO MARZO-AGOSTO 2022**

Trabajo de titulación previo a la obtención del
título de Licenciado en Psicología

AUTORES: GABRIELA ALEXANDRA ARÉVALO ARÍZAGA

IVÁN FERNANDO AUQUI MUÑOZ

TUTOR: PS. CL. PEDRO ANDRÉS MUÑOZ ARTEAGA, MGS.

Cuenca - Ecuador

2022

**CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO DE
TITULACIÓN**

Nosotros, Gabriela Alexandra Arévalo Arízaga con documento de identificación N° 0105546691 e Iván Fernando Auqui Muñoz con documento de identificación N° 0105917652; manifestamos que:

Somos los autores y responsables del presente trabajo; y, autorizamos a que sin fines de lucro la Universidad Politécnica Salesiana pueda usar, difundir, reproducir o publicar de manera total o parcial el presente trabajo de titulación.

Cuenca, 26 de julio del 2022.

Atentamente,



Gabriela Alexandra Arévalo Arízaga

0105546691



Iván Fernando Auqui Muñoz

0105917652

**CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE
TITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**

Nosotros, Gabriela Alexandra Arévalo Arízaga con documento de identificación N° 0105546691 e Iván Fernando Auqui Muñoz con documento de identificación N° 0105917652, expresamos nuestra voluntad y por medio del presente documento cedemos a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que somos autores de la Sistematización de experiencias prácticas de investigación: “Ansiedad y depresión en adultos de 18 a 60 años de edad que consumen sustancias psicoactivas del Centro de Rehabilitación CRATI. Período marzo-agosto 2022”, la cual ha sido desarrollada para optar por el título de: Licenciado en Psicología, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En concordancia con lo manifestado, suscribimos este documento en el momento que hacemos la entrega del trabajo final en formato digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

Cuenca, 26 de julio del 2022.

Atentamente,



Gabriela Alexandra Arévalo Arízaga

0105546691



Iván Fernando Auqui Muñoz

0105917652

CERTIFICADO DE DIRECCION DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Pedro Andrés Muñoz Arteaga con documento de identificación N° 0104977053, docente de la Universidad Politécnica Salesiana, declaro que bajo mi tutoría fue desarrollado el trabajo de titulación sistematización de experiencias prácticas de investigación: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS DE 18 A 60 AÑOS DE EDAD QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN CRATI. PERÍODO MARZO-AGOSTO 2022, realizado por Gabriela Alexandra Arévalo Arízaga con documento de identificación N° 0105546691 y por Iván Fernando Auqui Muñoz con documento de identificación N° 0105917652, obteniendo como resultado final el trabajo de titulación bajo la opción Sistematización de experiencias prácticas de investigación que cumple con todos los requisitos determinados por la Universidad Politécnica Salesiana.

Cuenca, 26 de julio del 2022

Atentamente,



Ps. Cl. Pedro Andrés Muñoz Arteaga, Mgs.

0104977053

INDICE

I. Planteamiento del problema	8
II. Justificación y Relevancia	9
III. Objetivos de la investigación.....	10
IV. Preguntas de Investigación.....	11
V. Marco Teórico Referencial.....	11
VI. Variables.....	20
VII. Hipótesis.....	20
VIII. Metodología	21
IX. Población y Muestra	23
X. Descripción de los datos producidos	23
XI. Presentación de los resultados descriptivos.....	24
XII. Análisis de los resultados	34
XIII. Interpretación de los resultados	36
XIV. Conclusiones	37
XV. Referencias Bibliográficas.....	39
Anexo 1.....	45

LISTA DE TABLAS

TABLA 1.....	26
TABLA 2.....	29
TABLA 3.....	31
TABLA 4.....	33
TABLA 5.....	36

LISTA DE GRÁFICOS

FIGURA 1	27
FIGURA 2	27
FIGURA 3	28
FIGURA 4	30
FIGURA 5	30
FIGURA 6	31
FIGURA 7	32
FIGURA 8	32
FIGURA 9	34
FIGURA 10	34
FIGURA 11	35
FIGURA 12	36

I. Planteamiento del problema

La depresión y la ansiedad son dos problemáticas que afectan frecuentemente a un adulto por consumo de sustancias psicoactivas. La ansiedad provoca un mayor o menor grado de malestar, fruto de esa amenaza que el sujeto no puede afrontar con éxito por lo que, la percepción que tenemos de este malestar se traduce en pensamientos y sentimientos negativos, percepción de alta activación fisiológica, etc. Es bien conocida la interrelación entre depresión, ansiedad y conducta adictiva: un sujeto depresivo o ansioso puede recurrir al consumo de sustancias como medio paliativo. También es habitual que los adictos a sustancias padezcan depresión o ansiedad como enfermedad asociada (Contreras *et al.*, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo, debido al uso nocivo del alcohol, que representan el 5,9% de todas las defunciones. Por otro lado, 6 millones de personas murieron a causa del tabaco y alrededor de 200 mil murieron a causa del uso de otras drogas, además, En Cuba, en la última década, se han realizado estudios de forma aislada, según los resultados de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2014, la proporción de hombres que bebe alcohol es superior a la proporción en la mujer. El Anuario Estadístico de Salud del año 2016, reportó 505 defunciones por trastornos mentales debidos al uso del alcohol y otras sustancias psicoactivas, para una tasa de 4,5 por cada 100 000 habitantes. En la actualidad, son conocidas las consecuencias negativas que tiene el consumo de las drogas, tanto médicas y legales, como no médicas e ilegales, etc (Contreras *et al.*, 2020).

En Ecuador, existen investigaciones centradas en la población adultos jóvenes que han relacionado al consumo de drogas con el estado de ánimo deprimido y ansioso (Rodríguez *et al.*, 2005) además, consideran al consumo abusivo de alcohol y otras sustancias donde los adultos jóvenes se ven afectados entre un 5 y 18%, lo que implica un gran problema de salud pública por

su alta comorbilidad. Por lo que, el consumo de alcohol en adultos jóvenes ocupa el primer lugar con un 3.6%, seguido del tabaco con 1.7% y el resto de las drogas con el 3.3%. En la ciudad de Ambato se estimó un consumo de alcohol en un 22.7%, tabaco en un 21.9%, y cannabis en un 12.4% (Moreta, *et al.*, 2018).

En cambio, en la ciudad de Cuenca se llevó a cabo un estudio con adultos jóvenes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, dando como resultado que la ansiedad y depresión están correlacionados, y a su vez afectan a su manejo y rehabilitación. Según la investigación el 90,3% presentó ansiedad, el nivel de ansiedad leve se evidenció un 51,2%; un 93,1% presentaron depresión, el nivel que con mayor frecuencia se presentó fue depresión moderada con un 36,1% en dicha población (Chacón, 2016).

En el centro “Crati” en donde se pretende llevar a cabo la investigación no se ha podido evidenciar estudios sobre los niveles de ansiedad y depresión que presentan los adultos que consumen sustancias psicoactivas, por lo que consideran oportuno y acertado aplicar pruebas psicométricas relacionadas a estas variables, por lo tanto es una importante motivación realizarlo, debido a que según los estudios antes revisados, existen altos niveles de comorbilidad entre estas patologías y el consumo de sustancias psicoactivas.

II. Justificación y Relevancia

Los adultos al momento de enfrentar problemas o situaciones difíciles, a menudo recurren al consumo de sustancias psicoactivas, sus efectos a nivel del sistema nervioso central, tienen repercusiones a nivel cognitivo y diversos investigadores han estudiado el impacto en la esfera emocional, y a su vez presentan una comorbilidad con niveles altos de ansiedad y depresión (Carrillo & León, 2018).

Se debe tener en cuenta que la relación de los estados de ánimo, la ansiedad y el consumo de sustancias son bidireccionales, varían simultáneamente por lo que interviene en el inicio del consumo o incrementan los síntomas de ansiedad y depresión (Ibáñez *et al.*, 2020). Por otro lado, existe la hipótesis de la automedicación, en donde la depresión y la ansiedad se presentan antes del consumo de drogas (Restrepo *et al.*, 2018).

Además, el consumo de sustancias adictivas es quizá uno de los problemas de salud más relevantes de esta época y comprende gran cantidad de variables que impactan, de diversas formas, en la comprensión y el análisis de los sujetos (Carrillo & León, 2018).

Con esta investigación pretendemos generar un gran impacto a nivel institucional y social, debido a que los niveles de ansiedad y depresión, no sólo afectan a los adultos por consumo, si no también a su entorno familiar, social, educativo, etc. Por lo tanto, estos resultados podrán ser utilizados para el beneficio de los profesionales del Centro Crati, para que de esta manera se puedan tomar acciones pertinentes y se pueda contrarrestar los niveles de ansiedad y depresión, garantizando un adecuado diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en beneficio de los adultos (Chacón, 2016).

III. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Evaluar la relación entre los niveles de ansiedad y los niveles de depresión en los adultos de 18 a 60 años que consumen sustancias psicoactivas del Centro de Rehabilitación CRATI, periodo marzo – agosto 2022

Objetivos específicos

1. Identificar los niveles de ansiedad en los adultos que consumen sustancias psicoactivas.

2. Señalar los niveles de depresión en los adultos que consumen sustancias psicoactivas.
3. Determinar la relación entre los niveles de ansiedad y los niveles de depresión en los adultos que consumen sustancias psicoactivas.

IV. Preguntas de Investigación

¿Cuáles son los niveles de ansiedad que presentan los adultos de 18 a 60 años que consumen sustancias psicoactivas del Centro de Rehabilitación Crati?

¿Cuáles son los niveles de depresión que presentan los adultos de 18 a 60 años que consumen sustancias psicoactivas del Centro de Rehabilitación Crati?

¿Existe una relación entre los niveles de ansiedad y niveles de depresión en los adultos de 18 a 60 años que consumen sustancias psicoactivas del Centro de Rehabilitación Crati?

V. Marco Teórico Referencial

Antecedentes

Desde tiempos remotos el uso de sustancias ha acompañado al hombre en rituales, prácticas medicinales, costumbres u otras actividades humanas (Becoña & Cortez, 2016). Sin embargo, desde el siglo XX el uso de estos psicoactivos ha aumentado y dado lugar a distintas problemáticas sociales (Manchikanti *et al.*, 2017). En la actualidad el consumo de sustancias es una problemática relevante para el ámbito de la salud a nivel global porque, además de generar un desequilibrio a nivel individual, afecta la calidad de vida de la familia y de la sociedad (Aguilera, 2020).

Según los reportes sobre el consumo de distintas sustancias a nivel global en 2016, cerca de 268 millones de individuos entre 15 a 65 años consumieron algún tipo de droga; para el año 2017 esta cifra incrementó a 271 millones (Oficina de la Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2018, 2019). A nivel nacional, el Informe de Consumo de Drogas en las Américas en el último reporte de 2014 sobre Ecuador menciona que existe una prevalencia preocupante de

consumo de sustancias con el alcohol (15 %), el tabaco (10 %), la cocaína (2.14 %) y la marihuana (2 %) (Organización de Estados Americanos [OEA], 2019).

Trastorno por consumo de sustancias

El consumo de sustancias es la introducción de cualquier droga en el organismo mediante vía inhalatoria, de ingestión, intramuscular o intravenosa capaz de generar cambios en el sistema nervioso y provocar alteraciones físicas o psicológicas (León *et al.*, 2021). Aunque el consumo de estas sustancias produce un sinnúmero de efectos, su categorización como patología depende de ciertas características que distinguen *a) uso*: contacto esporádico con la droga; *b) abuso*: reiterado consumo en cantidades y frecuencias mayores a las iniciales; y, *c) adicción o dependencia*: consumo riesgoso dependiente en lo físico y psíquico (Cortés *et al.*, 2020; Sanz, 2019).

Con respecto a esta última categorización, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) (2013) no utiliza el término adicción o dependencia, sino que integra el término *trastorno por consumo de sustancias* de manera neutral para todo tipo de uso patológico de drogas o sustancias psicoactivas; dicha entidad, se define como el conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican una ingesta continuada de cualquier tipo de sustancia (10 reconocidas oficialmente) a pesar de la aparición de consecuencias significativas y recurrentes por el consumo repetido.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021) manifiesta que el abuso de sustancias con el tiempo puede generar el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias de manera crónica, que se caracterizan por la necesidad intensa de consumo y pérdida de capacidad de control a pesar de las consecuencias como deterioro de la salud, pérdida del funcionamiento interpersonal, familiar, académico o laboral.

Drogas de consumo

Las drogas de consumo son todas aquellas sustancias susceptibles de ser autoadministradas por cualquier vía, frecuentemente sin una prescripción médica, capaces de generar efectos psicoactivos en el organismo que involucran alteraciones en la percepción, el estado de ánimo, el estado de consciencia, el comportamiento y la personalidad del individuo (Sáenz, 2019). Aunque existen diversos sistemas de clasificaciones de estas drogas, los mayormente utilizados se centran en los efectos que causan en el sistema nervioso y el tipo de uso que se les otorga.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5] agrupa 10 tipos que corresponden cada las categorías diagnósticas dentro del espectro de los trastornos de consumo; esta clasificación incluye una tipologización específica: a) el alcohol, b) la cafeína, c) el cannabis, d) los alucinógenos, e) los inhalantes, f) los opiáceos, g) los sedantes, h) los hipnóticos y ansiolíticos, i) los estimulantes, j) el tabaco, y, k) desconocidos (APA, 2013).

Por otro lado la clasificación de acuerdo al uso, se compone de tres tipos: a) *el experimental*, consiste en el consumo por el deseo de probar de manera casual una o varias sustancias, entre una o dos ocasiones; b) *el recreativo*, consta de un uso de manera social, es decir, en situaciones de entretenimiento u ocio; y, c) *el habitual*, refiere a la ingesta de sustancias de manera repetida y constante (Gray, 2020). Cabe recalcar que su uso sea continuo, esporádico u ocasional puede tener consecuencias negativas en sus ámbitos físicos, psicológicos y sociales, con la posibilidad de una sobredosis o la muerte (Mite & Peña, 2021).

Modelos teóricos del consumo de drogas

Existen dos enfoques que describen el por qué se produce una patología asociada al consumo de estas sustancias. El primero es *el biológico*, desde la neurociencia, explica que las drogas actúan de manera similar a los reforzadores naturales sobre el sistema de recompensa y placer cerebral,

entonces, al consumir la sustancia, a medio y largo plazo, se deja de producir un efecto saciante, que luego conlleva a consumo en mayor medida para experimentar la misma satisfacción (efecto priming) generando comportamientos desadaptativos (Razón *et al.*, 2017).

En cambio, el enfoque de *los factores biopsicosociales* toma como punto de partida a la persona por sobre la sustancia, postula que el abuso de las drogas es resultado de los contactos establecidos entre el individuo y su entorno social mediante mecanismos de aprendizaje: el refuerzo social, modelado por observación, la experiencia directa de sus efectos anticipatorios y la dependencia física; además, los eventos estresantes, las presiones, el trabajo, la familia y el apoyo social que tiene el sujeto desempeñan un papel fundamental por sobre la predisposición biológica (Bandura, 1969; Díaz, 2019).

(Caraveo & Colmenartes, 2002) añaden que los trastornos mentales anteceden a los de abuso de sustancias psicoactivas; enfatizan que la aparición de los trastornos psiquiátricos o de la personalidad pueden dar paso a un abuso de sustancias y que algunos individuos que presentan trastornos al inicio de su infancia o de su adolescencia muestran niveles de alto riesgo para consumir alguna droga.

Efectos del consumo de sustancias

Dependiendo de la naturaleza de las sustancias, estas pueden ocasionar ciertas respuestas desorganizadas de ansiedad, fobias, depresión, u obsesiones, ya sea antes, durante o después del consumo; por ello, es complejo el estudio de la relación causal, ya que, el consumo continuado o abuso de sustancias puede provocar ciertos trastornos psicológicos, de igual manera, la presencia de estos desórdenes pueden inducir o incrementar el consumo de sustancias (Molina *et al.*, 2020). A pesar de que el consumo y abuso de sustancias compromete una gama de efectos negativos, las principales dimensiones que se ven alteradas son la afectividad y la cognición, se ha confirmado

que las personas que padecen un trastorno por consumo de sustancias experimenta problemas afectivos en funciones como el procesamiento, reconocimiento y toma de decisiones relacionadas con las emociones (Fernández, 2019). Otros investigadores reconocen la relación que existe entre la depresión y la conducta adictiva, ya que un sujeto depresivo puede recurrir al consumo de sustancias como un medio paliativo, del mismo modo, es habitual que los sujetos con conductas adictivas padezcan depresión como enfermedad asociada (Campos & Martínez, 2002; Contreras *et. al.*, 2020).

Algunas investigaciones manifiestan la importante relación que hay entre el consumo y el abuso de algunas sustancias y la presencia de problemas de salud relacionados con la ansiedad. Sin embargo, es difícil establecer cuál es el papel específico que juega cada sustancia en el inicio, mantenimiento o empeoramiento del trastorno específico de ansiedad. Esto se debe a varios motivos: en primer lugar, la mayoría de las sustancias psicoactivas suelen consumirse en asociación con otras, tal como el alcohol y el tabaco (policonsumo). En segundo lugar, se considera que el comienzo del trastorno de ansiedad podría preceder, en muchas ocasiones, al consumo de la sustancia, o simplemente coincidir en el tiempo. En tercer lugar, existen pocos trabajos de investigación concluyentes sobre la provocación de un trastorno de ansiedad por consumo de sustancias psicoactivas. Finalmente, diferentes patologías pueden ir asociadas al trastorno de ansiedad junto al consumo de sustancias. Como consecuencia de esta comorbilidad, se hace aún más complicado establecer la relación directa entre la sustancia y cada problema en particular (Irrutia *et al.*, 2009).

Caraveo & Colmenartes (2002) mencionan que el trastorno mental es uno de los factores predisponentes que llevan a un posible trastorno por consumo de sustancias. Existen algunos estudios que demuestran que los trastornos mentales anteceden a los de abuso de sustancias psicoactivas; enfatizando que al inicio de una patología mental con respecto a un trastorno por

abuso de sustancias se evidencia un aproximado de cinco años, también que la aparición de los trastornos psiquiátricos pueden dar paso a que pueda comenzar el abuso de sustancias, y por último que los individuos que presentan trastornos mentales al inicio de su infancia y de su adolescencia muestran niveles de alto riesgo para consumir drogas.

Ansiedad

La terminología de la ansiedad surge en el siglo XVII para describir a la aflicción que padece el sistema nervioso cuando se produce el miedo, nerviosismo y conductas fracasadas; actualmente, se toma en consideración la psiquis del sujeto, para definirla como un estado de tensión excesiva frente una situación amenazante real o imaginaria del medio ambiente o social (Sierra *et al.*, 2003; Conti & Stagnaro, 2007; Rojas, 2014).

A pesar de que esta definición se toma como patología, la ansiedad es una respuesta natural del cuerpo humano que genera un estado de alerta frente a situaciones de amenaza, puede manifestarse con miedo de forma física, mental o emocional. Además tiene un carácter instintivo o es un rasgo de personalidad cuando un sujeto tiene la propensión ansiosa a percibir diferentes situaciones como peligrosas (Álvarez, 2014).

Aron Beck distingue a la ansiedad en dos categorías a partir de las capacidades del sujeto y las situaciones amenazantes (reales o imaginarias). Cuando se produce una sobreestimación de las situaciones de peligro e infravaloración de sus capacidades del sujeto se genera una ansiedad patológica o desadaptativa. Por lo tanto, se puede observar dos categorizaciones del término: como un tipo de reacción adaptativa o como una enfermedad (Díaz *et al.*, 2012).

Martínez y López (2011) explican la ansiedad desde la biología cerebral; para estos autores, el circuito cerebral del miedo tienen principal protagonismo: hay un incremento de respuesta en la amígdala ante estímulos que generen miedo, esto se debe a una “disminución de la capacidad de

la corteza prefrontal ventral para disminuir la respuesta de miedo antes de que se extinga junto con disminución de la conectividad con el hipocampo” (p. 102).

William Hamilton manifestó que existen tipos de ansiedad según el tipo de sintomatología: ansiedad psíquica, que refiere a la sintomatología de tipo subjetivo que manifiesta el individuo como la preocupación, alteraciones en el ciclo del sueño, dificultades en la concentración, a presión, entre otros; y, la ansiedad somática, que son síntomas manifestados orgánicamente como la sequedad en la boca, dolor muscular, taquicardia, cefalea, entre otros (Heredia & Peralta, 2021). Desde un punto de vista clínico, la ansiedad cae dentro de la categoría de trastorno cuando produce determinados síntomas a nivel de todas las dimensiones del sujeto: producen un desequilibrio en los ámbitos personales, familiares, sociales, laborales, etc., afectando significativamente en su desarrollo psicosocial, por otro lado, si es provocado por sustancias psicoactivas pueden desencadenar síntomas relevantes de ansiedad asociadas a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico (Vintimilla *et al.*, 2020).

La conceptualización más aceptada sobre los trastornos de ansiedad se describe en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5], que menciona que estos trastornos contienen características parecidas al miedo que empieza con una respuesta emocional necesaria de activación automática como mecanismo de huida ante una amenaza real o imaginaria, además, asegura que se produce una tensión muscular, vigilancia excesiva o comportamientos evitativos de manera anticipada hacia una amenaza futura (APA, 2013).

De acuerdo a la clasificación de los trastornos de ansiedad existen las siguientes patologías: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos y el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica que es el trastorno de interés en este estudio (APA, 2013).

La ansiedad es una respuesta natural del cuerpo humano, el cual genera un estado de alerta frente a situaciones de estrés, que pueden manifestarse de forma física, mental o emocional que se asocian al miedo. Los trastornos de ansiedad producen un desequilibrio, tanto en los ámbitos personales, como también familiares, sociales, laborales, etc., afectando significativamente en su desarrollo psicosocial y, por otro lado, si es provocado por sustancias psicoactivas pueden desencadenar síntomas relevantes de ansiedad asociadas a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico (Vintimilla *et al.*, 2020).

Depresión

El interés sobre el estudio de la depresión empieza con la discusión acerca de la “melancolía”, término utilizado por filósofos griegos, que refiere a una actitud y estado de ánimo deteriorado; Hipócrates lo definió como la unión entre el miedo y la tristeza; el abordaje más formal empezó con el psiquiatra Kahl Baum, quien cambió el término melancolía por el de “distimia”; y, finalmente sería el psiquiatra suizo Adolf Meyer quien lo cambiaría por el de “depresión” para su uso a futuro (Zarragoitía, 2011; Lazo, 2019).

A partir de entonces se desarrollaron varias conceptualizaciones de esta entidad y las más recientes se expondrán a continuación. Según la Organización Mundial de la Salud (2017), la depresión es una alteración del estado de ánimo, que se caracteriza por una profunda tristeza, pérdida de interés, frustración, falta de esperanza, vacíos en la persona en general. En la depresión grave las personas tienden a somatizar algunos síntomas que se ven reflejados en las funciones corporales como dolores de cabeza, mareos, palpitaciones, etc.

La Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2014) conceptualiza a la depresión como un conjunto de varias enfermedades con una característica en común “[...] la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan

significativamente a la capacidad funcional del individuo” (p.155). Para Beck & Alford (2009) esta enfermedad se compone de varios atributos o características, entre los cuales se encuentran: una alteración específica del estado de ánimo; una visión negativa de sí mismo que se encuentra asociada con remordimiento y autculpabilidad; deseos de autocastigo; cambios fisiológicos y cambios en el comportamiento.

A decir del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la clasificación de los trastornos depresivos es la siguientes: a) Trastorno de depresión mayor, b) Trastorno depresivo persistente (distimia), c) Trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo, d) Trastorno disfórico premenstrual, e) Trastorno debido a otra afección médica, f) Otro trastorno depresivo especificado, y, g) Otro trastorno depresivo no especificado. Estos trastornos se diferencian por la etiología, presentación temporal y duración (APA, 2013).

En la actualidad, varios estudios aseguran que la depresión tiene varios factores etiológicos, biológicos y psicológicos principalmente. Desde el factor *biológico*, se asegura que esta enfermedad puede ser endógena, es decir, se relaciona con la herencia o genética del sujeto, mientras que la depresión *psicógena* puede estar determinada por factores de personalidad, factores estresantes, acontecimientos vitales, sucesos traumáticos, entre otros (Feldman, 2010).

La depresión es una alteración del estado de ánimo, que se caracteriza por una profunda tristeza, pérdida de interés, frustración, falta de esperanza, vacíos en la persona en general. En la depresión grave las personas tienden a somatizar algunos síntomas que se ven reflejadas en las funciones corporales como dolores de cabeza, mareos, palpitaciones, etc., (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En conclusión, en la ansiedad es donde existe una actividad del cuerpo y la mente que se acelera, mientras que la depresión se hace más lenta y a menudo sigue a la ansiedad, nos fuerza adescansar, ésta podría ser su función (Trickett, 2012, p. 17).

VI. Variables

Reyes-Ticas (2018) menciona que la ansiedad es la más común y universal de las emociones. Es sinónimo de congoja, preocupación, desasosiego ante acontecimientos futuros o situaciones de incertidumbre. Es la anticipación temerosa de peligro inminente acompañada de un sentimiento intenso y displacentero o de síntomas físicos ubicados en cualquier región de la geografía corporal. Implica el presentimiento de que algo grave le va a ocurrir al sujeto (p. 5).

La organización de la salud (2017) refiere que los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana. En su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio (p.7).

Cruz *et al.*, (2018) indican el consumo de sustancias psicoactivas es un problema de carácter de salud pública que se produjo por el resultado de un proceso de construcción social que se está agudizando con el paso del tiempo y que cada vez esto tiene inicio desde edades más tempranas, causando que cuando este llega a ser problemático, pueda ocasionar varios efectos negativos sobre la salud física y mental de cada individuo, además de que esto promueve comportamientos de riesgo teniendo como consecuencias una alta probabilidad de muerte (p.98).

VII. Hipótesis

- Existe una correlación entre los niveles de ansiedad y depresión en los consumidores del Centro de Rehabilitación “Crati”.

VIII. Metodología

Enfoque de la investigación

El presente trabajo investigativo será de tipo cuantitativo pues nos permite unificar y analizar los datos numéricos sobre variables previamente determinadas con más exactitud (Hernández-Sampieri, 2018).

Tipo de diseño

El diseño de esta investigación será no experimental de tipo transversal puesto que, se recolectará datos en un solo período de tiempo y se aplicara los instrumentos una sola vez a los participantes, debido a que realizaremos estudios de las variables tal y como se dan en su contexto para después analizarlos.

Tipo de estudio

Esta investigación será de carácter descriptivo-correlacional. Descriptivo porque pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren y no pretendemos manipular o modificar las mismas. Y correlacional porque asocian variables mediante un patrón predecible para un grupo o población (Hernández-Sampieri, 2018).

Instrumentos

Escala de Ansiedad de Hamilton. Es un instrumento que consta de 14 ítems, para identificar y medir el grado de ansiedad en adultos a partir de los 18 años de edad. El participante debe seleccionar un conjunto de cinco alternativas en una escala tipo Likert ordenadas de menor a mayor severidad (0 a 5) con una suma total que oscila entre 0 y 56 puntos. El puntaje entre 0 y 5 equivale a no ansiedad, entre 6 y 14 a ansiedad leve, y un puntaje mayor a 15 equivale a ansiedad

moderada/grave. Con la adaptación española el HARS tiene una consistencia interna .89 con lo que su confiabilidad para el presente estudio es adecuada por sus propiedades psicométricas (Lobo, 2002).

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Es un instrumento que consta de 21 ítems, para identificar y medir la gravedad de síntomas depresivos en adultos y adolescentes con un mínimo de edad de 13 años. El participante debe seleccionar en un conjunto de cuatro alternativas en una escala tipo Likert ordenadas de menor a mayor severidad (0 a 3 puntos) con una suma total oscila entre 0 a 63 puntos. Los puntajes entre 0 y 13 equivalen a sintomatología depresiva mínima, entre 14 y 19 a sintomatología depresiva leve, entre 20 y 28 sintomatología depresiva moderada, y mayor a 29 a sintomatología depresiva grave. En la validación española el BDI-II tiene una consistencia interna entre .73 y .95, con un alfa medio de .92. Además, de mostrar buenas propiedades psicométricas en adolescentes chilenos con un alfa de Cronbach de .91 en población clínica, .89 tanto para la muestra control como para la muestra representativa (Melipillán *et al.*, 2008).

Procesamiento y sistematización de datos

Una vez recopilada la información, los datos obtenidos fueron procesados a partir de la calificación que se realizó con cada uno de los instrumentos en una matriz realizada en excel y la tabulación de datos en el programa estadístico SPSS-25, de manera que facilitaron la visualización de los resultados que han sido organizadas en tablas y figuras. Asimismo se procedió a utilizar la opción de correlación de SPEARMAN que permite la creación de asociaciones con los datos obtenidos dentro de la investigación.

IX. Población y Muestra

Para la ejecución de esta investigación se obtuvo la participación de 30 adultos de 18 a 60 años, pacientes de género masculino quienes se encuentran en un tratamiento de adicciones y rehabilitación en el Centro “Crati”, y que presentan problemas con sustancias psicoactivas.

Criterios de inclusión

- Pacientes con edades entre 18 a 60 años.
- Pacientes del centro vinculados a su proceso de rehabilitación.
- Participación voluntaria

Criterios de exclusión

- Pacientes que no se encuentren en plena conciencia de sus capacidades cognitivas y volitivas.
- Pacientes con deterioro cognitivo.
- Pacientes con trastornos del neurodesarrollo.

X. Descripción de los datos producidos

Esta investigación utilizó los datos de 30 participantes varones con una edad comprendida entre los 18 a los 60 años de edad y con problemas por consumo de sustancias psicoactivas y/o conductas adictivas, quienes fueron usuarios del Centro de Rehabilitación CRATI. Se usó la información de aquellos participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio, es decir, firmaron el consentimiento informado. Se trabajó con toda la población internada en la institución participante en el estudio.

Para la recolección de información se manejó una ficha sociodemográfica elaborada por los autores, cuyo propósito fue recoger datos como edad, estado civil y nivel de educación. Para valorar los niveles de ansiedad de los participantes se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-

II [BDIII] en su versión al castellano (ver anexo) (Melipillán, 2008). Y para medir los niveles de ansiedad se empleó la Escala de Ansiedad de Hamilton [HARS] (ver anexo) adaptada al contexto español (Lobo, 2022).

XI. Presentación de los resultados descriptivos

En la presente sección se exponen los resultados acerca de las variables sociodemográficas de los participantes del estudio.

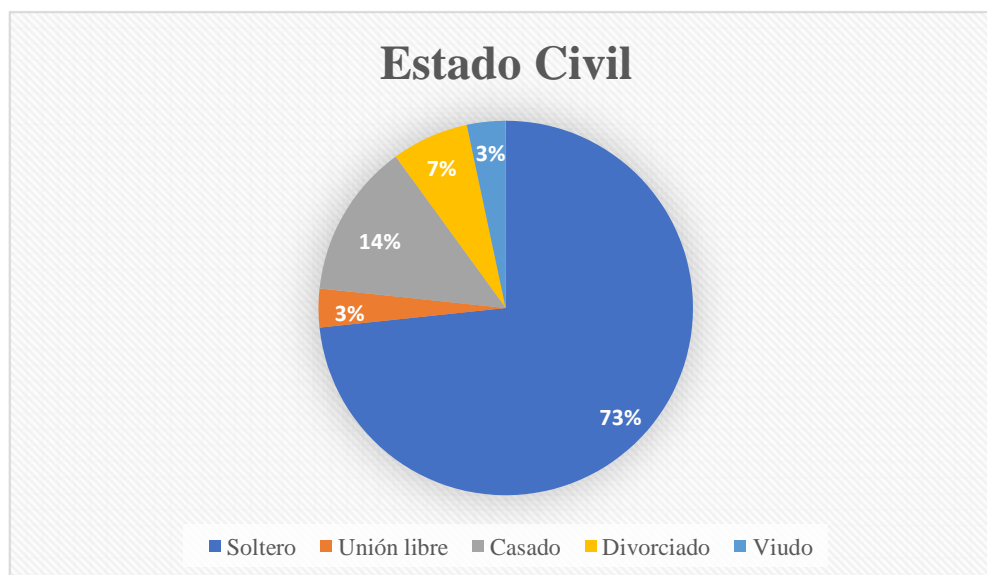
Tabla 1

Caracterización de los participantes del estudio

Variables sociodemográfica	Estadísticos descriptivos	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>Estado civil</i>		
Soltero	22	73.3
Unión libre	1	3.3
Casado	4	13.3
Divorciado	2	6.7
Viudo	1	3.3
<i>Rango de edad</i>		
18-28 años	17	57
29-39 años	7	23
40-50 años	3	10
51-60 años	2	7
>60 años	1	3
<i>Nivel de educación</i>		
Primaria	10	33.3
Secundaria	16	53.
Superior	4	13.3
<i>Total</i>	30	100

Nota. Elaborado por Arévalo y Auqui, 2022. La tabla detalla la distribución de frecuencias según el estado civil de la población, la edad y nivel de educación.

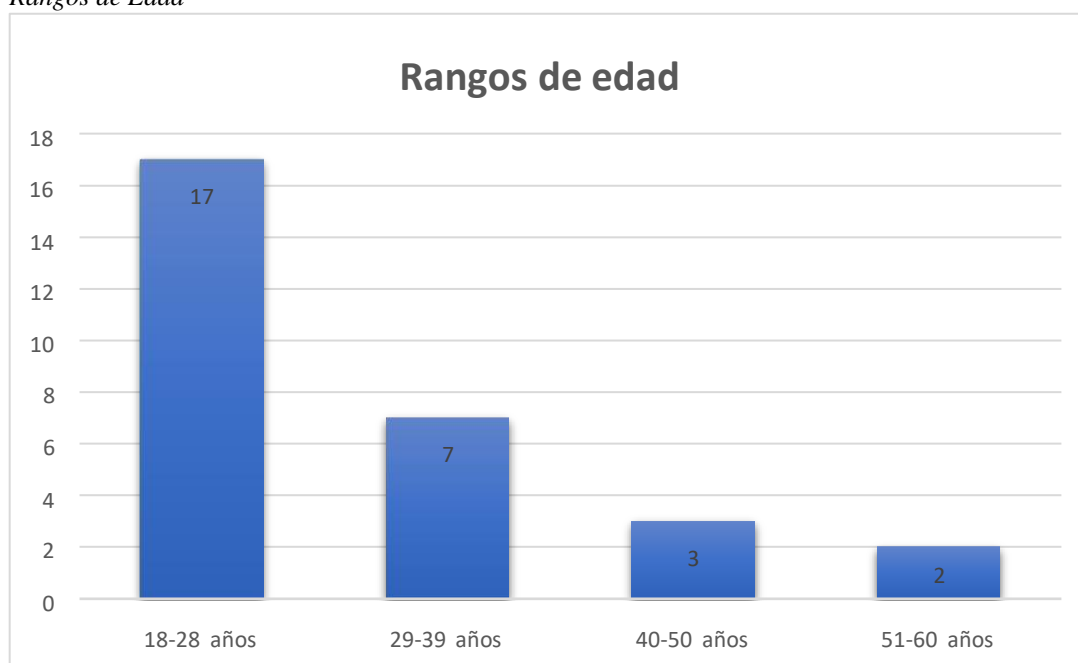
Figura 1
Estado Civil



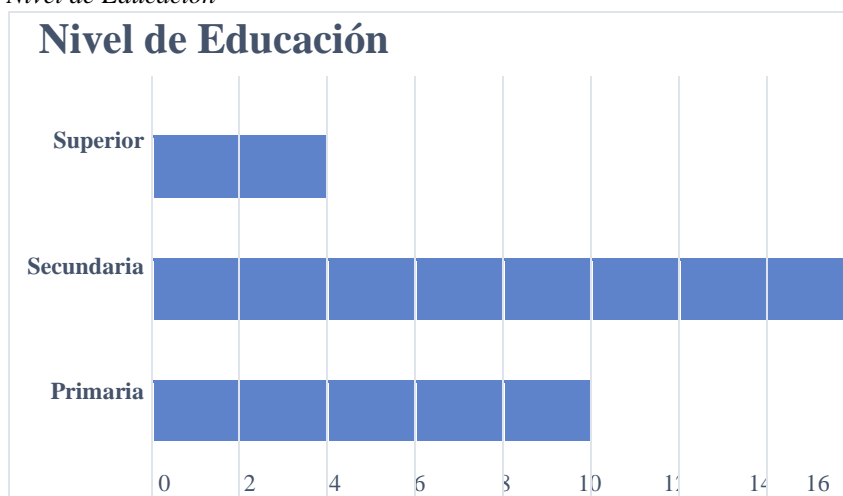
Nota. Elaborado por Arévalo y Auqui, 2022. Esta figura muestra el porcentaje del estado civil en el que se encuentran los usuarios.

Figura 2

Rangos de Edad



Nota. Elaborado por Arévalo y Auqui, 2022. Esta figura muestra en barras distribuidas por rangos los porcentajes de las edades obtenidas del estudio.

Figura 3*Nivel de Educación*

Nota. Elaborado por Arévalo y Auqui, 2022. Esta figura muestra en barras el porcentaje obtenido en la variable de nivel de educación.

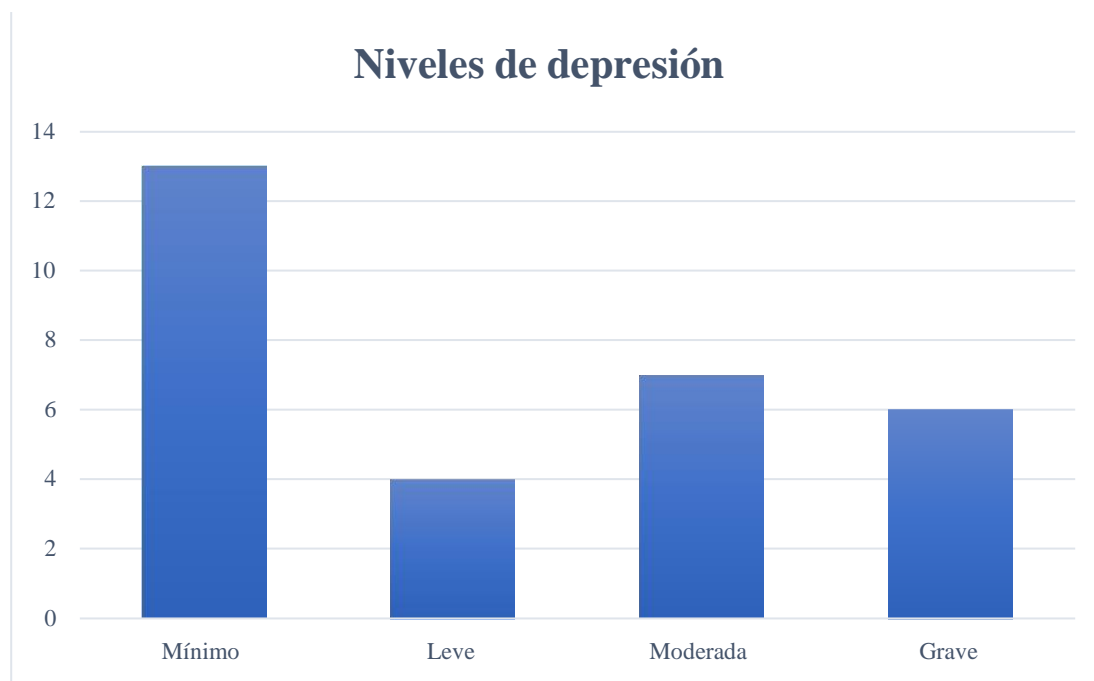
A partir de la calificación que se realizó con cada uno de los instrumentos en una matriz realizada en excel y la tabulación de datos en el programa estadístico SPSS-25, se obtuvieron los resultados expresados en las siguientes tablas.

Tabla 2*Valoración de la ansiedad y depresión en los participantes*

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Niveles de depresión</i>		
Mínimo	13	43.3
Leve	4	13.3
Moderada	7	23.3
Grave	6	20
<i>Niveles de ansiedad</i>		
Normal	9	30
Leve	8	26.7
Moderada	13	43.3
<i>Total</i>	30	100

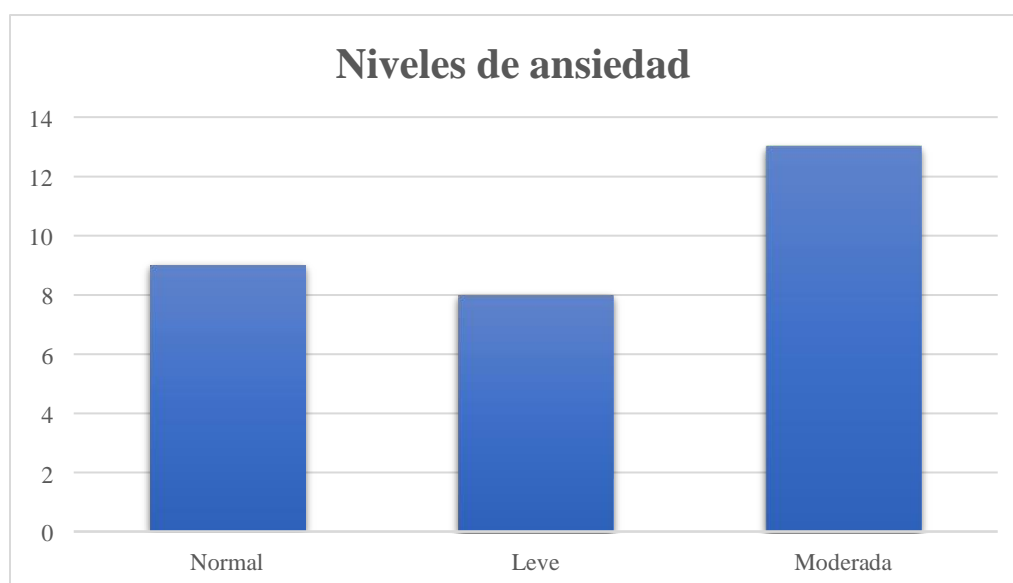
Nota. Elaborado por Arévalo y Auqui, 2022. En la Tabla se visualiza los niveles de depresión de los participantes.

Figura 4
Niveles de depresión



Nota. Elaborado por Arévalo y Auqui, 2022. Esta figura muestra en barras distribuidas por niveles de depresión los porcentajes obtenidos del estudio.

Figura 5
Niveles de ansiedad



Nota. Elaborado por Arévalo y Auqui, 2022. Esta figura muestra en barras distribuidas por niveles de ansiedad los porcentajes obtenidos del estudio.

Tabla 3*Niveles de depresión según las variables sociodemográficas*

Variables sociodemográfica	Niveles de depresión									
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Estado civil</i>										
Soltero	10	33.3	3	10	5	16.7	4	13	22	73
Unión libre	1	3.3	-	-	-	-	-	-	1	3.3
Casado	1	3.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3	4	13.3
Divorciado	1	3.3	-	3.3	-	3.3	1	3.3	2	6.7
Viudo	-	-	-	-	1	3.3	-	-	1	3.3
<i>Rango de edad 18-</i>										
28 años	8	26.6	3	10	3	10	3	10	17	57
29-39 años	2	6.6	-	-	3	10	2	6.67	7	23
40-50 años	1	3.3	1	3.33	-	-	1	3.33	3	10
51-60 años	2	6.6	-	-	-	-	0	-	2	7
>60 años	-	-	-	-	1	3.33	0	-	1	3
<i>Nivel de educación</i>										
Primaria	2	6.7	2	6.7	4	13.3	2	6.7	10	33.3
Secundaria	10	33.3	2	6.7	1	3.3	3	10	16	53.3
Superior	1	3.3	-	-	2	6.7	1	3.3	4	13.3
<i>Total</i>										
	13	43.3	4	13.3	7	23.3	6	20	30	100

Nota. Elaborado por Arévalo y Auqui, 2022. En la tabla se detalla los diferentes niveles de depresión según las variables sociodemográficas.

Figura 6

Niveles de depresión según las variables sociodemográficas del estado civil

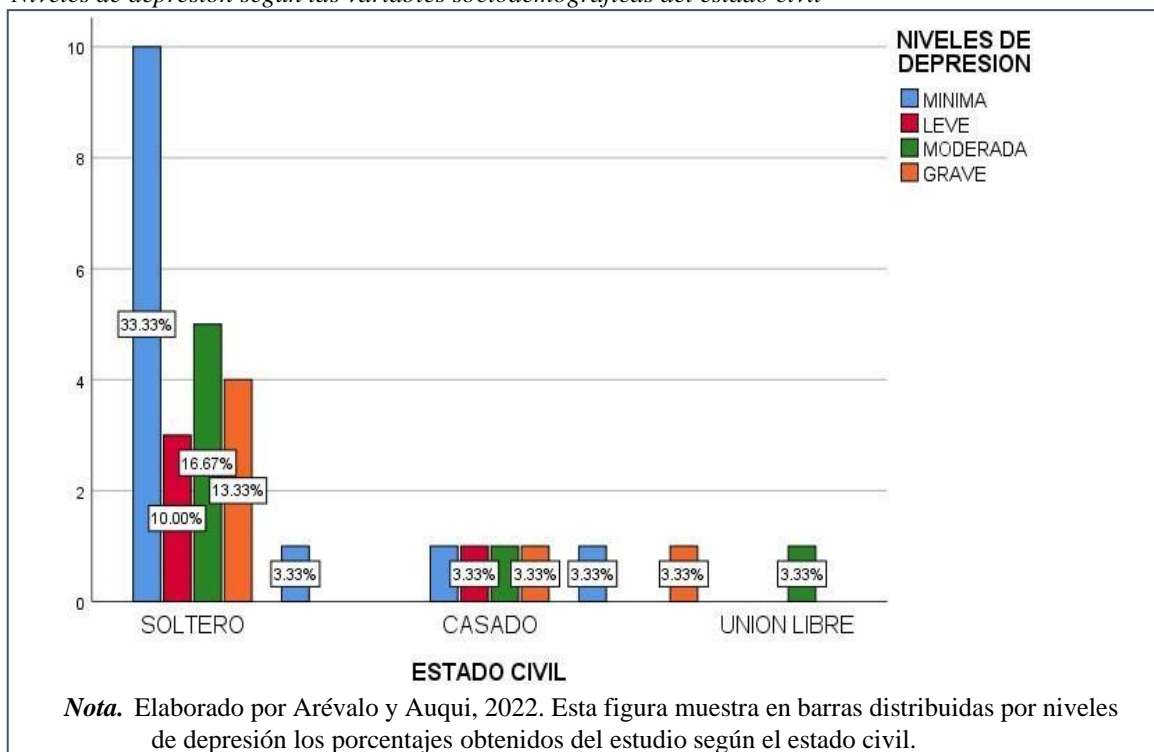


Figura 7

Niveles de depresión según las variables sociodemográficas según el rango de edad

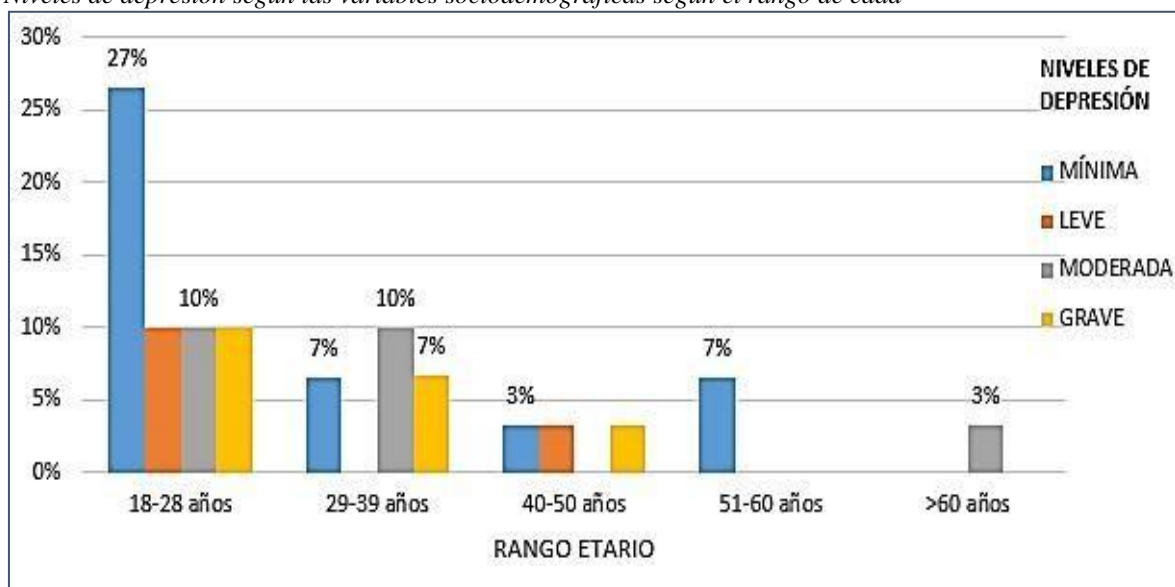


Figura 8

Niveles de depresión según las variables sociodemográficas del nivel educativo

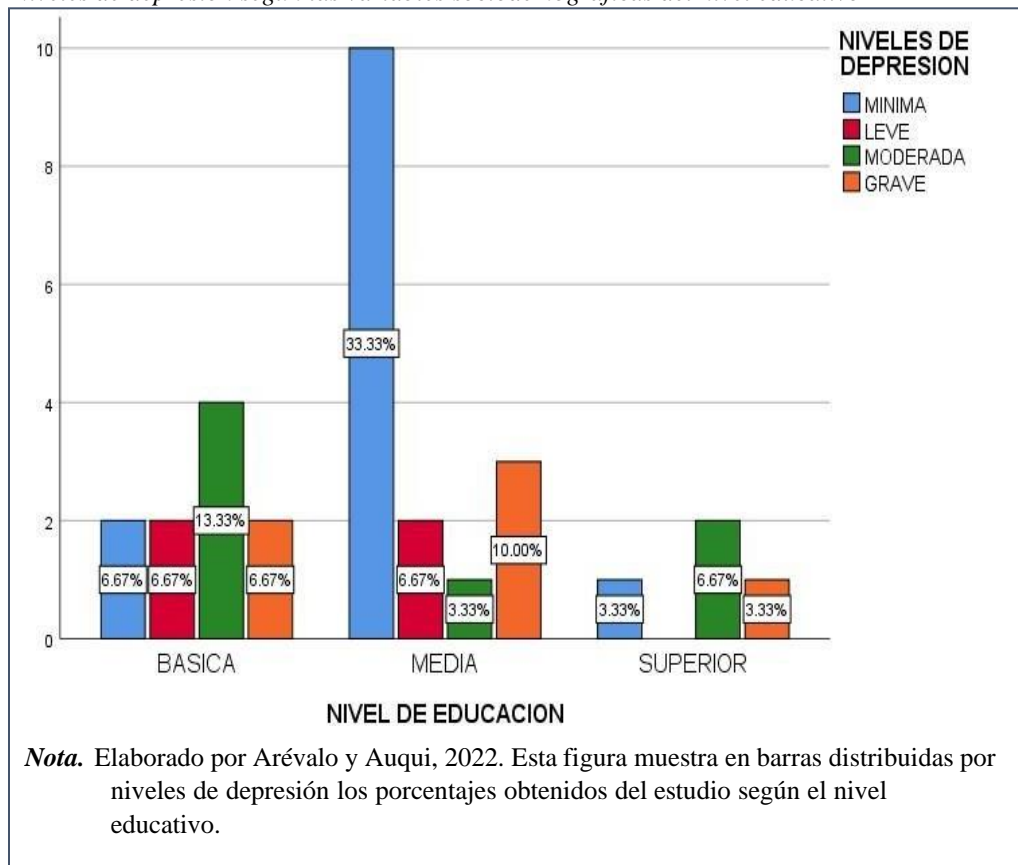


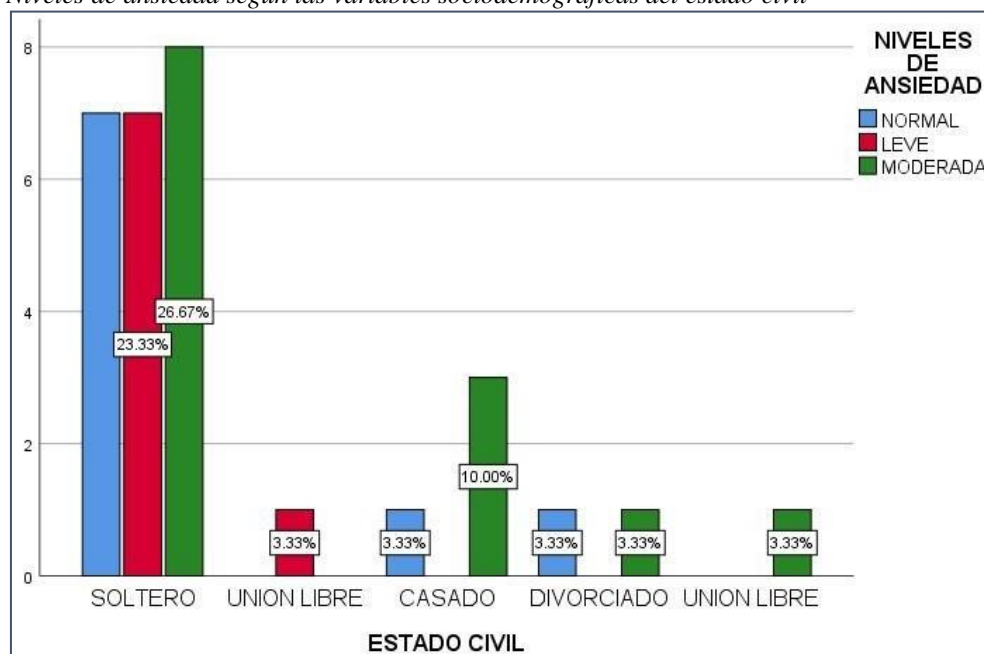
Tabla 4*Niveles de ansiedad según las variables sociodemográficas*

Variables sociodemográfica	Niveles de ansiedad							
	Normal		Leve		Moderada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Estado civil</i>								
Soltero	7	23.3	7	23.3	8	26.7	22	73.3
Unión libre	-	-	1	3.3	-	-	1	3.3
Casado	1	3.3	-	-	3	10	4	13.3
Divorciado	1	3.3	-	-	1	3.3	2	6.7
Viudo	-	-	-	-	1	3.3	1	3.3
<i>Rango de edad</i>								
18-28 años	6	20	5	16.6	6	20	17	57
29-39 años	1	3.3	2	6.6	4	13.3	7	23
40-50 años	-	-	1	3.3	2	6.6	3	10
51-60 años	2	6.67	0	-	0	-	2	7
>60 años Nivel -	-	-	0	-	1	3.3	1	3
<i>de educación</i>								
Primaria	2	6.7	2	6.7	6	20	10	33.3
Secundaria	6	20	5	16.7	5	16.7	16	53.3
Superior Total	1	3.3	1	3.3	2	6.7	4	13.3
	<u>9</u>	<u>30</u>	<u>8</u>	<u>26.7</u>	<u>13</u>	<u>43.3</u>	<u>30</u>	<u>100</u>

Nota. Elaborado por Arévalo y Auqui, 2022. En la tabla se detallan los diferentes niveles de ansiedad según las variables sociodemográficas.

Figura 9

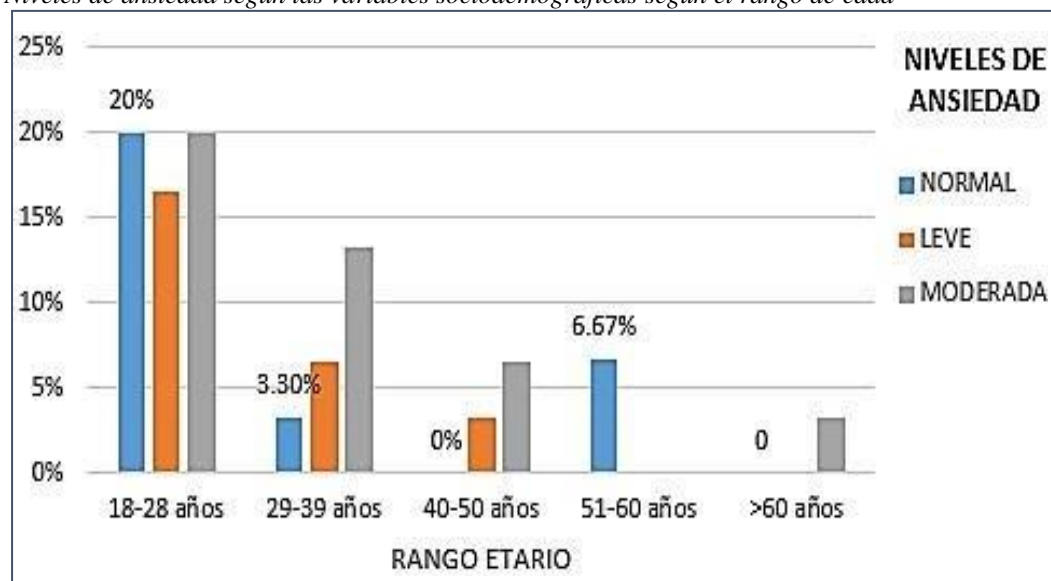
Niveles de ansiedad según las variables sociodemográficas del estado civil



Nota. Elaborado por Arévalo y Auqui, 2022. Esta figura muestra en barras distribuidas por niveles de ansiedad los porcentajes obtenidos del estudio según el estado civil.

Figura 10

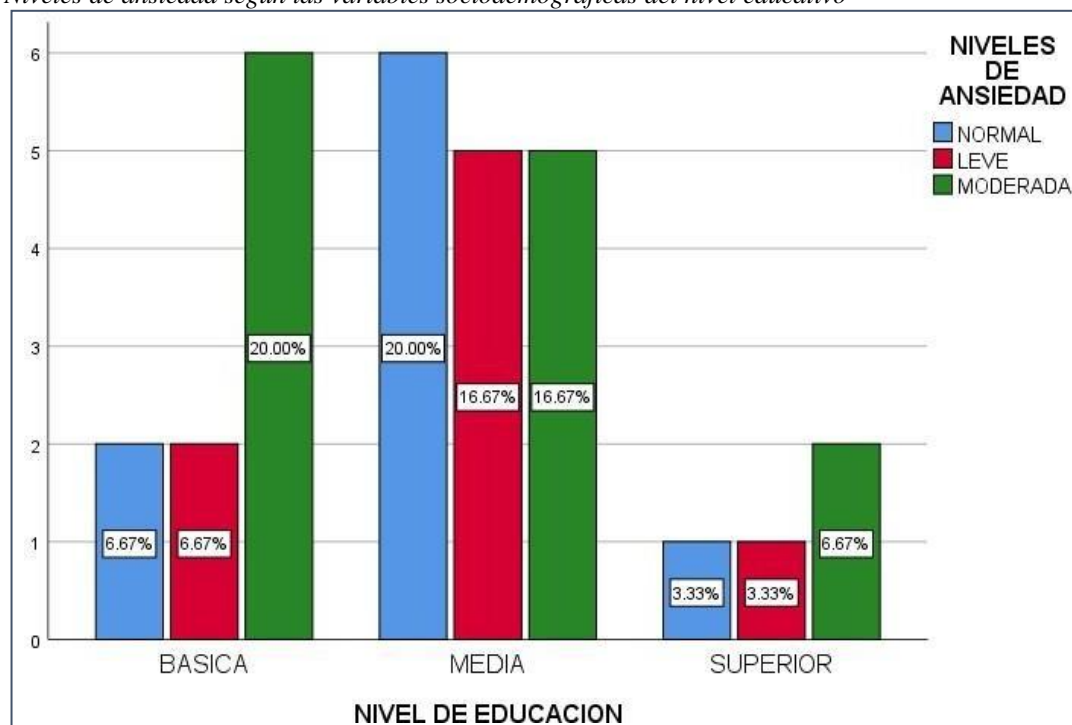
Niveles de ansiedad según las variables sociodemográficas según el rango de edad



Nota. Elaborado por Arévalo y Auqui, 2022. Esta figura muestra en barras distribuidas por niveles de ansiedad los porcentajes obtenidos del estudio según el rango de edad.

Figura 11

Niveles de ansiedad según las variables sociodemográficas del nivel educativo



Nota. Elaborado por Arévalo y Auqui, 2022. Esta figura muestra en barras distribuidas por niveles de ansiedad los porcentajes obtenidos del estudio según el nivel educativo.

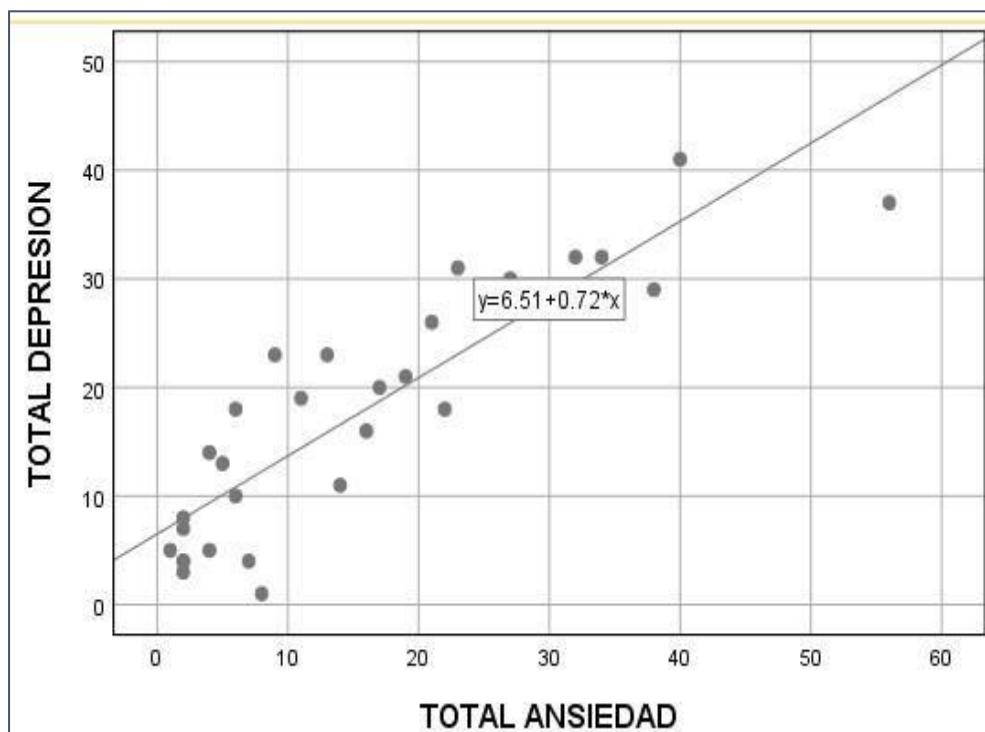
Tabla 5

Correlación entre las variables ansiedad y depresión

Estadístico	Valor
Correlación de Spearman (Sp)	.879**
Nivel de significancia (p)	.000
Casos (N)	30

Nota. Elaborado por Arévalo y Auqui, 2022. **. Significancia <.01; *. Significancia <.05-

Figura 12
Correlación entre las variables ansiedad y depresión



Nota. Elaborado por Arévalo y Auqui, 2022. Esta figura muestra los valores fr la correlación entre las variables de ansiedad y depresión.

XII. Análisis de los resultados

Todos los análisis descriptivos y correlacionales, se realizaron a través del programa estadístico SPSS-25. Para cada una de las variables de estudio (ansiedad y depresión) se realizó la búsqueda de información a través de los instrumentos de evaluación de cada usuario, determinando que todas las variables tienen una distribución normal. Por otra parte, para ilustrar la asociación encontrada entre los niveles de ansiedad y depresión en los usuarios consumidores de sustancias psicoactivas, se aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

De esta manera se constató que, de la población analizada, los usuarios en relación a los niveles de depresión, demuestran la predominancia del *nivel mínimo* (43.3%) por sobre el nivel

moderado (23.3%) y el nivel *grave* (20%); el nivel *leve* obtuvo la menor proporción. Por otra parte, con respecto a los niveles de ansiedad, el nivel mayor puntuado en la población fue el *moderado* (43.3%), seguido de los niveles restantes: *normal* y *leve*.

Los niveles de depresión según las variables sociodemográficas con respecto al estado civil, la distribución de frecuencias con valores altos fue obtenida por los participantes solteros, quienes presentaron un nivel más elevado de depresión mínima (33.3%) y ansiedad moderada (16%); el resto de sujetos investigados resultaron con porcentajes similares. Para la variable edad no se encontró frecuencias elevadas que indican la presencia de depresión, ya que la mayor proporción obtuvo niveles de depresión similares con un predominio en la normalidad (26.6%). Por último, la variable nivel de educación mostró que los adultos, cuyo nivel de estudios fue primario, tuvieron niveles de depresión moderado con mayor frecuencia (13.3%) y que aquellos con un nivel de educación secundaria experimentaron mayormente un nivel normal de depresión (33.3%).

Los niveles de ansiedad según variables sociodemográficas demuestran que con respecto al estado civil, los solteros en su mayoría tuvieron un nivel leve (23.3%) y moderado (26.7%); los demás participantes mostraron niveles parecidos. En cuanto a la edad, la mayor proporción de sujetos entre 18 a 28 años estimaron un nivel leve (16.6%) y moderado (20%) en comparación con aquellos que tenían otras edades. Por último, según el nivel de educación se destaca que la mayoría de participantes con un nivel de estudios primario poseyeron un nivel moderado (20%), mientras en el nivel leve se ubicaron con mayor frecuencia los sujetos con una formación secundaria (16.7%).

Finalmente, previo al cálculo de esta correlación se aplicó la prueba de normalidad Shapiro Wilk para menos de 50 datos, misma que estableció que la distribución de la población fue no paramétrica ($p < .05$). Por tanto, se aplicó la prueba de coeficiente de correlación de Spearman, cuyos resultados indican que existe una correlación positiva directa ($r_{sp} \approx 1$) entre los niveles de

ansiedad y depresión de los participantes, es decir, que existe una dependencia total de las variables: ambas incrementan similarmente; así también, dicha relación es significativa ($p.00 < .01$).

XIII. Interpretación de los resultados

Los resultados obtenidos de depresión en la mayoría de los participantes se ubican en un nivel *mínimo*, el 43.3% de la población. Estos resultados se asemejan a los de la investigación de Troya (2022), en la que el mayor porcentaje se encontraba en el nivel *mínimo* de depresión (72.8%). Del mismo modo, Lázaro y Séptimo (2022) presentaron un porcentaje de 53.57% de adultos profesionales de enfermería cuyo nivel predominante fue el *mínimo*. Por el contrario, Chacón (2016) y Flores y Humaní (2021) indicaron predominancia de un nivel *moderado* en sus estudios con porcentajes de 36.1% y 69% respectivamente.

En relación con la ansiedad se encontró una predominancia del nivel *moderado* con un porcentaje de 43.3%. Estos hallazgos se contrastan con los de Troya (2022) en el que el nivel de ansiedad que destacó fue el *leve* con un 46.9%. De igual manera, las investigaciones de Chacón (2016) y la de Lázaro y Séptimo (2022) evidenciaron un 51,2% y un 44.64% de participantes que se ubicaron este nivel de ansiedad.

Con respecto a la variable sociodemográfica del estado civil, los valores tendieron a ser más elevados en los *solteros* presentando un nivel *mínimo* en la depresión (33.3%) y un nivel *moderado* en la ansiedad (26.7%). Troya (2022) por el contrario, encontró en sus resultados un nivel *leve* de depresión (61.1%) y de ansiedad (68.4%) en los *solteros* que destacaron a comparación de las demás categorías del estado civil.

Por otro lado, de acuerdo con la variable sociodemográfica edad, la mayoría de los participantes se encontraron en el rango de edad entre *18-28 años* con los porcentajes más altos en el nivel

mínimo (26.6%) de depresión y en el nivel *normal* y *moderado* de ansiedad (20%). Troya (2022) obtiene resultados similares puesto que el rango de edad *entre 20-30* años es el que tiende a valores más elevados con un nivel *leve* de ansiedad (68.4%) y un nivel *moderado* de depresión (75%).

Para finalizar, se obtuvo una correlación positiva y significativa entre ansiedad y depresión ($r=.87$; $p<.01$). Estos resultados se asemejan al estudio de Troya (2022) en el que la correlación de Spearman es de .59 y la significancia de $p<.000$, que se define como una correlación alta. Vega (2022), Usuga et al. (2021) y Flores y Humani (2021), de igual manera, encontraron una relación significativa entre estas dos variables ($r = .729$, $p = .00$; $r.70$, $p = .00$; y, $r=0.50$, $p=0,000$, respectivamente).

XIV. Conclusiones

El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre los niveles de ansiedad y los niveles de depresión en los adultos de 18 a 60 años que consumen sustancias psicoactivas del Centro de Rehabilitación CRATI, periodo marzo – agosto 2022, para lo cual obtuvimos dicha información de la caracterización de la población mediante su estado civil, rango de edad y su nivel de escolaridad. La investigación se llevó a cabo después de lograr apertura en el CETAD “Crati”, y conocer las problemáticas que interfieren dentro del proceso de rehabilitación de cada usuario.

De lo revisado anteriormente, el consumo de sustancias juega un papel importante en el desarrollo de los trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes adictos, debido a que esto llega afectarles a nivel físico, cognitivo y emocional, y esto muchas veces se da por la abstinencia en donde estos síntomas llegan a agudizarse como por ejemplo puede incluir ansiedad, depresión, dificultades de concentración, irritabilidad, alteraciones del sueño, entre otros síntomas una vez son ingresados al centro de rehabilitación.

Antes de dar paso a la investigación se realizó una reunión con los pacientes en donde se socializó el objetivo de este estudio, explicándoles que necesitábamos su autorización y

participación voluntaria para lo cual les entregaríamos un consentimiento informado para continuar con los test respectivos, que en este caso fueron la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II).

El primer objetivo de nuestro estudio estuvo dirigido a identificar los niveles de ansiedad en los adultos que consumen sustancias psicoactivas, para lo cual utilizamos la Escala de Ansiedad de Hamilton teniendo como resultados que los niveles de ansiedad fueron “*moderados*”, Dentro de nuestro segundo objetivo se pretendía señalar los niveles de depresión en los adultos que consumen sustancias psicoactivas, para lo cual aplicamos el Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II), en donde obtuvimos como resultados que los pacientes del CETAD, tuvieron un nivel de depresión “*mínima*”. Por último, el tercer objetivo tenía como finalidad el determinar la relación entre los niveles de ansiedad y los niveles de depresión en los adultos que consumen sustancias psicoactivas, consiguiendo como resultados que si se encuentra una correlación entre los niveles de ansiedad y los niveles de depresión en los usuarios.

En conclusión, el nivel predominante de depresión en adultos fue la *mínima* y en ansiedad fue la *moderada*, resultados que pueden ser por el hecho de que los agentes estresores tienden a generar alerta, vigilancia, inquietud o intranquilidad, que forman parte de los síntomas de ansiedad. Por último, existe una relación significativa entre la ansiedad y la depresión, lo que quiere decir de la presencia de ambas variables en la población de estudio. Esto podría deberse a que la sintomatología ansiosa y depresiva son comórbidas, es decir, que se presentan simultáneamente o tienen una relación causal bidireccional.

Por tanto, se recomienda a la comunidad científica realizar más investigaciones con las mismas características sociodemográficas de la población, con la finalidad de contrastar los resultados o que se permitan hacer generalizaciones. Además, se sugiere que los nuevos estudios se basen en diversos enfoques, diseños y alcances para obtener un mayor conocimiento sobre la problemática.

XV. Referencias Bibliográficas

- Aguilera, E. (2020). *Apoyo social y sintomatología ansiosa, depresiva e impulsiva en hombres con adicción a sustancias* [Tesis de maestría, Universidad de Jaén]. Archivo digital. <https://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/14074>
- Álvarez, G. (2014). Ansiedad: evaluación, diagnóstico e intervención preoperatoria. *Revista mexicana de anestesiología*, 37(1), 151-154. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2014/cmas141ap.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-] (5ta ed.)*. Editorial Médica Panamericana.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Holt, Rinehart and Winston.
- Beck, A. y Alford, B. (2009). *Depression: Causes and Treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Campos, M. y Martínez, J. (2002) Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25(3), 117-136. <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5564>
- Caraveo, J y Comenares, E. (2002). *Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón del la Fuente Muñiz.
- Carrillo, M., & León, B. y. (2018). *Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas*. Ciudad de México: Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Chacón, J. y. (2016). Nivel de ansiedad y depresión en adolescentes varones con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en el centro de adicciones "Hogar Crecer". 34.

- Contreras et al., 2. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista cubana de medicina militar*, 49 (1) .
- Conti, N. y Stagnaro, J. (2007). Historia de la Ansiedad. En W. Cullen. (Ed.). *Historia de la Ansiedad*. Editorial Polemos S.A
- Cortés, L., Macana, E. y López, T. (2020). *Revisión bibliográfica del consumo, abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas tanto lícitas como ilícitas en estudiantes universitarios de Latinoamérica en el período de 2015 al 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Militar Nueva Granada]. Archivo digital.
<https://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/38891?show=full>
- Cruz-Ramírez, V., Gómez-Restrepo, C., & Rincón, C. J. (2018). *Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes colombianos*. Health & Addictions/Salud y Drogas, 18(1).
- Díaz, C. (2019). *Adicciones: conceptualización y desarrollo de los modelos explicativos* [Tesis de grado, Universidad de la Laguna]. Archivo digital.
<https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/14658>
- Díaz, M., Ruiz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Fernández, J. (2019). *Comorbilidad entre adicción y los trastornos mentales* [Tesis de maestría, Universidad Jaume I]. Archivo digital.
<http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/185764>
- Feldman, R. (2010). *Psicología con aplicación en habla hispana*. McGraw Hill.
- Flores, E. y Huamaní, E. (2021). *Depresión y ansiedad en los trabajadores de la Fuerza Aérea del Perú, Lima 2020* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Archivo digital.
- Heredia, W. y Peralta, D. (2021). *Ansiedad por la imagen corporal en estudiantes de la Carrera*

de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca, período 2020-2021 [Tesis de grado, Universidad de Cuenca]. Archivo digital.

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/36792>

Hernández-Sampieri, R. y. (2018). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México:

McGraw-Hill Interamericana.

Irurtia, M., & Caballo, V. y. (24 de Abril de 2009). *Infocoponline*. Obtenido de Trastornos de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas:

http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2333

Lazaro, J. y Septimo A, G. (2022). *Ansiedad y depresión durante la pandemia sars-cov-2 en profesionales de enfermería de áreas covid-19, hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz-2021* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo]. Archivo digital.

Lazo, V. (2019). *Niveles de depresión en hombres y mujeres adictos internos en un Centro de Rehabilitación en Cuenca*. [Tesis de grado, Universidad de Cuenca]. Archivo digital.

<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32097/3/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n.pdf>

León, E., Prado, R., Corona, B. y Romero, R. (2021). Caracterización de pacientes con trastornos adictivos y por uso de sustancias. *Archivos del Hospital Universitario Calixto García*,

9(2),190-205. <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/678>

Lobo, A. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 493-499.

Manchikanti, L., Kaye, A., Knezevic, N., McAnally, H., Slavin, K., Trescot, A. M. y Hirsch, J. (2017). Responsible, safe, and effective prescription of opioids for chronic non-cancer

pain: American Society of Interventional Pain Physicians. *Guidelines. Pain Physician*, 20(2), 3-92.

Martínez, M. y López, D. (2011). Trastornos de ansiedad. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(3), 101-107.

Melipillán, R., Cova, F., & Rincón, P. y. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica*, 59-69.

Moreta-Herrera, R., Mayorca-Lascano, M., & León-Tamayo, L. y.-V. (2018). Consumo de sustancias legales, ilegales y fármacos en adolescentes y factores de riesgo asociados a la exposición reciente. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 39-50.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2018). *Drugs and associated issues among young people and older people*. UNODC.

https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_4_YOUTH.pdf

Organización de Estados Americanos [OEA]. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019*. OEA.

<http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Abuso de drogas*. OMS.

<https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

Razón, K., Rodríguez, L. y León, U. (2017). Neurobiología en el sistema de recompensa en las conductas adictivas: consumo de alcohol. *Revista de Psicología Iztacala*, 20(2), 1344-1361.

<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num4/Vol20No4Art6.pdf>

f

- Restrepo, J., Sánchez, O., Vallejo, G., Quirama, T., & Sánchez, y. C. (2018). Depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 227-239.
- Rodriguez, D., Dallos, C., González, S., Sánchez, Z., Díaz-Martínez, L., & Rueda-Jaimes, G. y.A. (2005). Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol y otras sustancias. *Cadernos de Saúde Pública*, 1402-1407.
- Rojas, E. (2014). *Cómo superar la ansiedad: la obra definitiva para vencer el estrés, las fobias y las obsesiones*. Editorial Planeta S.A.
- Sanz, S. J. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine*, 12(85), 4984–4992.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.003>
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
<https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Trickett, S. (2012). *Supera la ansiedad y la depresión*. Barcelona: Hispano Europea.
- Troya, L. (2022). *Ansiedad y depresión en el personal de enfermería que trabaja con pacientes COVID-19 en el Hospital General de Latacunga* [Tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador]. Archivo digital.
- Usuga, A., Lemos, N., Pinzón, J., Pérez, P., y Uribe, A. (2021) Sucesos vitales estresantes, ansiedad y depresión en estudiantes de una universidad privada de Bucaramanga. *Informes Psicológicos*, 21(2) 61-74 <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v21n2a0>
- Vega, L. (2022). *Síntomas de depresión y ansiedad en universitarios de la ciudad de Ambato* [Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Archivo digital.
- Vintimilla, D., Campoverde, X., Vintimilla, J., Campoverde, J., & Tenemaza, M. y. (2020).

Niveles de ansiedad durante el tratamiento en consumidores de sustancias psicotrópicas.

Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 736.

Zarragoitía, A. (2011). *Depresión: Generalidades y Particularidades*. Ecimed

Anexo 1

**INFORME SOBRE ANÁLISIS DE SIMILITUD O ANTIPLAGIO A TRAVÉS DE
TURNITING**

Cuenca, 26 de julio de 2022

Señora.

Ps. Cl. Lorena Cañizares Jarrín, Mgs.

DIRECTORA DE CARRERA DE PSICOLOGÍA

Presente,

Por medio del presente como profesora encargada del informe de similitud o antiplagio del trabajo de titulación denominado: **“Ansiedad y depresión en adultos de 18 a 60 años de edad que consumen sustancias psicoactivas del Centro de Rehabilitación CRATI, periodo marzo-agosto 2022”**, que ha sido desarrollado por los estudiantes **Gabriela Alexandra Arévalo Arízaga e Iván Fernando Auqui Muñoz** bajo la opción de titulación **SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS PRÁCTICAS DE INVESTIGACIÓN**, informo que, de acuerdo al informe de similitud o antiplagio del sistema TURNITING el documento presenta un 10% de similitud a otros documentos publicados.

De antemano agradezco por la gentil atención brindada a la presente.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Vanessa Quito Calle", enclosed in a light blue rectangular box.

Ps. Cl. Vanessa Quito Calle, Mgs.

C.I. 0103741385

Cel. 0983092885

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
 Ocupación Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o

haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 2

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: La lista de síntomas es para ayudar al médico o psiquiatra en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor anote la puntuación adecuada, indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes.

0 = Ninguno 1= Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Muy incapacitante

Nº	Elemento	Síntomas	Punt.
1	Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad.	
2	Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse.	
3	Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	
4	Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos.	
5	Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida.	
6	Humor Depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día.	
7	Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular.	
8	Somático (sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de incomodidad.	
9	Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido.	
10	Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	
11	Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborigmos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento.	
12	Síntomas genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia.	
13	Síntomas autónomos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, erizamiento del cabello.	
14	Comportamiento durante la entrevista	Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos.	
PUNTUACION TOTAL			

En el análisis de categorías diagnósticas, de acuerdo al patrón de respuestas puede considerarse tres categorías de niveles de ansiedad Hamilton:

- No ansiedad: puntuaciones iguales o menores a 5 puntos.
- Ansiedad leve: puntuaciones entre 6 a 14 puntos.
- Ansiedad moderada- grave: puntuaciones superiores a 15 puntos.

Anexo 3**Consentimiento Informado**

Yo, _____ usuario del Centro de Rehabilitación "CRATI" declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada Ansiedad y depresión en adultos de 18 a 60 años de edad que consumen sustancias psicoactivas del Centro de Rehabilitación CRATI, periodo marzo – agosto 2022, éste es un proyecto de investigación científica que servirá únicamente para fines académicos, teniendo en cuenta que este estudio busca conocer la relación entre los niveles de ansiedad y depresión que existe en los usuarios, para ello se aplicarán dos instrumentos psicológicos llamados Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck, la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un código, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados, considerando los puntos de suma importancia, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Firma participante: _____.

Fecha: _____.