



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS RESIDENTES
PERTENECIENTES A LA ESTACIÓN MUNICIPAL DE
AUXILIO TERAPÉUTICO Y CONTROL HUMANITARIO DE
LA MENDICIDAD #1 EN EL PERIODO DICIEMBRE 2014 –
JUNIO 2018”.

Tesis previa a la obtención
del título de Psicóloga
Clínica

AUTORA:

Karen Stefania Muñoz Chamba

DIRECTORA:

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

Loja – Ecuador
2018

CERTIFICACIÓN

Loja, 13 de noviembre de 2018.

Dra. Ana Catalana Puertas Azanza, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Haber revisado y orientado el trabajo de tesis sobre el tema **“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS RESIDENTES PERTENECIENTES A LA ESTACIÓN MUNICIPAL DE AUXILIO TERAPÉUTICO Y CONTROL HUMANITARIO DE LA MENDICIDAD #1 EN EL PERIODO DICIEMBRE 2014 – JUNIO 2018.”** de la autoría de la Srta. Karen Stefanía Muñoz Chamba, previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica, el mismo que habiendo cumplido con los requisitos establecidos en Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Karen Stefanía Muñoz Chamba, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

Autora: Karen Stefanía Muñoz Chamba

Cedula: 1105051757

Celular: 0985378874

Correo electrónico: karenstefanikl@hotmail.es

Firma:



Fecha: 13 de noviembre del 2018

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Karen Stefanía Muñoz Chamba, declaro ser el autor de la tesis titulada: **“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS RESIDENTES PERTENECIENTES A LA ESTACIÓN MUNICIPAL DE AUXILIO TERAPÉUTICO Y CONTROL HUMANITARIO DE LA MENDICIDAD #1 EN EL PERIODO DICIEMBRE 2014 – JUNIO 2018”**, como requisito para optar al título de: Psicóloga Clínica, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido del trabajo en el RDI, en redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los trece días del mes de noviembre del año dos mil diez y ocho, firma la autora.

Firma:

Cedula: 1105051757

Celular: 0985478874

Dirección: Yahuarcoma, Romerillos y Gobernación de Mainas.

Correo electrónico: karenstefanikl@hotmail.es

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc

Tribunal de Grado

Presidente: Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.

Vocal: Psi. Cl. María Emilia Jaramillo Bustamante, Mg. Sc.

Vocal: Psi. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala, Mg. Sc.

DEDICATORIA

A mis Padres Darwin e Ivonne, quienes con ejemplo de esfuerzo, perseverancia, cariño y paciencia supieron guiarme siempre por los caminos de la honradez y la dedicación.

A mis hermanos Darwin Israel y Mateo Sebastián, quienes supieron darme fortaleza en los momentos de dificultad.

A mis Abuelos, Graciela González y Gorky Muñoz, por enseñarme que a pesar de las dificultades, debo ser perseverante y luchar por mis metas para ser mejor cada día.

Y a mis tíos y primos que han sido mi apoyo para seguir en mi meta.

Gracias.

Karen Stefanía Muñoz Chamba.

AGRADECIMIENTO

Al término de esta etapa una de las más importantes de mi vida y por las cuales ha valido el sacrificio quiero agradecer: A Dios, por darme sabiduría y fortaleza durante mis estudios. A mis familiares: padres, hermanos, abuelos y tíos, por su apoyo incondicional, consejos y comprensión durante mi formación como profesional, gracias por cada palabra de motivación que forjaron en mí la fuerza para ser una profesional y cumplir con mi meta.

A mis amigas y amigos, por ser apoyo en momentos difíciles, por mostrarme que con perseverancia puedo alcanzar mis objetivos.

A la Universidad Nacional de Loja institución que por varios años constituyo el pilar de mi formación, en sembrar conocimiento y valores que permanecerán siempre y también por ser un hogar para mí.

A la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico y Control Humanitario de la Mendicidad, por haber sido mi segundo hogar, y mi escuela en donde fortalecí y puse en práctica mis conocimientos por varios años y también por haberme abierto las puertas para la realización de mi tesis.

De igual forma un agradecimiento a mi directora de tesis, Dra. Ana Puertas, por su valiosa guía y asesoramiento en la realización de mi proyecto de tesis.

Gracias

Karen Stefanía Muñoz Chamba

Índice

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
a. TÍTULO	1
b. RESUMEN.....	2
Summary.....	3
c. INTRODUCCIÓN.....	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA.....	8
CAPÍTULO I.....	8
5.1. <i>Ansiedad</i>	8
5.1.1. Definición	8
5.1.2. Ansiedad normal y Ansiedad patológica.	8
5.1.3. Etiología	9
5.1.4. Signos y Síntomas	10
5.1.5. Niveles de Ansiedad	10
5.1.6. Tratamiento	11
5.1.7. Consumo de sustancias y ansiedad	13
CAPITULO II	15
5.2. <i>Depresión</i>	15
5.2.1. Definición	15

5.2.2. Tristeza y depresión.....	16
5.2.3. Etiología.....	16
5.2.4. Signos y Síntomas.....	18
5.2.5. Niveles de depresión.....	19
5.2.6. Tratamiento.....	21
5.2.7. Dependencia a sustancias y la Depresión.	23
CAPITULO III.....	26
5.3. <i>Drogo dependencia</i>	26
5.3.1. Conceptos	26
5.3.2. Factores de riesgo y de protección para las dependencias.....	29
5.3.3. Tratamiento de las dependencias	31
e. MATERIALES Y MÉTODOS	35
f. RESULTADOS	43
g. DISCUSIÓN.....	55
h. CONCLUSIONES.....	58
i. RECOMENDACIONES	59
j. BIBLIOGRAFÍA.....	60
k. ANEXOS	67

a. TÍTULO

“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS RESIDENTES
PERTENECIENTES A LA ESTACIÓN MUNICIPAL DE AUXILIO
TERAPÉUTICO Y CONTROL HUMANITARIO DE LA
MENDICIDAD #1 EN EL PERIODO DICIEMBRE 2014 – JUNIO
2018”.

b. RESUMEN

Se ha determinado que las personas con dependencia a sustancias psicoactivas pueden desarrollar signos y síntomas que reflejan la presencia de ansiedad y depresión, o en su defecto, que personas con presencia de ansiedad o depresión desarrollen una dependencia a sustancias psicoactivas con el fin de disminuir la sintomatología que conlleva la presencia de patologías como ansiedad y depresión. Es por ello que la presente investigación tuvo como objetivo el determinar los niveles de ansiedad y depresión en los residentes pertenecientes a la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico y Control Humanitario de la Mendicidad #1; fue un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal; realizado a 127 personas que ingresaron a un proceso de rehabilitación durante el periodo diciembre 2014 – junio 2018, seleccionados por muestreo no probabilístico. Para ello, se usó una ficha de recolección de información que permitió recoger los datos sociodemográficos y los niveles de ansiedad y depresión de los residentes durante el periodo diciembre 2014 – diciembre 2017; estos, ya establecidos en cada una de las historias clínicas psicológicas; en el caso de los residentes del año 2018, se realizó la una historia clínica y la evaluación de los niveles de ansiedad y depresión mediante la aplicación de dos escalas: Escala de Hamilton de ansiedad e Inventario de depresión de Beck. A través de ello se pudo concluir lo siguiente: de la población estudiada en su gran mayoría fueron usuarios entre 31 – 40 años de edad que residen en la ciudad de Loja con estado civil soltero, de instrucción secundaria incompleta y empleados; el tipo de consumo que más se presento fue monoconsumo siendo el alcohol la sustancia más usada. Finalmente y con respecto al nivel de ansiedad, el 49, 61 % presentaron ansiedad leve, y en el caso del nivel de depresión lo que más se presento fue altibajos considerados normales en un 52,76%.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Dependencia a sustancias psicoactivas.

Summary

It has been determined that, people who are substance dependent, they can develop signs and symptoms that could reflect the presence of anxiety and depression they develop a dependency in order to decrease this symptomatology this leads to the presence of pathologies such as anxiety and depression. Therefore, the main objective of this research was to determine the levels of anxiety and depression in residents belonging to the Municipal Station of Therapeutic Aid and Humanitarian Control of Begging # 1; it was a descriptive, retrospective and transversal study, performed to 127 people who entered to a rehabilitation process during the period December 2014 - June 2018, selected by non-probabilistic sampling. Correspondingly, an information collection card was used in order to collect the sociodemographic data of the residents during the period December 2014 - December 2017; these, already established in each of the psychological clinical histories; in the case of residents of the year 2018, on the other hand, a clinical history and the evaluation of anxiety and depression levels were carried out through the application of two scales: Hamilton Anxiety Rating Scale and Beck depression inventory. Through this, it was possible to conclude the following: the population studied the vast majority were users between 31 - 40 years residing in the city of Loja with single civil status, incomplete secondary instruction and employees; the type of consumption with the highest incidence was mono-consumption, alcohol being the most used substance. Finally, regarding the level of anxiety, 49, 61% presented mild anxiety, and in the case of the level of depression, what occurred most was ups and downs considered normal at 52.76%.

Keywords: Anxiety, Depression, Dependence on psychoactive substances.

c. INTRODUCCIÓN

La dependencia de sustancias psicoactivas es un patrón nocivo de uso de drogas, que afectan el diario funcionamiento de una persona, muchas veces terminando en la necesidad de un tratamiento. Es por ello que se consideran uno de los principales problemas sanitarios a nivel nacional e internacional, puesto que trae consigo un sin número de conflictos a nivel familiar laboral y personal.

Además es considerado que en muchos de los casos el tener una dependencia puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de otras patologías de tipo psicológico o en su defecto, que patologías de tipo psicológico sean el desencadenante para desarrollar una dependencia.

El comienzo de un trastorno mental podría preceder al uso de la sustancia, o simplemente coincidir en el tiempo. Diferentes patologías, y en especial los problemas de ansiedad y estado de ánimo, suelen ir asociados a otros trastornos, por lo que es complicado establecer la relación directa entre la sustancia y cada problema en particular. (Guillamón, 2006, parr. 1)

De acuerdo Ortuño la ansiedad se define como: “Una respuesta emocional básica, dirigida a la adaptación ante situaciones nuevas, intensas o peligrosas la cual produce cambios a nivel fisiológico, cognitivo, conductual y emocional” (Ortuño, y otros, 2009)

Es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones estresantes. En alguno de los casos cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo adecuado de las exigencias del día a día, sin embargo cuando la ansiedad sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, y es cuando se convierte patológica, provocando malestar

significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, psicológico y conductual.

Algunas personas que padecen trastornos de ansiedad pueden recurrir a algunas sustancias como estrategia para afrontar su problema y reducir la ansiedad. Por ejemplo, una persona con dificultades en las situaciones sociales puede beber alcohol o fumar marihuana porque sus efectos la desinhiben y puede desenvolverse mejor en dicha situación (Guillamón, *Ansiedad y drogas*, 2006).

El aislamiento social, el sentimiento de exclusión y el rechazo por parte de los demás provocan altos niveles de ansiedad, precipitando en ocasiones al sujeto a un aislamiento crónico, aumentando la probabilidad de convertirse en adictos a drogas de diversos tipos, pudiendo llegar a ocasionar síntomas de déficit cognoscitivos.

Por otro lado habrá personas que producto de su consumo desarrollen sintomatología ansiosa como en el caso de las personas que experimentan síndrome de abstinencia durante un proceso de desintoxicación en donde los síntomas ansiosos como la agitación, tensión muscular, temblores, problemas para dormir, problemas gastrointestinales, etc, son bastantes comunes.

Hay que destacar que entre las complicaciones comórbidas que experimentan los consumidores de drogas, la depresión es una de las más frecuentemente citadas, es por ello que se menciona que existe una clara relación entre la depresión y la conducta adictiva.

Al igual que en el caso de la ansiedad, se dice que, un sujeto depresivo puede recurrir al consumo de sustancias psicoactivas como medio paliativo o en su defecto que sujetos con trastorno por uso de sustancias padezcan depresión como patología asociada (Moral, y otros, 2011).

Inclusive la depresión puede ser un efecto secundario de las drogas de abuso siendo posible su aparición bien durante una intoxicación por algunas sustancias (por ejemplo, cannabis,) o formar parte del síndrome de abstinencia de alguna de ellas (por ejemplo, cocaína o alcohol) (Moral, y otros, 2011).

De acuerdo al estudio de Sirvent, Villa & Blanco, la prevalencia de depresión entre la población adicta es alta. A lo largo de los últimos 3 años la media de adictos con depresión se sitúa en torno al 18% siendo los varones la población más afectada (Sirvent, Villa, & Blanco, 2011).

Por lo tanto, los pacientes con trastorno del ánimo que consumen sustancias complican su trastorno de base; por lo general modifican e intensifican la sintomatología empeorando el curso de la enfermedad, aumentan de esta forma el riesgo suicida, disminuyendo la eficacia del tratamiento.

Finalmente se concluye que el uso continuado sustancias psicotrópicas puede agravar estados de ánimo negativos y aumentar precisamente esos síntomas de ansiedad que los pacientes pretendían mitigar con su consumo.

Es por ello y con el fin de aportar a la problemática expuesta anteriormente, se desarrolló el siguiente trabajo que tiene el objetivo de conocer los niveles de ansiedad y depresión de los residentes, realizar una descripción sociodemográfica, determinar el tipo de consumo y tipo de sustancia, y establecer la relación entre el tipo de consumo y la presencia de ansiedad y depresión.

Para ello se tomó en cuenta los residentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico y Control Humanitario de la Mendicidad que permanecieron en la institución durante el periodo diciembre 2014 – junio 2018; y se procedió a la recogida de datos

mediante una ficha de recolección de información, de la cual además de obtener los niveles de ansiedad y depresión, se recogió datos sociodemográficos para cumplir con los objetivos de la investigación.

Estos datos se obtuvieron a través de la revisión de 127 historias clínicas de usuarios que permanecieron en la institución en el periodo mencionado. Además hay que recalcar que a los pacientes ingresados en el año 2018 se les realizó la historia clínica psicológica y la evaluación de ansiedad y depresión mediante dos escalas: Escala de ansiedad de Hamilton e Inventario de depresión de Beck.

Dentro los resultados obtenidos y haciendo referencia a los objetivos propuesto se concluye lo siguiente: con respecto a los datos sociodemográficos tenemos que, el 31,50% de la muestra tienen edades comprendidas entre 31 – 40 años; 47% de los residentes son solteros; el 73,23% tienen un empleo; 88,98% residen en la ciudad de Loja y el 37,80% no culminaron la secundaria. De acuerdo al tipo de consumo, el 63,78% de la muestra ingresaron por monoconsumo siendo el alcohol en un 83,95% la más consumida. Finalmente el 49,61% presentaron ansiedad leve y el 52,76% presentaron altibajos considerados normales. Estos resultados contribuirán a establecer una fuente de información en donde se evidenciará o no la presencia de ansiedad y depresión en dependientes durante un proceso de rehabilitación. Por otra parte, permitirá brindar a la institución involucrada directrices para encaminar el tratamiento de los residentes de forma más adecuada y mejorar la calidad de vida de los mismos.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

5.1. Ansiedad

5.1.1. Definición.

De acuerdo Ortuño la ansiedad se define como “Una respuesta emocional básica, dirigida a la adaptación ante situaciones nuevas, intensas o peligrosas la cual produce cambios a nivel fisiológico, cognitivo, conductual y emocional” (Ortuño, y otros, 2009)

Beck en cambio, la define como: “Una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos” (Clark & Beck, 2012).

Por lo tanto, la ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones estresantes.

5.1.2. Ansiedad normal y Ansiedad patológica.

Cuando la ansiedad se presenta en niveles moderados, facilita el rendimiento y alienta a enfrentarse a una situación peligrosa, sin embargo, cuando alcanza niveles exagerados puede dar lugar a trastornos de ansiedad.

Es por ello que cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo adecuado de las exigencias del día a día. Cuando la ansiedad sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, y es cuando se convierte patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, psicológico y conductual.

5.1.3. Etiología.

Las personas desarrollan crisis de ansiedad sin que haya un antecedente identificado que las desencadene. Ciertas experiencias de vida, como acontecimientos traumáticos, parecen provocar los trastornos de ansiedad en personas que ya son propensas a la ansiedad. A continuación, se detalla factores que pueden ser la causa de esta patología.

Factores genéticos: Pacientes con antecedentes de trastornos ansiosos en la familia tienen una mayor probabilidad de desarrollarla. Se ha determinado que la ansiedad tiene una influencia genética, al igual que ocurre con otras enfermedades mentales.

Factores Biológicos: de acuerdo a ciertos estudios, existe un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático, incremento de la liberación de catecolaminas y de sus catabólicos, incremento en la actividad de la corteza temporal y cambios en la neurotransmisión de la serotonina, dopamina, noradrenalina y gaba (Ortuño, y otros, 2009, pág. 191).

Factores ambientales: Los síntomas de la ansiedad pueden ser provocados por diversas circunstancias o influencias ambientales como por ejemplo dificultades familiares, escolares, laborales, sociales, económicas e interpersonales o inclusive la exposición a situaciones estresantes como violencia.

Factores personales: Consumo de sustancias, enfermedades médicas, otras enfermedades de tipo psicológico, baja tolerancia a la frustración, dificultad para solucionar problemas, etc.

5.1.4. Signos y Síntomas.

La ansiedad puede aparecer de forma brusca o de manera gradual a lo largo de un periodo de tiempo. Cuando persiste en el tiempo se habla de un trastorno de ansiedad. Entre los síntomas más comunes tenemos:

Tabla 1

Signos y síntomas del Trastorno de ansiedad

Cognitivo	Fisiológicos	Comportamentales
Pensamiento ritualista, ideas pasajeras, afectación de la memoria, compulsiones, concentración deficiente, pensamientos acelerados, pensamiento cíclico, incapacidad para tomar decisiones, etc.	Sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, temblor, molestias gástricas, dificultades respiratorias, sequedad de boca, dificultades para tragar, dolores de cabeza, mareo, náuseas, erizamiento de piel, sensación de ahogo, etc.	Evitar a ciertas personas, lugares o situaciones, postergar las cosas para después, aislamiento social o retraimiento, intranquilidad, respuesta de sobresalto exagerada, comportamientos repetitivos, consumo de sustancias, comer o beber en exceso, inquietud psicomotriz, etc.

Fuente: (Ortuño, y otros, 2009)

Elaboración: La autora

5.1.5. Niveles de Ansiedad.

Para la ansiedad se utilizan escalas que tiene como objetivo la evaluación de signos y síntomas durante un tiempo determinado. En el caso de este trabajo investigativo se tomará en cuenta la Escala de Hamilton para la ansiedad, ya que está establecida dentro del plan de evaluación de la institución.

Escala de Ansiedad de Hamilton

Es una escala que permite determinar el grado de ansiedad global del paciente, está compuesta por 13 ítems referentes a síntomas ansiosos, y uno referente al comportamiento durante la entrevista.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

La puntuación oscila entre 0 y 56, y su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global de la persona. Las puntuaciones que delimitan la gravedad de la sintomatología son:

Tabla 2

Niveles de ansiedad de acuerdo a la Escala de ansiedad de Hamilton

Puntuación Total	Nivel de Gravedad
0-4	Ausencia de ansiedad
Hasta 14	Ansiedad leve
Hasta 28	Ansiedad moderada
Hasta 42	Ansiedad grave
Hasta 56	Ansiedad muy grave

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton

Elaboración: La autora

5.1.6. Tratamiento.

Para el tratamiento de la ansiedad se pueden considerar tres opciones: tratamiento farmacológico, Tratamiento Psicológico o un tratamiento combinado (fármacos y

psicoterapia). Este se lo establece en base al diagnóstico obtenido de las evaluaciones correspondientes y de la entrevista clínica.

5.1.6.1. Tratamiento Farmacológico.

Habitualmente en estos trastornos se usa dos tipos de fármacos: los ansiolíticos, y los antidepresivos.

“Los ansiolíticos más utilizados pertenecen al grupo de los benzodiazepinas de alta potencia como por ejemplo (Alprazolam, Loracepam, Diacepam, Cloracepam, etc.)” (Lopez, s.f.)

Se encargan de reducir los síntomas ansiosos en pocos minutos por lo que tienen un efecto tranquilizante; además disminuyen la intensidad como la frecuencia de los episodios de angustia.

En el caso de los antidepresivos los que comúnmente se emplean son los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina). Este grupo está constituido por la Fluoxetina, Paroxetina, Fluvoxamina, Sertralina, Citalopram y Escitalopram. Poseen una alta especificidad contra la ansiedad y escasos efectos colaterales (Lopez, s.f.).

El tratamiento farmacológico debe estar prescrito y ser revisado de forma continua por un especialista; además se debe evitar la automedicación, el abandono del tratamiento o modificación de las dosis por decisión propia.

5.1.6.2. Tratamiento Psicológico.

El tratamiento psicológico comprende diferentes técnicas que permitirán al paciente aprender a identificar las situaciones que le generan ansiedad y manejarlas de forma adecuada. El tratamiento se planteará de acuerdo al diagnóstico del paciente e incluirá técnicas de respiración y relajación.

Terapia cognitiva conductual.

Es una terapia a corto plazo que tiene como objetivo enseñar al paciente técnicas específicas para mejorar los síntomas y gradualmente volver a las actividades que desencadenaron el proceso ansioso.

La Terapia Cognitivo-Conductual se caracteriza por ser un método activo y directivo, en la cual el paciente y el terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión (Salud, s.f.).

En esta terapia se utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas como la relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, resolución de problemas, desensibilización sistemática etc (Salud, s.f.).

La técnica que se utilice siempre va darse en dependencia de los síntomas y del diagnóstico del paciente.

5.1.7. Consumo de sustancias y ansiedad

Muchas investigaciones ponen de manifiesto la relación existente entre el uso y el abuso de algunas sustancias y la presencia de problemas de salud mental. Sin embargo, es

difícil establecer cuál es el papel específico que juega cada sustancia en el inicio, mantenimiento o empeoramiento del trastorno mental (Guillamón, Ansiedad y drogas, 2006).

Se considera que el comienzo del trastorno mental podría preceder al uso de la sustancia, o simplemente coincidir en el tiempo, en muchas ocasiones.

Al margen de la direccionalidad de la relación entre psicopatología y consumo de alcohol, se ha señalado que entre un 23 y un 70% de los pacientes con problemas de alcoholismo presentan también problemas de ansiedad. Por otro lado, del 20 al 45% de los pacientes con trastornos de ansiedad presentan elevados consumos de alcohol.

Entre los trastornos de ansiedad que aparecen asociados con mayor frecuencia al alcoholismo se encuentran la agorafobia (con o sin trastorno de pánico), la ansiedad generalizada, la fobia social y las fobias específicas.

Los pacientes con este tipo de problemas podrían beber para reducir los síntomas de ansiedad o ‘evadirse’ de sus problemas. En el caso de las personas con fobia social, por ejemplo, el consumo de alcohol y la desinhibición consecuente puede facilitar su comportamiento en situaciones sociales. En el caso de personas con agorafobia o ataques de pánico, el consumo de alcohol puede calmar la ansiedad que experimentan en esas situaciones.

Sin embargo, el uso continuado del alcohol puede agravar estados de ánimo negativos y aumentar precisamente esos síntomas de ansiedad que los pacientes pretendían mitigar con su consumo.

CAPITULO II

5.2. Depresión

5.2.1. Definición.

Para la Organización Mundial de la salud, la depresión es: “Un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (s.f.).

Desde la perspectiva cognitiva, el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro, lo que se conoce como la tríada cognitiva (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2006). La persona por lo general se ve a sí mismo incapaz e inútil, despreciable o defectuoso, interpreta el entorno en términos de daños y pérdidas; la mayoría de sus experiencias de vida proyectan un futuro acompañado de fracasos y frustraciones.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria (OMS, s.f.).

Se caracteriza por un estado de ánimo habitualmente bajo y por la pérdida de la capacidad disfrutar y del interés por las actividades cotidianas. Suelen aparecer otros síntomas como la irritabilidad, ansiedad, cansancio excesivo y continuo, problemas de sueño, cambios en el apetito y dificultades de concentración y toma de decisiones, sentimientos de inutilidad y culpa y problemas de deseo sexual.

5.2.2. Tristeza y depresión.

En muchos de los casos estos dos términos se llegan a confundir, sin embargo, a pesar de que comparten características la tristeza y la depresión son diferentes.

La depresión es un trastorno del estado del ánimo, que se desarrolla como resultado de diferentes factores ya sea de tipo biológico, social, psicológico etc.; la persona afectada manifiesta ciertos síntomas como: tristeza, apatía, angustia, sentimientos de desesperanza que tienden a ser constantes y progresivos y que afectan al diario vivir del individuo.

En cambio, la tristeza es un estado de ánimo pasajero, es considerada como una de las emociones humanas básicas y se encuentra profundamente arraigada en la vida de todas las personas, puede aparecer cuando no logramos nuestros objetivos, cuando perdemos a una persona o pertenencia valiosa para nosotros, o básicamente en cualquier situación que implique un dolor psicológico, físico o emocional; puede ser temporal y no afecta de forma significativa la vida del individuo.

5.2.3. Etiología.

La depresión es un proceso multifactorial y complejo por lo que su desarrollo dependerá de varios factores entre los cuales tenemos:

Factores individuales

Estos trastornos son más frecuentes en la población femenina, según el Ministerio de sanidad y política social de España en su guía, menciona que: “Las posibles explicaciones

podrían ser los cambios hormonales que se producen, un incremento del estrés y la mala respuesta a este, diferencias en las relaciones interpersonales y tendencia a pensamientos rumiativos” (Clínica, 2009).

Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida.

Los trastornos de ansiedad y la distimia son factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión. De acuerdo a investigaciones los pacientes, primordialmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tienen mayor riesgo de desarrollar depresión. Además, existe una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña tenían mayor riesgo de depresión mayor. La presencia de enfermedades cardíacas y diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Addison y la amenorrea hiperprolactinemia, parecen aumentar el riesgo de depresión.

Factores sociales

Las personas que poseen un bajo nivel socioeconómico y carecen de empleo presentan trastornos depresivos con mayor frecuencia.

Tabla 3*Áreas alteradas producto de un trastorno depresivo*

“El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos” (Clínica, 2009).

Factores cognitivos

De acuerdo a Beck existe una predominancia de esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales que tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información (Clínica, 2009). Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

Factores familiares y genéticos

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales; los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general (Clínica, 2009).

5.2.4. Signos y Síntomas.

El paciente con un trastorno depresivo presenta alteraciones en cuatro áreas:

Humor	Actividad Psicomotriz	Función cognitiva	Síntomas biológicos
<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza - Apatía - Anhedonia - Tendencia al llanto o incapacidad para llorar - Irritabilidad o disforia - Ansiedad o angustia 	<ul style="list-style-type: none"> - Agitación o retardo psicomotriz siendo más frecuente el enlentecimiento. - Disminución de la energía, sensación de fatiga intensa e impresión de que el tiempo pasa lentamente; disminución de movimientos espontáneos, postura fija, estar cabizbajo, disminución de la fluidez verbal - Agitación psicomotriz, la que se manifiesta con inquietud psicomotriz, sensación de intranquilidad interna e incapacidad para relajarse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fallos amnésicos - Disminución de la capacidad para concentrarse - Rumiación - Distorsiones cognitivas: culpa, nula valía personal, pesimismo, negativismo - Ideación suicida 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración del apetito - Alteración del sueño - Disminución de la libido - Variación del estado del animo - Molestias físicas: gastrointestinales, musculares, respiratorias, etc.

Fuente: (Ortuño, y otros, 2009)

Elaboración: La autora

5.2.5. Niveles de depresión.

En el caso de la depresión se utilizan escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final.

Para el presente trabajo de investigación se tomó en cuenta una escala en particular denominada Inventario de Depresión de Beck, la cual ya se encontraba

establecida por la institución en donde se realizó el estudio.

Inventario de Depresión de Beck

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory o BDI) tiene una gran difusión internacional, ha sido empleado en más de 2000 estudios desde su aparición en 1961 y es una de las escalas de depresión más utilizadas en el mundo, habiendo mostrado tener alta consistencia interna y buena capacidad para discriminar entre personas con y sin depresión (Vega, 2014).

Es una escala de autoevaluación que valora los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad.

Beck y Steer (1993) sugirieron que el BDI-IA podía ser dividido en dos subescalas: la cognitiva-afectiva (ítems 1 a 13) y la somática de rendimiento (ítems 14 a 21), y recomendaron utilizar únicamente la subescala cognitiva-afectiva para evaluar la depresión en pacientes con trastornos de abuso de sustancias o con enfermedades médicas.

El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63 y que cuantifica la presencia y gravedad de sintomatología depresiva (Pérez, 2011).

A continuación, las puntuaciones para delimitar distintos niveles de gravedad de la sintomatología depresiva:

Tabla 4

Niveles de depresión de acuerdo al Inventario de depresión de Beck

Puntuación Total	Nivel de Gravedad
1-10	Altibajos considerados normales
11-17	Leve perturbación del estado ánimo
18-20	Estados de depresión intermitentes
21-30	Depresión moderada
31-39	Depresión grave
+ 40	Depresión extrema

Fuente: Inventario de depresión de Beck

Elaboración: La autora

5.2.6. Tratamiento

La depresión, aun en los casos más graves, es un trastorno altamente tratable mientras más pronto inicie el tratamiento, mejor pronóstico tendrá.

De acuerdo a Ortuño el tratamiento de la depresión puede ser de cuatro tipos: farmacológico, psicoterapéutico, combinado y mediante terapia electroconvulsiva; esto en dependencia de la gravedad de la sintomatología. Para ello es importante que el profesional encargado valore al paciente de forma adecuada para determinar el tratamiento acorde al caso y si este debe ser de tipo ambulatorio o mediante hospitalización.

5.2.6.1. Farmacológico.

El tratamiento farmacológico consiste en el uso de antidepresivos que varían de acuerdo a su estructura química y mecanismo de acción, dentro de estos tenemos varios grupos: los inhibidores selectores de la receptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la receptación de serotonina y noradrenalina (antidepresivo duales), inhibidores de la receptación de dopamina, inhibidores de la receptación de noradrenalina, antidepresivos

tricíclicos (ADT), antidepresivos heterocíclicos e inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) (Ortuño, y otros, 2009).

Los antidepresivos tienen como objetivo corregir desequilibrios en los niveles de las sustancias químicas del cerebro, especialmente la serotonina, un químico cerebral que transmite mensajes en el área del cerebro que controla las emociones, la temperatura corporal, el apetito, los niveles hormonales el sueño y la presión sanguínea.

Por lo general tienen efecto entre tres y seis semanas después de iniciar el tratamiento. Si el tratante no ve resultados con la medicación luego de cierto tiempo, es probable que opte por cambiar el tratamiento, añadiendo más dosis u cambiando el antidepresivo.

5.2.6.2. Psicoterapia.

“La psicoterapia es un tratamiento planificado que utiliza diversas técnicas derivadas de principios psicológicos” (Ortuño, y otros, 2009).

Usualmente se puede usar psicoterapia de apoyo y la más común en estos casos terapia cognitivo conductual.

Para ello es importante que el terapeuta a partir del caso determine que terapia será la más útil para que el paciente pueda tener buenos resultados.

5.2.6.3. *Psicoterapia de apoyo.*

Esta tiene como objetivo el brindar al paciente herramientas que le permitan identificar las dificultades y estresantes actuales para que a partir de ellos pueda desarrollar mecanismos de afrontamiento más adaptativos. También se entrena al paciente en técnicas de resolución de problemas partiendo de sus cualidades.

5.2.6.4. *Terapia cognitivo conductual.*

El Centro de Psicología Aaron Beck en un artículo de su página web, menciona que:

En el marco de la Terapia Cognitiva de Beck, establece protocolos de intervención que suponen una psicoeducación progresiva y un entrenamiento sistemático en todas esas habilidades que la persona no tiene, una modificación de actitudes desadaptativas, cambios necesarios en cada caso en los modos habituales de pensar, expresarse, relacionarse, valorarse, evaluar y resolver problemas, entre otros. (parr. 7)

La terapia psicológica cognitivo-conductual requiere habitualmente de sesiones semanales y de la implicación progresiva de la persona tanto en las sesiones como en el trabajo para casa entre sesiones, de modo que las sesiones se estructuran para ir consiguiendo una serie de objetivos propuestos (García, 2010)

5.2.7. *Dependencia a sustancias y la Depresión.*

Entre las complicaciones comórbidas que experimentan los consumidores de drogas, la depresión es una de las más frecuentemente citadas, es por ello que se menciona que existe

una clara relación entre la depresión y la conducta adictiva.

Se dice que, un sujeto depresivo puede recurrir al consumo de sustancias como medio paliativo o en su defecto que sujetos con trastorno por uso de sustancias padezcan depresión como patología asociada (Moral, y otros, 2011).

Inclusive la depresión puede ser un efecto secundario de las drogas de abuso siendo posible su aparición bien durante una intoxicación por algunas sustancias (por ejemplo, cannabis,) o formar parte del síndrome de abstinencia de alguna de ellas (por ejemplo, cocaína o alcohol) (Moral, y otros, 2011).

Se dice que el alcoholismo produce muchos signos y síntomas similares requeridos para el diagnóstico de la depresión mayor. Se tiene la errónea idea de que una persona deprimida busca refugiarse en el alcohol por el hecho de que hace “olvidar por un momento” aquello que provoca malestar en el paciente.

Recientes estudios acerca de la depresión han revelado que entre treinta y un cincuenta por ciento de los alcohólicos, en un momento dado, también sufren de depresión mayor. Una persona con una historia familiar de alcoholismo tiende a presentar mayor riesgo en desarrollar depresión, así como un mayor riesgo a tener recaídas (Tomas, 2014).

Los síntomas depresivos del alcohol son mayores cuando una persona deja de beber primero, por lo que los alcohólicos en recuperación, con un historial de depresión deben ser monitorizados cuidadosamente durante las primeras etapas de la abstinencia (Tomas, 2014).

En algunos de los casos se considera que los síntomas de la depresión en los alcohólicos se reducen en gran medida a los tres o cuatro semanas después de interrumpir el consumo de alcohol.

El mayor riesgo que presenta una persona deprimida luego de consumir alcohol es la conducta suicida, por lo mismo es fundamental que las personas que sufren depresión mayor y/o que abusan de alcohol reciban atención lo antes posible por un profesional de la salud mental para tratar la problemática y prevenir las conductas suicidas. En el plano clínico se observa que tanto los pacientes adictos como los que intentan suicidarse sufren alteraciones emocionales semejantes, sobre todo depresión, acompañada de sentimientos de ansiedad, desesperanza, hostilidad y rechazo social. De igual manera ambos grupos tienen problemas en la regulación de su conducta e impulsividad y alteraciones en su sistema de recompensa (González & Matute, 2013).

Existe una relación entre depresión y tabaquismo que es bidireccional en términos de causa-efecto. La mayor parte de los estudios transversales muestran una relación entre tabaquismo y depresión. De hecho, el riesgo no solamente se ha reportado para síntomas depresivos, sino para depresión mayor.

Finalmente, las personas que padecen depresión o tienen un bajo estado de ánimo, podrían beber para animarse y reducir la tristeza. Sin embargo, los efectos depresores de la droga actúan de tal forma que tras un período relativamente breve de euforia y alegría sobreviene la sintomatología depresiva de forma acentuada.

CAPITULO III

5.3. Drogodependencia

5.3.1. Conceptos

5.3.1.1. Droga

Desde la perspectiva médica y científica, se utiliza la palabra droga para definir a diferentes sustancias que cumplen las siguientes características:

Tabla 5

Características que debe cumplir una sustancia para denominarse droga

1. Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicótropo o psicoactivo).
 2. Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan (acción reforzadora positiva).
 3. El cese en su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psicológica).
 4. No tienen ninguna implicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.
-

Fuente: Drogodependencias

Elaboración: (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2008)

Por lo tanto, el término droga se aplica a “Aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y, también, física, y que ocasionan, en muchos casos, un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social” (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2008).

Debe estar asociado, además, con la afectación de áreas como la familiar (peleas constantes, conflictos de relación, abandono de responsabilidades, separaciones), laboral (disminución del rendimiento laboral, incremento de la accidentabilidad, absentismo, abandono del trabajo) y personal (deterioro socioeconómico, conductas de vagabundeo, actos delictivos).

5.3.1.2. Uso, Hábito, Abuso y Dependencia

Uso

Indica únicamente el uso, consumo o utilización de una sustancia sin que esta genere afectos adversos. “Se puede considerar como un consumo aislado, ocasional, episódico sin tolerancia o dependencia” (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2008).

Hábito

El hábito se describiría como la costumbre de consumir una sustancia por una adaptación a sus efectos. Existe un deseo de la sustancia, pero no es necesidad.

No existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue. La búsqueda de la sustancia es limitada y nunca significa una alteración conductual. (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2008)

Abuso o Uso de Riesgo o Problemático

Es el consumo de sustancias que no han producido una dependencia, pero que con el tiempo generan problemas de salud.

Este tipo de consumo tiene consecuencias negativas relacionadas con el deterioro orgánico o de naturaleza psicosocial con ello un riesgo evolutivo que puede llegar a la dependencia. En definitiva, se trata de un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad.

Dependencia

La O.M.S. define a la dependencia como:

El estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomarla de forma continuada o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación. (Martín, Robertson, Ortiz, & Peña, 2014, pág. 34)

La dependencia puede ser de dos tipos:

Dependencia física: De acuerdo a Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain (2008) la dependencia física se caracteriza por: “La necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga – organismo”. Comprende además dos componentes en donde se apoyan los procesos de neuro adaptación que son la tolerancia y la abstinencia los cuales van a variar de acuerdo a la sustancia consumida.

Tolerancia: se define como “La disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado” (Lizarbe, Librada, & Astorga, s.f.)

Es por ello que se necesitan dosis más altas de las sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis bajas.

Abstinencia: “Es un cuadro sintomático que aparece tras la interrupción brusca del

consumo de la sustancia adictiva” (Martín, Robertson, Ortiz, & Peña, 2014). Es la privación del consumo de drogas ya sea por cuestión de principios o por otros motivos. En la mayoría de ocasiones los signos y síntomas van en dependencia de la sustancia consumida.

Dependencia psicológica: Es el deseo exagerado de consumir el producto con el objeto de obtener efectos positivos. Según se menciona en el texto “Drogodependencia”, está sujeta tanto a la capacidad reforzadora de la droga como a los niveles de condicionamiento existentes como a la forma que estos fenómenos se han integrado a la persona configurando su enfermedad.

Tabla 6
Clasificación de las sustancias de acuerdo a sus efectos

Clasificación	Acción	Sustancias
Depresoras	Enlentecen la función del Sistema Nervioso Central por lo tanto disminuye el ritmo de las funciones corporales.	Alcohol, heroína, benzodiazepinas y disolventes volátiles
Estimulantes	Activan el sistema Nervioso e incrementan el ritmo de las funciones corporales.	Cocaína, anfetaminas, nicotina, cafeína, taurina.
Alucinógenas	Distorsionan la función del cerebro, dando lugar alteraciones perceptivas, como alucinaciones, ilusiones, etc.	LSD, derivados del cannabis, drogas de síntesis: Éxtasis.

Fuente: (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2008)

Elaboración: La autora

5.3.2. Factores de riesgo y de protección para las dependencias.

A continuación, se ha detallado un cuadro con los factores de riesgo y de protección en las dependencias:

Tabla 7*Factores de riesgo y protección para las dependencias*

Factores Familiares	
Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres. • Baja supervisión familiar. • Baja disciplina familiar. • Conflicto familiar. • Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias. • Bajas expectativas para los niños o para el éxito. • Abuso físico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apego familiar. • Oportunidades para la implicación en la familia. • Creencias saludables y claros estándares de conducta. • Un sentido de confianza positivo. • Dinámica familiar positivo.
Factores comunitarios	
Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Deprivación económica y social. • Desorganización comunitaria. • Cambios y movilidad de lugar. • Las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables al consumo de sustancias. • La disponibilidad y accesibilidad a las drogas. • La baja percepción social de riesgo de cada sustancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de apoyo externo positivo. • Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad. • Descenso de la accesibilidad de la sustancia. • Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes. • Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.
Factores de pares	
Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas. • Compañeros consumidores. • Conducta antisocial o delincuencia temprana. • Rechazo por parte de los iguales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apego a los iguales no consumidores. • Asociación con iguales implicados en actividades organizadas por la escuela, recreativas, de ayuda u otras. • Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas.
Factores escolares	
Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Bajo rendimiento académico. • Bajo apego a la escuela. • Conducta antisocial en la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades para la implicación prosocial. • Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial. • Creencias saludables y claros estándares de conducta. • Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro. • Clima institucional positivo.
Factores individuales	
Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Biológicos. • Psicológicos y conductuales. • Rasgos de personalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Creencia en el orden social. • Desarrollo de las habilidades sociales. • Creencia en la propia autoeficacia.

-
- Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes.
 - Orientación social positiva.
 - Poseer aspiraciones de futuro.
 - Buen rendimiento académico e inteligencia.
 - Resiliencia.
-

Fuente: Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación

Elaboración: (Becoña & Tomás, 2010)

5.3.3. Tratamiento de las dependencias

La adicción es una enfermedad tratable y su tratamiento tiene el objetivo de contrarrestar los efectos potentes y dañinos sobre el cerebro y el comportamiento y recuperar el control de sus vidas.

El tratamiento de las adicciones puede tener varios tipos de intervenciones ya sea mediante un tratamiento ambulatorio o un tratamiento residencial.

El tratamiento ambulatorio o ambulatorio intensivo consiste en intervenciones diseñadas para adultos que han desarrollado síntomas de dependencia o abuso a sustancias, que no necesitan desintoxicación o servicios de residencia.

En cambio, el tratamiento residencial permite planificar un tratamiento intensivo de las adicciones, es decir se extiende las 24 horas del día, además es una oportunidad para aislarse de las circunstancias y rutinas que el paciente asocia a la adicción.

En estos procesos se pueden incluir: Atención médica, psicológica, terapia vivencial y ocupacional; esto en dependencia de la gravedad la enfermedad y con el objetivo de lograr una recuperación integral del paciente.

Tratamiento Médico

Tiene como objetivo el realizar la valoración médica del paciente y dar seguimiento total a la persona durante su periodo de internamiento.

También permite brindar una atención integral al paciente con riesgos o patología clínica, mediante la aplicación de procedimientos de asistencia médica, cuidados preventivos y curativos en el área de la medicina, con el propósito de preservar el bienestar y la salud individual del paciente.

Tratamiento psicológico

Terapia Individual: La finalidad de la terapia individual es la resolución de aquellos conflictos personales internos o conflictos interpersonales que provocan malestar en la persona. La manera de abordar dichos problemas depende de la naturaleza de los mismos, así como de la propia persona y sus necesidades. Se pueden usar técnicas como:

Terapia cognitiva conductual: tiene como objetivo ayudar a los pacientes a reconocer, evitar y hacer frente a las situaciones en las que son más propensos a abusar de las drogas.

Reforzamiento sistemático: utiliza el refuerzo positivo, como el otorgamiento de recompensas o privilegios por estar libres de drogas, por asistir y participar en las sesiones de terapia o por tomar medicamentos para el tratamiento según las indicaciones.

Terapia de estímulo motivacional: utiliza estrategias para producir cambios rápidos en el comportamiento, motivados internamente, para dejar de consumir drogas y facilitar el inicio del tratamiento.

Terapia grupal

Es un modelo de intervención psicológica mediante la creación de un espacio de interacción y colaboración que busca potenciar o modificar los recursos personales y las estrategias de afrontamiento.

Es importante puesto que permite compartir y sentirse identificado con otras personas comunicando sus necesidades de un modo directo, sin miedo a ser juzgado, rompe con el aislamiento emocional y facilita que cada miembro haga un ejercicio de reflexión al verse reflejado en los demás.

En segundo lugar, el grupo multiplica la capacidad de aprendizaje y con ello el número de interacciones.

Por último, la terapia grupal se convierte en un espacio donde es posible hacer ensayos relacionados con los cambios de conducta aprendidos.

Terapia familiar

La terapia familiar permite abordar los problemas generados en el contexto de las relaciones intrafamiliares con los pacientes y a la vez poner en conocimiento a las familias sobre el fenómeno de la adicción y cómo actuar con sus familiares con problemas de consumo

Terapia Vivencial

Esta terapia tiene como finalidad, llegar a conocer y conectar al paciente y su tutor de manera que existan lazos de afinidad y confianza para sacar a la luz sus problemas y

confrontarlos. Ofrecer la experiencia de los Terapistas a través de sus testimonios logrando alcanzar así la confianza y afinidad de Tutores y residentes.

Terapia Ocupacional

La terapia ocupacional se encarga de facilitar y mejorar el desempeño de las personas en sus actividades del diario vivir, sean estas actividades de auto mantenimiento, trabajo, estudio, deportes, juego o de tiempo libre.

Para poder realizar cualquier actividad (ocupación), la persona tiene que tener la oportunidad de participar en ella, por tanto, el terapeuta ocupacional también interviene para promover, abogar y facilitar la participación social de la persona considerando su entorno y su cultura, conlleva una serie de procesos y aprendizajes estructurados en forma de etapas

e. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo retrospectivo y transversal.

Descriptivo: porque se estableció datos sociodemográficos de la población y se analizaron los niveles de ansiedad y depresión existentes en los usuarios de la institución.

Retrospectivo: porque se utilizó los resultados de las evaluaciones realizadas y la información sociodemográfica otorgada por los usuarios durante años anteriores.

Transversal: Porque se determinó la presencia de ansiedad y depresión en un período específico (diciembre 2014 – junio 2018).

ÁREA DE ESTUDIO

- **Localización:** Estación Municipal de Auxilio Terapéutico y Control Humanitario de la Mendicidad # 1.
- **Temporización:** Durante el periodo diciembre 2014 – junio 2018

UNIVERSO Y MUESTRA

Universo

El universo estuvo conformado por 346 residentes y ex residentes, que ingresaron a un proceso de rehabilitación para adicciones en la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico y Control Humanitario de la Mendicidad #1 durante el periodo diciembre 2014 – junio 2018.

Muestra

La muestra fue de tipo no probabilística, y se seleccionaron 127 carpetas de residentes evaluados durante el proceso de rehabilitación que cumplían con los criterios de inclusión. De las 127 carpetas, 30 pertenecieron a residentes que ingresaron durante el año 2018, a quienes se les realizó una historia clínica y la aplicación de las escalas para la medición de los niveles de ansiedad y depresión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Residentes internados en la institución en el periodo diciembre 2014 – junio 2018
- Residentes con edades comprendidas entre 18 – 65 años
- Residentes con diagnóstico de síndrome de dependencia a sustancias psicoactivas.
- Tener la autorización de los directivos del centro para poder acceder a la revisión de las historias clínicas.

Criterios de exclusión

- Ser paciente ambulatorio.
- No se consideraron historias clínicas incompletas.
- Historias clínicas en donde los residentes no cumplan con la edad requerida para el estudio.
- Historias clínicas no autorizadas por los directivos para su revisión.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Técnicas

En el caso de los residentes pasivos se utilizó la técnica del fichaje para la recolección de información de las historias clínicas que constaban en el archivo pasivo de la institución.

Mientras que para los activos, se realizó la historia clínica establecida por la institución y se aplicó las escalas que permitieron la evaluación de los niveles de ansiedad y depresión de los residentes.

Finalmente para la tabulación y análisis de los datos, se usó el software Microsoft excel.

Instrumentos

Una vez establecidas las variables del estudio se estructuró una ficha de recolección de datos que permitió la obtención de información que constaban en las historias clínicas psicológicas de las carpetas de los residentes pasivos como: datos sociodemográficos, tipo de consumo, tipo de sustancias y niveles de ansiedad y depresión.

En el caso de los residentes activos se utilizó el modelo de historia clínica ya estructurada por la institución en donde también se recogió la información ya mencionada.

Además, para el diagnóstico de ansiedad y depresión se utilizó los resultados obtenidos de las evaluaciones hechas mediante la aplicación la escala de ansiedad de Hamilton y del inventario de depresión de Beck, respectivamente.

Ficha de Recolección de Datos

Las fichas de recogida de datos son formas estructuradas que facilitan la recopilación de información, previamente diseñadas con base en las necesidades y características de los datos que se requieren para medir y evaluar uno o varias variables.

Se elaboró una ficha (**Anexo 3**) mediante la cual se recogió la información obtenida en las historias clínicas de los residentes que incluye los siguientes aspectos:

1. Datos sociodemográficos: edad, estado civil, ocupación, residencia e instrucción
2. Tipo de sustancia y tipo de consumo.
3. Ansiedad y Depresión: evaluadas a partir de dos escalas; escala de ansiedad de Hamilton e Inventario de depresión de Beck.

Historia clínica psicológica

La historia clínica psicológica, es una herramienta que reúne todos los datos disponibles que permiten explicar el curso de la vida del paciente. La información recogida y ordenada en la historia clínica es un registro de datos imprescindible para el desarrollo de actividades del profesional.

En este caso se utilizó el modelo de historia clínica psicológica ya estructurada por la institución (**Anexo 4**), en donde se recogió datos referentes al cumplimiento de los objetivos de la investigación.

Escala de Ansiedad de Hamilton

Es una escala que permite determinar el grado de ansiedad global del paciente (**Anexo 5**), está compuesta por 13 ítems referentes a síntomas

Se puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

La puntuación oscila entre 0 y 56, y su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global de la persona. Las puntuaciones que delimitan la gravedad de la sintomatología son: de 0 – 4: ausencia de ansiedad; 5 – 14: ansiedad leve; de 15 – 28: ansiedad moderada; de 29 – 42: ansiedad grave y de 43 – 56: ansiedad muy grave.

Se usó un modelo ya establecido y estructurado dentro de la batería de reactivos de la institución.

Inventario de Depresión de Beck

Es una escala de autoevaluación que valora los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión (**Anexo 6**). Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad.

El inventario de depresión de Beck consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63 y que cuantifica la presencia y gravedad de sintomatología depresiva (Pérez, 2011). Siendo así el total de la puntuación: 1 – 10: altibajos considerados normales; 11 – 17: leve perturbación del estado de ánimo; 18 – 20: estados de depresión intermitente; 21 – 30: depresión moderada; 31 – 39: depresión grave; + 40: depresión extrema.

Se usó un modelo ya establecido y estructurado dentro de la batería de reactivos de la institución.

PROCEDIMIENTOS

Primera fase: Autorización

En una primera instancia se hizo un acercamiento con los directivos del Patronato de Amparo Social de Loja, en donde se expuso el proyecto planteado con el objetivo de facilitar su realización.

Luego de ello y en vista de que se obtuvo una respuesta positiva frente al mismo, se presentó una solicitud de autorización a la Abg. Tania García, presidenta del Patronato de Amparo Social Municipal, representante principal de la institución, para que se conceda el acceso a las historias clínicas de los residentes ingresados durante el periodo diciembre 2014 – junio 2018.

Luego de que la solicitud fuese aceptada y sumillada a la institución, se hace un nuevo acercamiento con el Coordinador, Ing. Jorge Luis Betancourt y con el director técnico el Psi. Cli. Patricio Cueva en donde nuevamente se presenta el proyecto y se explica sus objetivos dando paso a su aprobación para la realización de la investigación.

Se añade constancia de dicha documentación (**Anexo 1**).

Segunda fase: Toma de la muestra

Con la previa autorización se accedió a la lista de residentes pasivos y activos de la institución en donde se pudo identificar y determinar la población de la cual se iba a trabajar para obtener la información para el estudio.

Luego de ello se ingresó a archivo pasivo para recoger la información de cada una de las historias clínicas de los residentes que ingresaron a la institución desde el mes de diciembre del 2014 hasta el mes de diciembre del 2017. Esta información fue recogida mediante la ficha de recolección de datos que se estructuró previamente (**Anexo 3**).

Treinta de los residentes de la muestra fueron los que ingresaron durante el año 2018, los mismos que fueron entrevistados y evaluados personalmente utilizando los instrumentos ya mencionados como la Historia Clínica Psicológica (**Anexo 4**) y las escalas de ansiedad (**Anexo 5**) y depresión (**Anexo 6**).

Fase 3: Tabulación de resultados

Para finalizar el trabajo, se procedió a la tabulación de la información de 127 fichas de recolección de datos mediante el Programa Microsoft Excel; tomando en cuenta los 4 objetivos previamente planteados.

El análisis de los datos se presentó en porcentajes, para lo cual se utilizó el mismo programa, mediante el cual además, se realizó los gráficos correspondientes a los resultados obtenidos para el estudio

f. RESULTADOS

- Descripción sociodemográfica de la población

Tabla 8

Datos sociodemográficos

Datos Sociodemográficos		Residentes	%
Edad (rango)	18-20	14	11,02
	21-30	35	27,56
	31-40	40	31,50
	41-50	19	14,96
	51-60	14	11,02
	61-65	5	3,94
	Total	127	100%
Estado civil	Soltero	60	47
	Casado	37	29
	Divorciado	12	10
	Unión Libre	18	14
	Total	127	100%
Ocupación	Estudiante	10	7,87
	Empleado	93	73,23
	Sin Ocupación	24	18,90
	Total	127	100%
Residencia	Loja	113	88,98
	Zamora Chinchipe	8	6,30
	El Oro	1	0,79
	Galápagos	1	0,79
	Guayas	4	3,15
	Total	127	100%
Nivel de instrucción	Primaria incompleta	7	5,51
	Primaria completa	18	14,17
	Secundaria incompleta	48	37,80
	Secundaria completa	32	25,20
	Tercer nivel incompleto	10	7,87
	Tercer nivel completo	11	8,66
	Postgrado	1	0,79
	Total	127	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Karen Stefania Muñoz Chamba

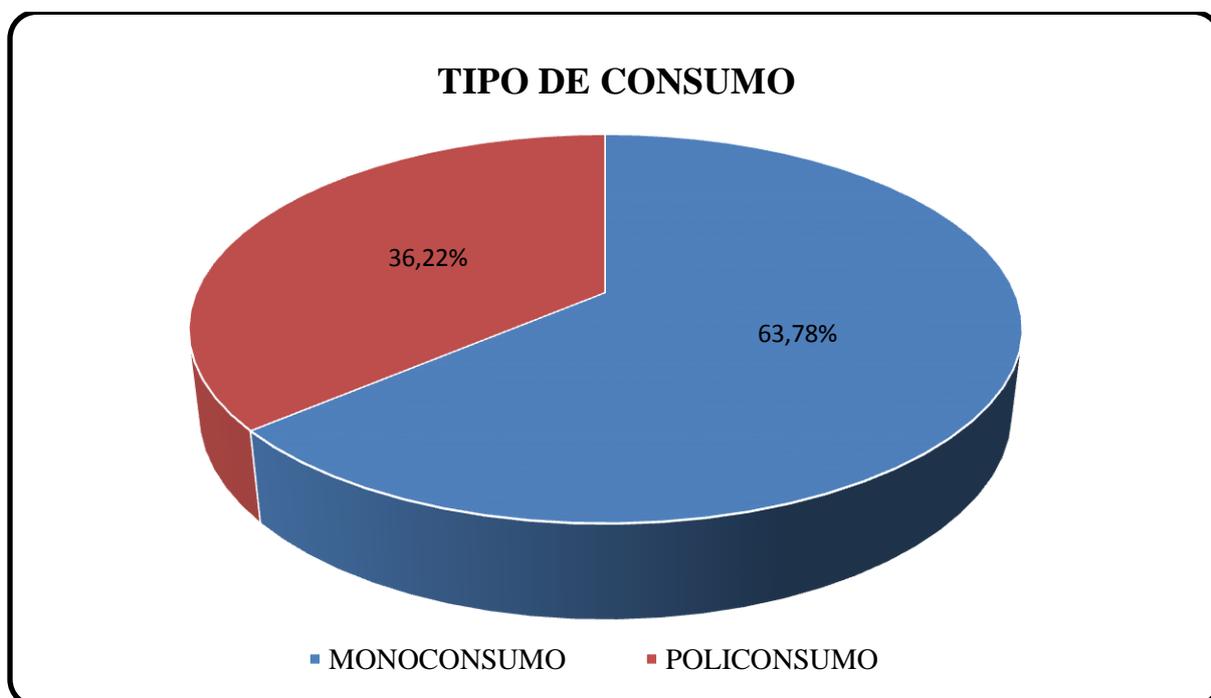
INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los datos recogidos y haciendo referencia a los datos sociodemográficos se obtuvo que: el 31,50% de los residentes se ubican en edades comprendidas entre 31 – 40 años; en su mayoría (47%) son solteros; el 73,23% tienen un

empleo; el 88,98% de la muestra residen en la ciudad de Loja y el 37,80% no culminaron sus estudios secundarios.

- Determinar el tipo de consumo y tipo de sustancia de los residentes pertenecientes a la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico #1.

Tabla 9*Tipo de consumo en los residentes.*

Tipo de consumo	Residentes	%
Monoconsumo	81	63,78
Policonsumo	46	36,22
Total	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos**Elaboración:** Karen Stefanía Muñoz Chamba.**Gráfico 1****Fuente:** Ficha de recolección de datos**Elaboración:** Karen Stefanía Muñoz Chamba

INTERPRETACIÓN: Frente al tipo de consumo de los residentes tenemos que el 63,78% ingresó por dependencia a una sustancia, es decir por monoconsumo, mientras que el 36,22 % consumía al ingresar dos o más sustancias es decir policonsumo.

TIPO DE SUSTANCIA Monoconsumo

Tabla 10
Tipo de sustancia

Sustancias	Cantidad	%
Alcohol	68	83,95
Cocaína	7	8,64
Marihuana	4	4,94
Heroína	1	1,23
Tabaco	1	1,23
Total	81	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: Karen Stefanía Muñoz Chamba.

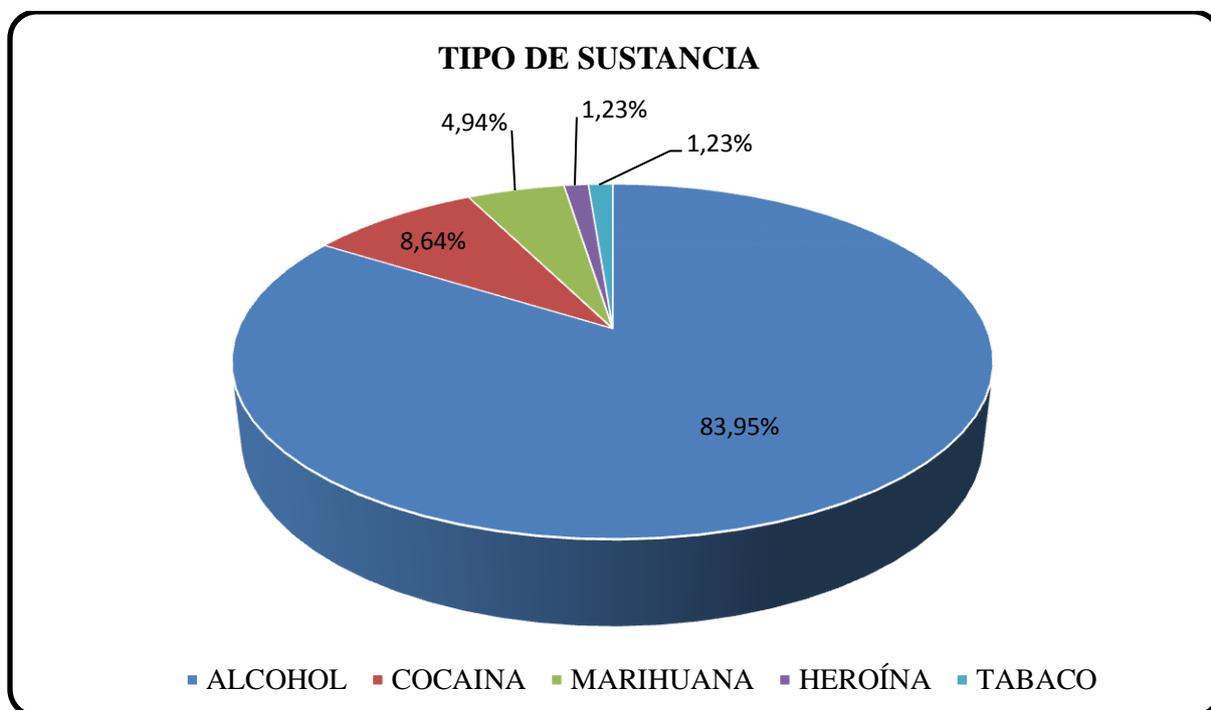


Gráfico 2

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: Karen Stefanía Muñoz Chamba.

INTERPRETACIÓN: Tomando en cuenta los residentes con monoconsumo tenemos que un alto porcentaje (83,95%) ingresaron por consumo del alcohol, sustancia que por facilidad de adquisición por su precio y legalidad es la más consumida; el 8,64 % por consumo de cocaína, un 4,94% por consumo de marihuana, y por consumo de heroína y tabaco el 1,23% respectivamente.

Policonsumo

Tabla 11

Tipo de sustancia

Sustancias	Cantidad	%
Alcohol-Cocaína	24	52,17
Alcohol-Marihuana	4	8,70
Alcohol-Cocaína-Marihuana	14	30,43
Marihuana-Cocaína	2	4,35
Tabaco-Cocaína	1	2,17
Alcohol-Tabaco-Marihuana-Cocaína	1	2,17
Total	46	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: Karen Stefanía Muñoz Chamba.

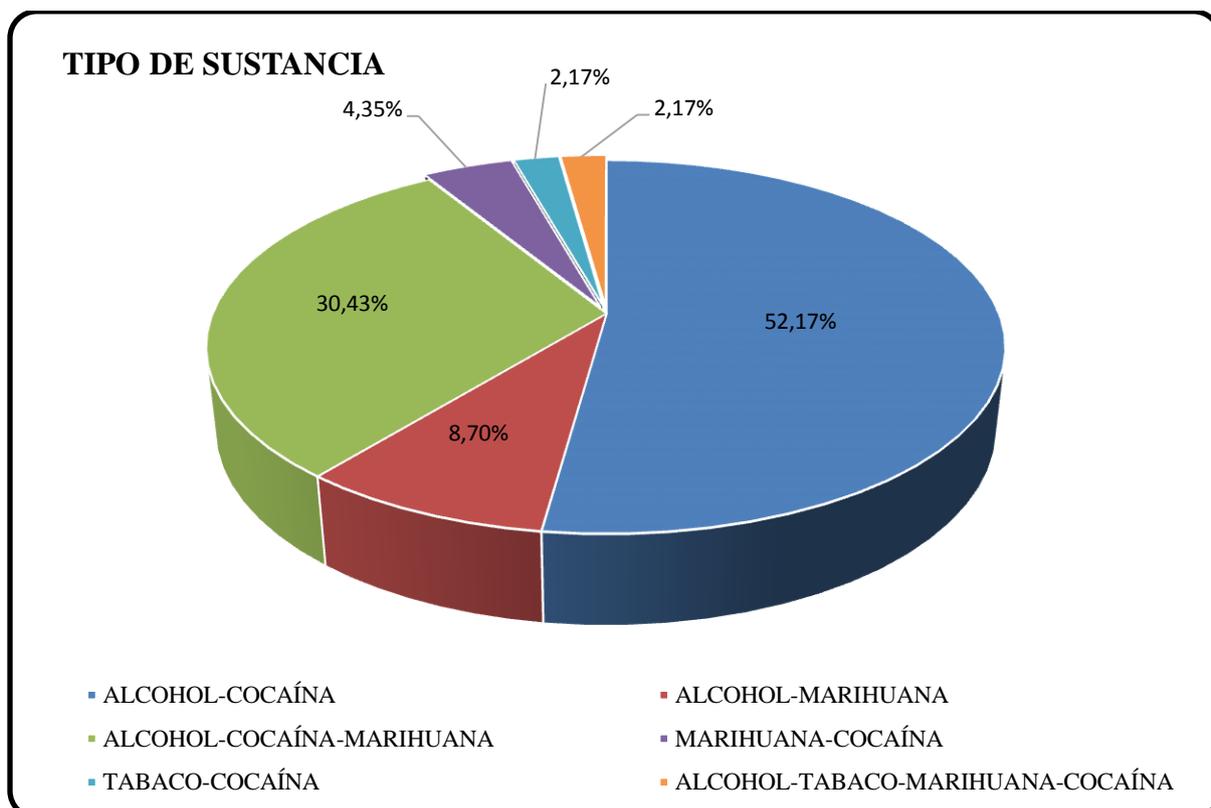


Gráfico 3

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: Karen Stefanía Muñoz Chamba.

INTERPRETACIÓN: Con respecto a los usuarios con policonsumo es decir que usan dos o más sustancias, se determinó que el 52,17% además de consumir alcohol consumen cocaína,

el 30,43% consumen alcohol cocaína y marihuana; el 8,70% combinan alcohol y marihuana, el 4,54% usan marihuana y cocaína, y el 2,17% usan combinaciones de tabaco – cocaína y de alcohol – tabaco – marihuana – cocaína respectivamente.

- Analizar los niveles de ansiedad y depresión de la población.

Tabla 12
Niveles de ansiedad

Ansiedad	Residentes	%
Ausencia de ansiedad	15	11,81
Ansiedad Leve	63	49,61
Ansiedad Mínima	3	2,36
Ansiedad Moderada	33	25,98
Ansiedad Grave	12	9,45
Ansiedad muy Grave	1	0,79
Total	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: Karen Stefanía Muñoz Chamba.

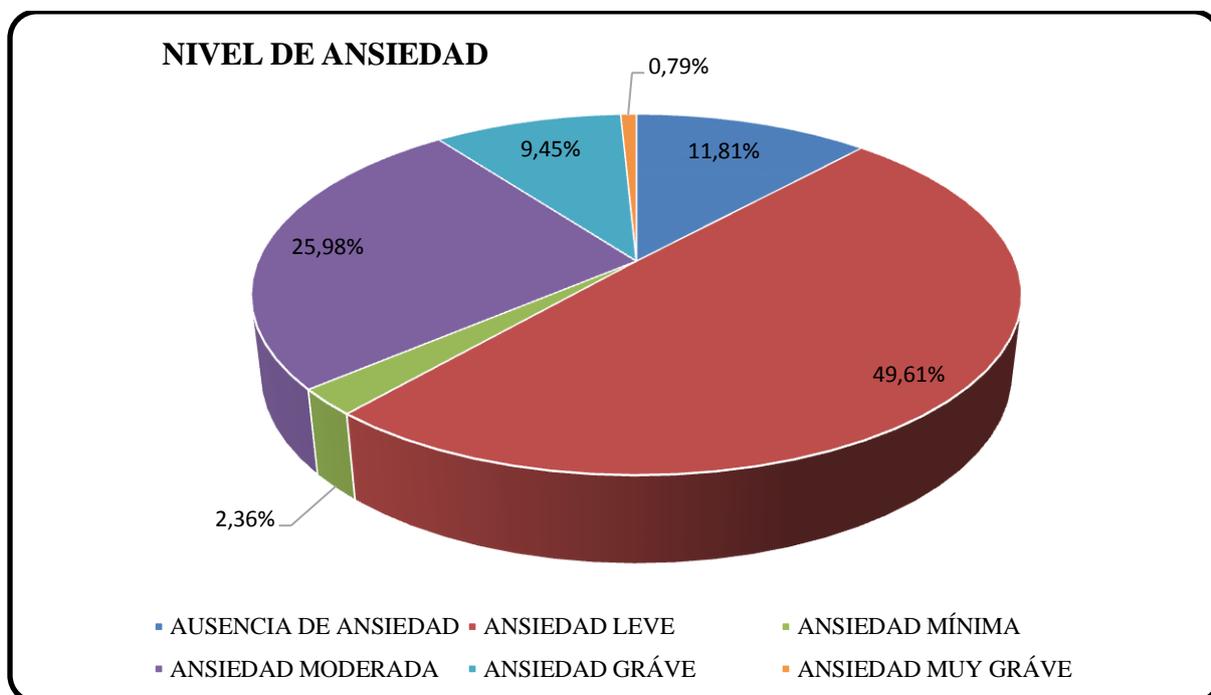


Gráfico 4

Fuente: Ficha de recolección de información.

Elaboración: Karen Stefanía Muñoz Chamba

INTERPRETACIÓN: Del total de la muestra y de acuerdo a los resultados de los reactivos y los recogidos en la ficha, se determinó que el 49,61% de residentes presentan un nivel de ansiedad leve; el 25,98% presenta ansiedad moderada; el 11,81% no presenta ansiedad; el 9,45% reporta un nivel de ansiedad grave; el 2,36% reporta ansiedad mínima y solamente un

0.79% muestra un nivel de ansiedad muy grave. Destacando además que la población fue evaluada en los primeros 15 días de internamiento por lo que no se evidencia en los resultados niveles elevados de ansiedad. Hay que mencionar que la población estudiada evidencia niveles elevados a partir de su segundo mes de internamiento.

Tabla 13
Niveles de depresión

Depresión	Residentes	%
Leve perturbación en estado de ánimo	32	25,20
Estado de depresión intermitente	16	12,59
Altibajos considerados normales	67	52,76
Depresión moderada	9	7,09
Depresión Grave	3	2,36
Total	127	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: Karen Stefanía Muñoz Chamba.

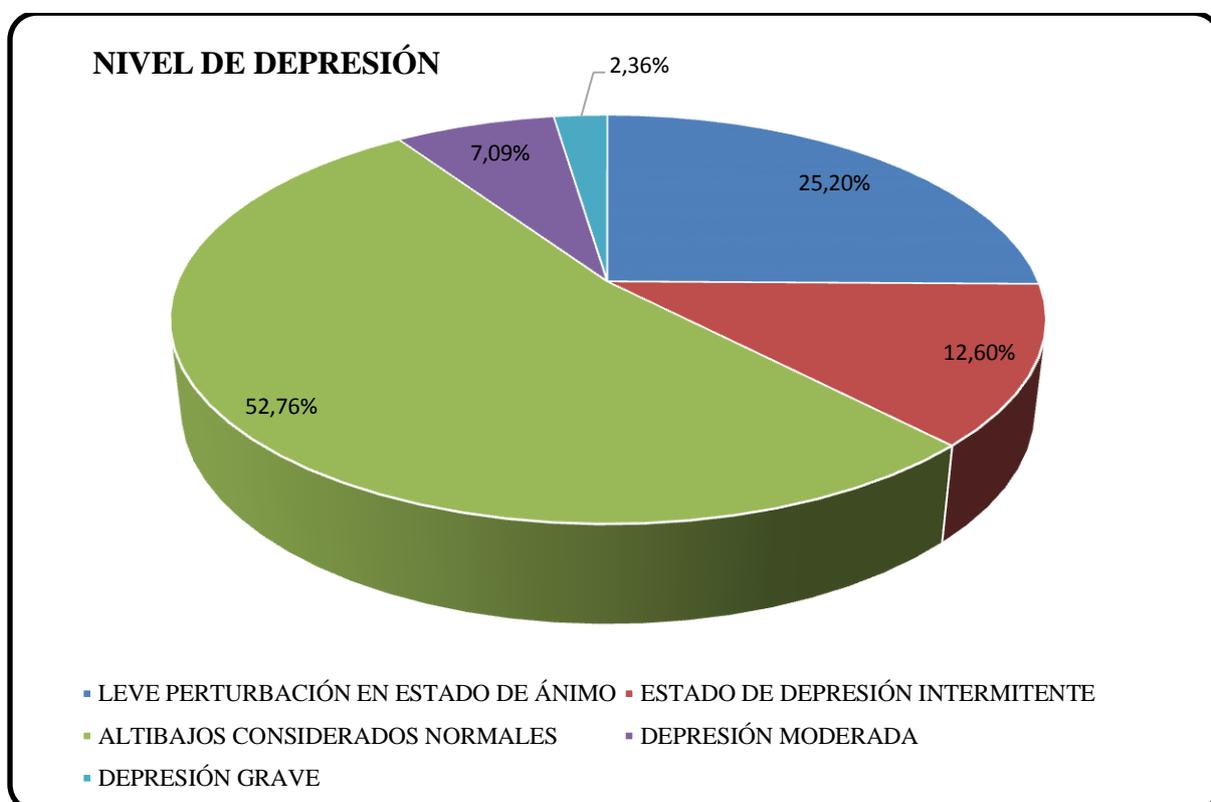


Gráfico 5

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: Karen Stefanía Muñoz Chamba.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a la información obtenida tenemos lo siguiente: el 52,76% de los usuarios presentaron altibajos considerados normales; siguiendo los estados de depresión intermitente con 12,60%; el 25,20% presentó una leve perturbación del estado de ánimo; el 7,09% reporta niveles de depresión moderada y el 2,36% presentó depresión grave.

Al igual que en el caso de la ansiedad los niveles de depresión fueron determinados luego de los primeros 15 días de internamiento de los residentes, por lo que no se evidencia mayor gravedad, sin embargo la presencia de los mismos es bastante notable para la cuarta y quinta semana de internamiento.

- Describir la relación que existe de ansiedad y depresión con el tipo de consumo.

RELACIÓN ENTRE TIPO DE CONSUMO Y ANSIEDAD

Tabla 14

Tipo de consumo y niveles de ansiedad

		Niveles de ansiedad						total
		Ausencia de ansiedad	Ansiedad leve	Ansiedad mínima	Ansiedad moderada	Ansiedad grave	Ansiedad muy grave	
Tipo de consumo	Monoconsumo	10	40	2	18	10	1	81
	Policonsumo	5	23	1	15	2	0	46
TOTAL								127

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Karen Stefanía Muñoz Chamba

INTERPRETACIÓN: Tomando en cuenta el total de los residentes y haciendo referencia a los más puntuados se obtuvo que 40 residentes de monoconsumo y 23 de policonsumo presentan ansiedad leve siendo estos resultados contrarios a otras investigaciones puesto que se menciona que el policonsumo está relacionado con el desarrollo de altos niveles de ansiedad, seguido de esto 18 residentes con monoconsumo y 15 con policonsumo presentan ansiedad moderada y 10 de monoconsumo y 5 de policonsumo no presentan ansiedad.

RELACIÓN ENTRE TIPO DE CONSUMO Y DEPRESIÓN

Tabla 15

Tipo de consumo y niveles de depresión

		Niveles de depresión					
		Leve perturbación del estado de ánimo	Estados de depresión intermitente	Altibajos considerados normales	Depresión moderada	Depresión grave	total
Tipo de consumo	Monoconsumo	20	13	41	5	2	81
	Policonsumo	12	3	26	4	1	46
TOTAL							127

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Karen Stefanía Muñoz Chamba

INTERPRETACIÓN: Tomando en cuenta el total de los residentes y haciendo referencia a los más puntuados tenemos que 41 residentes de monoconsumo y 26 de policonsumo presentan altibajos considerados normales resultados también contradictorios ya que se menciona que la población que tiende a desarrollar sintomatología depresiva es la de policonsumo, 20 residentes de monoconsumo y 12 de policonsumo presentan una leve perturbación del estado de ánimo y 13 de monoconsumo y 3 de policonsumo presentan estados de depresión intermitente.

g. DISCUSIÓN

Durante la investigación se revisó un total de 127 historias clínicas de varones con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en las cuales se pudo evidenciar que el consumo está relacionado con otros problemas como la ansiedad y la depresión.

Partiendo de esto se realizó un análisis comparativo entre la información que nos brindan otros estudios que se han elaborado en el país como en otros lugares del mundo y los resultados obtenidos en este estudio.

Con respecto a los datos sociodemográficos en un artículo denominado “Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones”, se muestra lo siguiente: el 36,7 % de la muestra tuvo edades comprendidas entre 20 – 29 años; el estado civil del 56,1% era soltero y el 91,8% tenían empleo; resultados que comparados con nuestro estudio superan los porcentajes ya que el promedio de edad de la muestra fue de 31 – 40 años con un 32%, el estado civil del 47% es soltero y el 73,23% tienen empleo (Navarrete, y otros, 2013).

Según Chacón & Torres en su investigación titulada “NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN ADOLESCENTES VARONES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL CENTRO DE ADICCIONES “HOGAR CRECER”, 2011-2015” encontraron que el 83,5% de la población consume dos o más sustancias (policonsumo) y que el 16,5% ingresó por monoconsumo (Chacón & Torres, 2016); por lo tanto se puede decir que la frecuencia de monoconsumo en nuestro estudio es mucho mayor al ya mencionado puesto que encontramos que el 63,78% de la población

ingresó por consumir una sustancia es decir monoconsumo y el 36,22% ingresó por consumo de dos o más sustancias es decir policonsumo.

El artículo denominado “Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles”, revela que las principales drogas utilizadas en dependientes son: alcohol con un 82,4%, el tabaco 63,6%, la marihuana 37,9% y cocaína 16,4% (Arellanez Hernández, Díaz Negrete, & Wagner Echeagaray, 2004); resultados que solamente concuerdan con el nuestro con respecto al alcohol ya que el 83,95% de la muestra de monoconsumo ingreso a la institución por consumo del alcohol; mientras que el 4,94%, el 8,64% y el 1,23% de la muestra de monoconsumo ingresaron por consumo de marihuana, cocaína y tabaco respectivamente resultados bastante bajos si los comparamos con el artículo antes mencionado.

Con respecto a la ansiedad, el 49,61% de la población presenta ansiedad leve y el 25,98% de la población presentan ansiedad moderada resultados que concuerdan con la investigación mencionada anteriormente de Chacón & Torres, en donde encontraron que el 51,2 % de la población presenta ansiedad leve mientras que el 27,8 % presento ansiedad moderada.

Finalmente y con respecto a la depresión tenemos que el 52,76% presentan altibajos considerados normales, el 25.20% leve perturbación en el estado de ánimo y el 7.09% depresión moderada resultados que comparados con los de Chacón & Torres podemos decir que superan el porcentaje de nuestra investigación puesto que en el caso de su estudio el 36,1 % presentan depresión moderada, el 31,6% depresión leve y el 17,9% depresión grave.

Con esta comparación podemos ver que la ansiedad y la depresión en sus diferentes niveles está presente en las personas con problemas de conducta por consumo de sustancias psicoactivas; además es importante recalcar que esto podría dificultar el manejo terapéutico y enlentecer el proceso de recuperación del adicto, es por ello que es fundamental una intervención de tipo multidisciplinario y precoz con el objetivo de identificar los causales de la patología para una adecuada recuperación.

h. CONCLUSIONES

Una vez finalizado el presente estudio investigativo y tomando en cuenta los objetivos planteados, concluimos que:

1. De la población estudiada en su gran mayoría fueron usuarios entre 31 – 40 años de edad que residen en la ciudad de Loja con estado civil soltero, de instrucción secundaria incompleta y empleados.
2. En la población estudiada el tipo de consumo que más se presentó fue monoconsumo, siendo el alcohol la sustancia más usada.
3. El nivel de ansiedad que más se presentó fue la ansiedad leve, y en el caso de los niveles de depresión lo que más se presentó fueron los altibajos considerados normales.
4. Se pudo determinar que a pesar de que los niveles de ansiedad y de depresión fueron bajos, si existe una relación entre esta sintomatología y el consumo de sustancias psicoactivas.

i. RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta los planteamientos realizados en la presente investigación creemos necesario:

1. Establecer una batería de reactivos que permita al departamento de psicología de la institución evaluar de forma adecuada a los residentes con el fin de determinar patologías a tiempo evitando de esta manera, que las mismas interfieran con el proceso terapéutico.
2. Realizar evaluaciones de forma continua a los residentes para de esta forma determinar si los niveles de ansiedad o depresión se modifican o mantiene en el tiempo y así brindar una atención psicológica adecuada que permita evitar contratiempos durante el proceso terapéutico.
3. Brindar una atención de manera individualizada a los residentes que se les haya diagnosticado con sintomatologías ansiosas – depresivas para de evitar que se agrave el cuadro patológico.
4. Promover la práctica de hábitos saludables y de mejora de calidad de vida a través de charlas en la institución tanto para los residentes como para el personal que trabaja en la misma.

j. BIBLIOGRAFÍA

- Adler, M., Barthwell, A., & Brady, K. (Julio de 2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. Obtenido de National Institute on Drug Abuse: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/principios-de-tratamientos-eficaces>
- Agencia EFE. (23 de febrero de 2017). *Los casos de depresión aumentan un 18 % en el mundo en la última década*. Obtenido de EFE: <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/los-casos-de-depresion-aumentan-un-18-en-el-mundo-la-ultima-decada/20000013-3188037>
- Arellanez Hernández, J. L., Diaz Negrete, D. B., & Wagner Echeagaray, F. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes. *Salud Mental*, 54-64.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., . . . Babin, F. (2013). *Abuso o dependencia al cannabis y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual*. Obtenido de Actas Españolas de Psiquiatría: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/82/ESP/15-82-ESP-122-129-974945.pdf>
- Arias, M. (2010). Consumo de sustancias y depresión . *Revista Gallega de Psiquitría y Neurociencias*, 22-27.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales . En A. A. Psiquiatría, *Transtornos de ansiedad* (págs. 189-233). Arlington: Panamericana.
- Barlow, D. (2004). Psicopatología. En D. Barlow, *Transtornos de ansiedad* (pág. 108). Madrid: Thonsom Editores.

- Barlow, D. (2004). Psicopatología. En D. Barlow, *Transtornos del estado de ánimo* (pág. 204). Madrid: Thonsom Editores.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2006). Terapia Cognitiva de la Depresión. En A. Beck, J. Rush, B. Shaw, & G. Emery, *El problema de la depresión* (págs. 11-23). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Becoña, E., & Tomás, M. C. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. En E. Becoña, & M. C. Tomás, *LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA LAS ADICCIONES* (págs. 48-50). Barcelona: Socidrogalcohol.
- Cantero, F. (2007). *Drogas, adicciones y subjetividad*. Obtenido de Dialnet: https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=3d7d05ef89&attid=0.5&permmsgid=msg-f:1614081114070522078&th=16665e38b2d718de&view=att&disp=inline&saddbat=ANGjdJ__PHjM5ZrCnpU1E-G4DfA7LLivLV9PZDLzIfujwfXWinKgNXmX0YJKso6WqhqrTCJcfz7v2f
- Casado, R. (2 de Noviembre de 2015). *Síntomas de la ansiedad*. Obtenido de La Ansiedad en cifras: <http://amadag.com/la-ansiedad-en-cifras/>
- Centro de Psicología Aaron Beck. (s.f.). *Tratamiento psicológico de la depresión*. Obtenido de Centro de Psicología Aaron Beck: <https://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/depresion.html>
- Chacón, J., & Torres, M. (2016). Ansiedad y depresión. *Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina*, 1-43.
- Clark, D., & Beck, A. (2012). Terapia Cognitiva para Transtornos de ansiedad. En D. Clark, & A. Beck, *Teoría Cognitiva e investigación sobre la ansiedad* (págs. 19-185). Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Clínica, G. d. (2009). Definición, factores de riesgo y diagnóstico. En G. d. Clínica, *Factores personales y sociales* (pág. 25). Madrid: Tórculo Artes Gráficas, S.A.
- Clínica, G. d. (2009). Guía de Práctica Clínica. En G. d. Clínica, *Factores Individuales* (pág. 49). Madrid: Tórculo Artes Gráficas, S.A.
- ecuatoriana, C. r. (2018). Guía de cuidado y autocuidado al interviniente. En C. r. ecuatoriana, *Estrés* (págs. 28-29). Quito: AQUATTRO.
- El Comercio. (23 de Marzo de 2017). *Droga H puede tener hasta 80% de heroína*. Obtenido de El Comercio: <https://www.elcomercio.com/actualidad/drogah-heroína-analisis-microtrafico-investigaciones.html>
- Fernández., P. L. (2009). *Drogodependencia. Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. Madrid : Panamericana .
- Figueredo, P. (3 de Julio de 2013). *Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios de la Universidad Tecnológica Intercontinental - Región Central*. Obtenido de Universidad Tecnológica Intercontinental: <http://www.utic.edu.py/v6/investigacion/attachments/article/119/Tesis%20Doctoral%20Patricia%20Figueredo.pdf>
- García, E., & Pérez, M. (2005). *La ira y la ansiedad en la abstinencia de alcohólicos rehabilitados*. Obtenido de Universidad Camilo José Cela: <http://repositorio.ucjc.edu/bitstream/handle/20.500.12020/124/C00032799.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García, J. (30 de Agosto de 2010). *Tratamientos*. Obtenido de Psicoterapeutas.com: <https://www.cop.es/colegiados/m-00451/depre.htm>
- Garrido, J. M. (s.f.). *Medir la ansiedad con el Inventario de Beck*. Obtenido de Psicopedia org: <http://psicopedia.org/1806/medir-la-ansiedad-con-el-inventario-de-beck/>
- González, A., & Matute, E. (2013). Cerebro y drogas. En A. González, & E. Matute,

Relación entre el comportamiento suicida y las adicciones (págs. 162-170). Bogotá: Manual Moderno.

Grupo El Comercio. (23 de Marzo de 2017). Obtenido de El Comercio:

<http://www.elcomercio.com/actualidad/drogah-heroina-analisis-microtrafico-investigaciones.html>.

Guillamón, N. (2006). *Ansiedad y drogas*. Obtenido de Clínicadeansiedad.com:

<https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-y-otros/ansiedad-y-drogas/>

Guillamón, N. (2006). *Ansiedad y drogas*. Obtenido de Clínica de la ansiedad:

<https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-y-otros/ansiedad-y-drogas/>

Integral, C. d. (s.f.). *Test - Inventario de Depresión de Beck*. Obtenido de Centro Baruch:

<https://www.centrobaruch.com/blank>

Livingston, C. (1994). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. En C. Livingston,

Episodio depresivo leve (págs. 98-101). Madrid: Panamericana.

Lizarbe, V., Librada, M., & Astorga, M. (s.f.). *Glosario de términos de alcohol y drogas*.

Obtenido de Ministerio de Consumo y Sanidad:

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Lopez, C. (s.f.). *Ansiedad y medicación: Tratamientos farmacológicos*. Obtenido de Clínica

de la ansiedad: <https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/tratamiento-de-la-ansiedad/ansiedad-y-medicacion-tratamientos-farmacologicos/>

Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J., & Lizasoain, I. (2008). Drogodependencias. En P. Lorenzo,

J. Ladero, J. Leza, & I. Lizasoain, *Conceptos fundamentales en drogodependencias*

(págs. 1-21). Madrid: Panamericana.

Luna, M. (s.f.). *Ansiedad y depresión*. Obtenido de Clínica de la ansiedad:

<https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-y-otros/ansiedad-y-depresion/>

Marqueta, A., Jiménez, A., Beamonte, A., Gargallo, P., & Nerín, I. (Junio de 2010).

Evolución de la ansiedad en el proceso de dejar de fumar enfumadores que acuden a una Unidad de Tabaquismo. Obtenido de Redalyc.org:

<http://www.redalyc.org/html/2891/289122896005/>

Martín, M., Robertson, M., Ortiz, A., & Peña, M. (2014). Guía para la implantación de un plan de prevención de las adicciones en la empresa. En M. Martín, M. Robertson, A. Ortiz, & M. Peña, *Conceptos básicos en Adicciones* (pág. 34). Bilbao: Garcinuño Comunicación Gráfica.

Miguez, H. (17 de Enero de 2000). *Consumo de sustancias psicoactivas en Argentina.*

Obtenido de Federación Argentina de Cardiología:

http://www.fac.org.ar/1/temas/tabaco01/modulo1/bibliografia_modulo_1/consumo_de_sustancias_psicoactivas_sedronar.pdf

Moral, M., Sirvent, C., Blanco, P., Rivas, C., Quintana, M., & Campomanes, G. (Enero de 2011). Depresión y adicción. *Revista psiquiatría.com*, 2-7. Obtenido de Scielo.

Moral, M., Zamora, P., & Sirvent, C. (2011). Depresión y adicción. *Revista psiquiatria.com*, 1-32.

Navarrete, R., Benjet, C., Borges, G., Eliosa-Hernández, A., Nanni-Alvarado, R., & Ayala-Ledesma, M. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental*.

OMS. (s.f.). *Depresión.* Obtenido de Organización Mundial de la Salud:

http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/

Organización Mundial de la Salud. (7 de Abril de 2017). *Día Mundial de la Salud Mental.*

Obtenido de Organización Mundial de la Salud:

<http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>

Organización Mundial de la Salud. (24 de Febrero de 2017). *Ecuador, entre los países con*

más casos de depresión en Latinoamérica. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-entre-los-paises-con-m-s-casos-de-depresi-n-en-latinoam-rica-89705>

Organización Mundial de la Salud. (22 de Marzo de 2018). *Generalidades*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>

Ortuño, F., Cano, A., Schlatter, F., Soutullo, C., Sarraís, F., Pla, J., & Zapata, R. (2009). Lecciones de Psiquiatría. En F. Ortuño, *Transtornos del humor: trastorno depresivo y trastorno bipolar* (págs. 122-192). Madrid: Médica Panamericana, S.A.

Peréz, R. (10 de Septiembre de 2011). *El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente*. Obtenido de Scielo: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100001

Psikipedia. (s.f.). *Edades de comienzo*. Obtenido de Psikipedia: <https://psikipedia.com/libro/psicopatologia-2/2268-aspectos-epidemiologicos-de-los-trastornos-de-ansiedad>

Psyciencia. (19 de agosto de 2014). *Inventario de depresión de Beck*. Obtenido de Psyciencia: <https://www.psyciencia.com/pdf-inventario-de-depresion-de-beck/>

Rodríguez, D. (8 de Diciembre de 2008). *Prevalencia, nivel de independencia y factores sociodemográficos según consumo de sustancias psicoactivas lícitas en trabajadores de salud mental en una institución de tercer nivel de atención*. Obtenido de Pontificia Universidad Javeriana: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis19.pdf>

Salud Pública de México. (7 de Enero de 2010). *Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción*. Obtenido de Scielo:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342010000800007&script=sci_arttext&tlng=en

Salud, G. (s.f.). *Tratamiento de la ansiedad*. Obtenido de guiasalud.es:

<http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/resumida/documentos/apartado04/Tratamiento.pdf>

Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). *Periodicos Electronicos en Psicologia*.

Obtenido de PEPSIC:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002

Sirvent, C., Villa, M., & Blanco, P. (2011). Depression and addiction. *Revista psiquitria.com*, 2.

Slapak, C., & Grigoravicius, M. (29 de Marzo de 2007). *Consumo de drogas: La construcción de un problema social*. Obtenido de Scientific Electronic Library Online: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a23.pdf>

Slapak, S., & Grigoravicius, M. (2007). "Consumo de drogas": la construcción de un problema social. *Anuario de Investigaciones* .

Tomas, U. (13 de Octubre de 2014). *El alcohol y la depresión* . Obtenido de El psicoasesor: <http://elpsicoasesor.com/el-alcohol-y-la-depresion/>

Vega, J. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista de Neuro-Psiquiatria* .

k. ANEXOS

ANEXO 1

Autorizaciones para el desarrollo del proyecto



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Ot. Nro: 084-DPSCL-FSH-UNL
Loja, 20 de marzo de 2018

Señorita
Karen Stefania Muñoz Chamba
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad

De mi consideración:

Por medio del presente, y dando cumplimiento a lo dispuesto en el Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133 y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009, me permito comunicarle que su Tema para el Proyecto de Tesis: "ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS RESIDENTES PERTENECIENTES A LA ESTACIÓN MUNICIPAL DE AUXILIO TERAPEUTICO Y DE CONTROL DE MENDICIDAD Nro. 1 EN EL PERIODO DICIEMBRE 2014-JULIO 2018", ha sido aprobado, por lo que debe continuar con el trámite respectivo, debiendo validar la PERTINENCIA en su estructura y coherencia.

Particular que hago de su conocimiento para los fines consiguientes:

Atentamente,




Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.
ENCARGADO DE GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Copia: CARPETA DEL ESTUDIANTE
Archivo

FRA/BJ

Dirección: Av. Manuel Ignacio Montano
Teléfono: (07) 2573379 – Ext.110



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Oficio Nro. 101-DPSCL-FSHUNL
Loja, 23 de marzo de 2018

Señorita
Karen Stefania Muñoz Chamba
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad.

De mi consideración:

De conformidad al Of. sin número de fecha 20-03-2018 suscrito por la Dra. María Susana González García, Directora de su Proyecto de Tesis "ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS RESIDENTES PERTENECIENTES A LA ESTACIÓN MUNICIPAL DE AUXILIO TERAPEUTICO Y DE CONTROL DE MENDICIDAD Nro. 1 EN EL PERIODO DICIEMBRE 2014-JULIO 2018", me permito comunicarle que en su proyecto de tesis se modifica el Título, objetivo general, objetivos específicos y cronograma, quedando de la siguiente manera:

Título:

- "ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS RESIDENTES PERTENECIENTES A LA ESTACIÓN MUNICIPAL DE AUXILIO TERAPEUTICO Y CONTROL HUMANITARIO DE LA MENDICIDAD Nro. 1 EN EL PERIODO DICIEMBRE 2014-JUNIO 2018"

Objetivo General:

- Determinar los niveles de ansiedad y depresión en los residentes pertenecientes a la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico y Control Humanitario de la Mendicidad Nro. 1.

Objetivos Específicos

- Descripción sociodemográfica de la población a estudiar.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA



Objetivos del Proyecto de Tesis:

- Determinar el tipo de consumo, tipo de sustancia y nivel de participación de la población a estudiar.
- Analizar los niveles de Ansiedad y Depresión
- Estructurar una guía didáctica con técnicas que permitan a los pacientes desarrollar habilidades para disminuir la sintomatología ansiosa-depresiva.

Opinión del Encargado:

Por lo tanto se aprueba las modificaciones realizadas por su Directora de proyecto, debiendo Usted, presentar un nuevo proyecto para que continúe con el trámite correspondiente.

Atentamente,

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre Mg. Sc.
ENCARGADO DE GESTIÓN ACADÉMICA DE
LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA-UNE

Copia: Expediente del Estudiante

FFAA/fac

Depto. Control:

- Controlar los niveles de ansiedad y depresión en los estudiantes pertenecientes a la Colección Municipal de Salud Psicológica y Clínica (Colección de la Universidad No. 1)

Depto. Investigaciones:

- Desarrollar metodologías de la población a estudiar.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Oficio Nro. 103-DPSCL-FSH-UNL
Loja, 26 de marzo de 2018

Docora
Ana Pueras Azanza Mg. Sc.
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad.

De mi consideración:

Por medio del presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio del 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos; y, considerando que el proyecto de tesis tiene informe favorable en su estructura y coherencia, me permito hacerle conocer que esta Dirección le ha designado a Usted, Directora del Proyecto de Tesis adjunto, titulado "ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS RESIDENTES PERTENECIENTES A LA ESTACIÓN MUNICIPAL DE AUXILIO TERAPEUTICO Y CONTROL HUMANITARIO DE LA MENDOCIDAD Nro. 1 EN EL PERIODO DICIEMBRE 2014- JUNIO 2016", de autoría de la Srta. Karen Stefania Muñoz Chamba, Estudiante de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

Con sentimientos de especial consideración y estima.

Atentamente.

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.
ENCARGADO DE GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Copia: Secretaría General
Sra. Karen Stefania Muñoz Chamba
Expediente del Estudiante

FPAAvfo



CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Planificación por contrato

Of. Nro. 104 -DPSCl-FSH-UNL
Loja, 27 de marzo de 2018

Abogada
Tania García Córdova
PRESIDENTA DEL PATRÓNATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL
Ciudad.

De mi consideración:

Con un atento y cordial saludo me dirijo a usted, a la vez comedidamente solicitarle su importante colaboración, autorizando para que la **Srta. Karen Stefania Muñoz Chamba**, Estudiante del X Ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda utilizar la información correspondiente a datos sociodemográficos y resultado de reactivos de los Residentes de su prestigiosa Institución durante el periodo diciembre 2014-Junio 2018, a fin de que desarrolle su Proyecto de Tesis, titulado **"ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS RESIDENTES PERTENECIENTES A LA ESTACIÓN MUNICIPAL DE AUXILIO TERAPEUTICO Y CONTROL HUMANITARIO DE LA MENDICIDAD Nro. 1 EN EL PERIODO DICIEMBRE 2014-JUNIO 2018"**, requisito indispensable previo la obtención de Psicóloga Clínica.

En la seguridad de contar con su atención al presente pedido, le expreso el testimonio de agradecimiento.

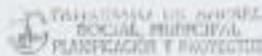
Atentamente

[Handwritten signature of Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre]

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg.-Sc.
ENCARGADO DE GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

072571379

Copia: Archivo
FPAA/fao



RECIBO: *[Handwritten]*
FECHA: *29/03/2018*
MORA: *[Handwritten]*



Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros
Teléfonos: (07)2571379 - Ext.110



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
SISTEMA NACIONAL DE ATENCIÓN
ALTA ESPECIALIDAD
 Tania García Córdova
PRESIDENTA
 Memorando CPP-PASML-2017 - Nro 0088
 Loja, 2 de abril de 2018

PARA: Abg. Tania García Córdova
PRESIDENTA DEL PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL

ASUNTO: Autorización

En atención la sumilla insertada en Oficio 0104-DPSCL-FSH-UNL, de fecha 27 de marzo de 2018, suscrito por el Dr. Fernando Patricio Aguirre Mg Sc., Encargado de Gestión Académica de la Carrera de Psicología Clínica de Facultad de Salud Humana de la UNL, el cual solicita autorización para que la estudiante, **Karen Stefania Muñoz Chamba**, realice su proyecto de tesis, titulado **ANSIEDAD Y DEPRESION EN LOS RESIDENTES PERTENECIENTES A LA ESTACION MUNICIPAL DE AUXILIO TERAPÉUTICO Y CONTROL HUMANITARIO DE LA MENDICIDAD NRO. 1**, me permito sugerirle salvando su más dustrado criterio se autorice dicha petición, en el marco del convenio suscrito con la Universidad Nacional de Loja. Además este estudio servirá de base para que el personal a cargo de dicho centro, pueda tomar decisiones sobre su tratamiento.

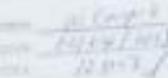
Por su atención, me suscribo.

Asentando:

 Mg. Fernando Patricio Aguirre
PLANIFICACIÓN Y PROYECCIÓN


OFICIO ORIGINAL: 0104-DPSCL-FSH-UNL

RECEPCIONADO
 02/04/2018


RECEPCIONADO
 02/04/2018



 Estación Municipal de Auxilio
 Terapéutico y Control Humanitario
 de la mendicancia
**FIEL COPIA
 DEL ORIGINAL**

FIRMA

ANEXO 2**Certificación de traducción del resumen de tesis**

Gabriela del Rocío Enríquez Jadán

LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN MENCIÓN IDIOMA INGLES

GABRIELA DEL ROCÍO ENRÍQUEZ JADÁN LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION MENCION IDIOMA INGLES CON NÚMERO DE REGISTRO SENESCYT 1008-15-1426297 Y CON RUC 1103730980001

CERTIFICO:

Que el resumen de la Tesis titulada **“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS RESIDENTES PERTENECIENTES A LA ESTACIÓN MUNICIPAL DE AUXILIO TERAPÉUTICO Y CONTROL HUMANITARIO DE LA MENDICIDAD #1 EN EL PERIODO DICIEMBRE 2014 – JUNIO 2018”** de autoría de la Señorita Karen Stefania Muñoz Chamba con número de ciudadanía 1105051757, egresada de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, ha sido debidamente traducido del Idioma español al idioma Ingles.

Lo Certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso de la presente certificación, en lo que a su interés convenga

Loja 29 de octubre de 2018



Lic. Gabriela Enríquez Jadán

1008-15-1426297

0958874050
gabrielaenriqueziadan@yahoo.com

ANEXO 3

Ficha de Recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Formulario N°: _____

Ficha de Recolección de datos

Ansiedad y Depresión en los residentes pertenecientes a la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico y Control Humanitario de la Mendicidad #1 en el periodo Diciembre 2014 – Junio 2018.

Objetivo:

Determinar los niveles de ansiedad y depresión en los residentes pertenecientes a la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico y Control Humanitario de la Mendicidad # 1.

Instrucciones:

La siguiente ficha tiene el objetivo de recolectar información sobre los niveles de ansiedad, depresión y datos sociodemográficos específicos de los residentes pertenecientes a la institución en el periodo Diciembre 2014 – Junio 2018.

Residente N°: _____ Fecha de ingreso: _____

1. Datos Sociodemográficos:**1.1. Edad**

18 – 20	21 – 30	31 – 40	41 – 50	51 – 60	61 – 65
---------	---------	---------	---------	---------	---------

1.2. Estado civil

Soltero	Casado	Divorciado	Unión libre	Viudo
---------	--------	------------	-------------	-------

1.3. Ocupación

Estudiante	Empleado	Sin ocupación
------------	----------	---------------

1.4. Residencia

Provincia de Loja	Otra provincia
-------------------	----------------

Cual: _____

1.5. Instrucción

Primaria		Secundaria		Tercer Nivel		Posgrado		Sin instrucción
C	I	C	I	C	I	C	I	

C*completa I*incompleta

1.6. Tipo de sustancia

Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína	Heroína	Otras
---------	--------	-----------	---------	---------	-------

Cual: _____

1.7.Tipo de consumo

Monoconsumo	Policonsumo
-------------	-------------

2. Ansiedad y Depresión

2.1.Nivel de Ansiedad

- Escala de Hamilton para la ansiedad

Ausente	Leve	Moderada	Grave	Muy grave
---------	------	----------	-------	-----------

2.2.Nivel de depresión

- Inventario de depresión de Beck

Altibajos considerados normales	Leve perturbación del estado de ánimo	Estados de depresión intermitentes	Depresión moderada	Depresión grave	Depresión extrema
---------------------------------------	--	--	-----------------------	--------------------	----------------------

Firma responsable: _____

ANEXO 4

Historia Clínica Psicológica “EMACME”

MUNICIPIO DE LOJA
PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL DE LOJA
ESTACIÓN MUNICIPAL DE AUXILIO TERAPÉUTICO N.º. 1
DIRECCIÓN TÉCNICA



HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Nº 1112

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN: Residente: José Salomón Yaguache Poma Lugar y fecha de nacimiento: San Juan de Pozul, 1 de Enero de 1956 Edad: 62 años Procedencia: San Juan de Pozul – Célica Residencia: Alamor Estado civil: Casado Religión: Católico Instrucción: Primaria completa Ocupación: Albañil Domicilio: Velazco Ibarra y 10 de Noviembre Teléfono: 268642 Nro. De Internamientos: 1 Familiar o persona responsable: Eufemia Maza (Esposa)	
2.- MOTIVO DE CONSULTA: ¿Qué le ocurrió?, ¿Desde cuándo?, ¿A qué lo atribuye? <i>Condiciones físicas, cognitivas, conductuales y afectivas durante la entrevista:</i>	
3.- FUENTES DE INFORMACIÓN: Directa, indirecta o mixta (Grado de confiabilidad y credibilidad)	
4.- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Modo de inicio, factores desencadenantes, evolución y complicaciones.	
5.- ENFERMEDAD ACTUAL: “Último Episodio”; tiempo de duración, frecuencia e intensidad (Sintomatología).	
6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL: Prenatal: (embarazo, planificado, aceptado, factores estresores que afectaron el mismo, relación conyugal, etc.). Natal: (tipo de parto, llega a término, prematuro, por quien es atendido, complicaciones, etc.). Infancia: (desarrollo psicomotor, lactancia, deambulación, dentición, lenguaje, control de esfínteres, enfermedades o accidentes; inicio de la época escolar, rendimiento, relaciones con compañeros y profesores; ambiente familiar: interacciones, crisis, conflictos; comportamiento o conducta en esta época: aislado, tímido, hiperactivo, retraído, agresivo, etc.). Adolescencia y Juventud: (inicio de la secundaria, rendimiento y adaptación a la misma, relaciones con compañeros y profesores; ambiente familiar: interacciones, comportamiento,	



<p>conflictos en el hogar; relaciones sociales, sentimentales etc.).</p> <p>Adulter y Vejez: (inicio de estudios universitarios, rendimiento comportamiento con compañeros y docentes; matrimonio, armonía, conflictos, separaciones, divorcios, relaciones extramatrimoniales; soltería, jubilación, viudez; hábitos y disfunciones, etc.).</p>	
<p>7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR: Tipo de familia, condiciones socio-económicas, trabajos, patologías, interacciones, etc.</p>	
<p>8.- HISTORIA LABORAL: Inicio laboral, tipos de trabajo, duración, rendimiento, remuneración económica, satisfacción personal, etc.</p>	
<p>9.- HISTORIA SOCIAL: Intereses (religiosos, artísticos, culturales, deportivos, etc.) ¿Qué hace en su tiempo libre? Sintonía social (buena o mala), contactos sociales, (muchos o pocos), deterioro social (sí o no).</p>	
<p>10.- HISTORIA PSICOSEXUAL: Primera relación sexual, valoración de la misma, inicio de conductas masturbadoras, promiscuidad, desviaciones, disfunciones, grado de información, etc.</p>	
<p>11.- PATOLOGÍAS ANTERIORES: Detallar enfermedades importantes o posiblemente relacionadas al problema actual. Averiguar sobre todo: tuberculosis, hemorragias, diabetes, crisis convulsivas o ataques, padecimientos neurológicos y/o psiquiátricos, alergias, sífilis u otras enfermedades venéreas, accidentes cerebro- vasculares, úlceras, traumatismos (especialmente craneales), operaciones.</p>	
<p>12.- EXAMEN DEL ESTADO MENTAL:</p> <p>a) Apariencia: aspecto físico, vestimenta, aseo personal, expresión facial, anomalías físicas.</p> <p>b) Forma de relación: colaboración, reticencia, rechazo, mutismo, negativismo, agresividad, sarcasmo, pegajosidad, colaboración excesiva.</p> <p>c) Estado de la conciencia: hiperlucidez, lucidez, obnubilación, estado crepuscular, onirismo, estupor, coma, despersonalización, desrealización.</p> <p>d) Orientación: temporal, espacial, respecto a sí mismo y a los demás.</p> <p>e) Atención: hiperprosexia, hipoprosexia, disprosexia, aprosexia, pseudoaprosexia.</p> <p>f) Memoria: Hipermnesia, hipomnesia. Amnesia de fijación (anterógrada), amnesia de evocación (retrógrada). Amnesia global o mixta, amnesia parcial o lacunar. Ecmnesia, fabulación, falsificación retrospectiva. (<i>Especifique: leve, moderado, grave</i>). Paramnesias: déjà vu, déjà vécu, jamais vu, jamais vécu.</p> <p>g) Lenguaje: voz (alta, normal, baja, monótona, llorosa,</p>	



<p>teatral, chillidos, gritos). Ritmo del habla (lento, normal, rápido). Tartamudez, balbuceo, mutismo, disartria o dislalia, musitación, neologismos, ecolalia.</p> <p>h) Pensamiento: Curso (retardo, aceleración, fuga de ideas, bloqueos).</p> <p>Estructura (disgregación, incoherencia, prolijidad o meticulosidad, perseveración, estereotipia). <i>(Especifique: leve, moderado, grave).</i></p> <p>Contenido (ideas obsesivas, ideas delirantes de: culpa, celos, hipocondría, ruina o pobreza, negación o nihilismo, minusvalía, grandeza, persecución, autorreferencia, influencia, pérdida de control, fóbicas, etc.). <i>(Especifique: leve, moderado, grave)</i></p> <p>h) Conducta motora: enlentecimiento psicomotor, excitación motora, inquietud, acatisia, catatonía (agitación catatónica, estupor catatónico, catalepsia, flexibilidad cética), inhibición motora, estupor depresivo, estupor confusional, obediencia automática, ecopraxia (ecomimia, ecolalia), tics, manierismos, negativismo, estereotipias.</p> <p>h) Afectividad: ansiedad situacional, ansiedad expectante, ansiedad generalizada, tristeza, euforia, irritabilidad, apatía, aplanamiento, ambivalencia, anhedonia, labilidad afectiva, incontinencia afectiva, <i>(especifique: leve, moderado, grave)</i> Sentimientos inadecuados, eutimia.</p> <p>i) Sensopercepción: Hiperestesia, hipoestesia, micropsia, macropsia, ilusiones, alucinaciones, pseudoalucinaciones, alucinosis.</p> <p>j) Inteligencia: estimación de la inteligencia en base a la entrevista (promedio, elevada, baja).</p> <p>k) Juicio: capacidad autocrítica y heterocrítica, proyectos a futuro, conciencia de la enfermedad.</p> <p>l) Voluntad: sugestionabilidad, abulia, hiperbulia.</p> <p>m) Instintos: Sueño, Apetito y Conservación: dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes, despertar prematuro, insomnio, hipersomnia, parasomnias. Pérdida del apetito, aumento del apetito. Intentos suicidas, conductas autolesivas.</p>	
<p>13.- PSICOANAMNESIS ESPECIAL:</p> <p>a) Factor Predisponente: (Hereditario, alguien más en la familia aqueja la misma enfermedad, quien o quienes)</p> <p>b) Factor Desencadenante: (Experiencias o traumas del pasado, maltrato o abandono en las primeras etapas de su vida, violaciones, relaciones amorosas no resueltas, curiosidad, presiones ambientales: amigos o familiares, etc.)</p> <p>c) Factor Precipitante: (Conflictos personales, sociales o laborales del presente: rasgos de personalidad, peleas con la pareja, infidelidades, grupos negativos de amigos, falta de empleo, insatisfacción laboral, falta de dinero, etc.)</p>	
<p>14.- RESULTADO DE TEST: Batería de test aplicada (H.T.P. y Mini metal Test)</p>	



15.- EVALUACIÓN MULTIAXIAL: Cuadros Clínicos EJE I Personalidad	
Retardo mental EJE II Mecanismos de defensa	
Enfermedades médicas EJE III	
Problemas psicosociales EJE IV y ambientales	
Actividad global EJE V	
16.- CONCLUSIONES: Redacción e inferencia de la información obtenida de la entrevista, la historia clínica, el examen del estado mental, la entrevista familiar, la batería de test, la evaluación Multiaxial y el criterio clínico.	
17.- RECOMENDACIONES: Sugerencias para el residente y los profesionales a cargo del caso. Generales:	
Específicas:	

 Profesional responsable

ANEXO 5

Escala de Hamilton de Ansiedad

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

Nombre:.....

Edad:.....Sexo: M.... F.....

Fecha:.....

A. Síntoma	B. Cuestionario	Puntaje 0-4
General	Preocupaciones, premoniciones pesimistas, temores e irritabilidad	
Tensión	Sentimientos de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, tendencia al llanto, temblor, inquietud, incapacidad para relajarse	
Miedo	A la oscuridad, a los desconocidos, a la soledad, a los animales, al tráfico y multitudes	
Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, despertar nocturno, sueño insatisfactorio, fatiga al despertar, sueños, pesadillas, terrores nocturnos	
Funciones intelectuales	Dificultad de concentración, mala memoria	
Humor depresivo	Falta de interés, ausencia de satisfacción en los tiempos libres o "hobbies", despertar precoz, oscilaciones diurnas del humor, tristeza, desesperanza, desamparo	
Síntomas musculares	Dolores y agujetas, contracturas, rigidez, sacudidas, rechinar de dientes, voz inestable (quebrada), aumento del tono muscular	
Síntomas somáticos generales	Zumbidos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, hormigueos.	
Síntomas cardiovasculares	Taquicardias, palpitaciones, dolor torácico (del pecho), latidos fuertes, sensación de baja presión, sensación de mareo o de desmayos, sensación de que el corazón se "detiene y vuelve a arrancar"	
Síntomas respiratorios	Opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disneas (dificultad para respirar)	
Síntomas gastrointestinales	Dificultades evacuatorias, gases, dispepsias (dolores antes y después de comer), sensación de plenitud, ardor, hinchazón abdominal, náusea, vómito, diarrea, cólicos, pérdida de peso, estreñimiento, eructos.	
Síntomas genitourinarios	Insatisfacción al orinar y deseo constante, amenorrea o metrorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la lívido, disfunción eréctil	
Síntomas del SN. Autónomo	Sequedad de boca, rubor o palidez, transpiración excesiva, vértigos, dolores de cabeza muy frecuentes, erizamiento del cabello.	
Conducta en el transcurso del Test	Tendencia al abatimiento, agitación, inquietud, temblor de las manos, ceño fruncido, rostro tenso, suspiros o respiración acelerada, tragar saliva, manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, inquietud, dilatación de pupilas, "ojos de asombro", ritmo respiratorio acelerado, sudoración, pestañeo.	
Total		

0-4: 0=Ausente 1= Leve 2= Moderado 3= severo 4= Muy severo

0-2: 0= Ausente 1= Leve o dudoso 2= Claramente presente

Resultados: _____

0	Ausente	0-4	Ausencia
1	Ligero	Hasta 14	Leve
2	Moderado	Hasta 28	Moderada
3	Grave	Hasta 42	Grave
4	Muy grave	Hasta 56	Muy grave/ incapacitante

ANEXO 6

Inventario de Depresión de Beck

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK
DEPARTAMENTO PSICOLÓGICO

Nombre: _____

Fecha: _____

HC N°: _____

Conteste según se sienta más identificado con su conducta

1.	<p>A. No estoy triste.</p> <p>B. Siento desgano de vivir, o bien; estoy triste.</p> <p>C. Siempre siento desgano de vivir, o bien; estoy siempre triste y no lo puedo remediar.</p> <p>D. Estoy triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho.</p> <p>E. Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más.</p>
2.	<p>A. No estoy demasiado pesimista, ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro.</p> <p>B. Creo que no debo esperar ya nada.</p> <p>C. Creo que jamás me liberaré de mis penas y sufrimientos.</p> <p>D. Tengo la impresión que mi futuro es desesperado y que no mejorará mi situación.</p>
3.	<p>A. No tengo la sensación de haber fracasado.</p> <p>B. Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena.</p> <p>C. Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas.</p> <p>D. Si pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos.</p> <p>E. Creo que he fracasado por completo.</p>
4.	<p>A. No estoy particularmente descontento.</p> <p>B. Casi siempre me siento aburrido.</p> <p>C. No hay nada que me alegre como me alegraba antes.</p> <p>D. No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción.</p> <p>E. Estoy descontento de todo.</p>
5.	<p>A. No me siento particularmente culpable.</p> <p>B. Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada.</p> <p>C. Me siento culpable.</p> <p>D. Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o de que no valgo nada.</p> <p>E. Considero que soy malo, que hago todo mal y que no valgo nada absolutamente.</p>
6.	<p>A. No tengo la impresión de merecer un castigo.</p> <p>B. Creo que me podría pasar algo malo.</p> <p>C. Tengo la impresión que ahora o muy pronto voy a ser castigado.</p> <p>D. Creo que merezco ser castigado.</p> <p>E. Quiero ser castigado.</p>
7.	<p>A. No estoy descontento de mí mismo.</p> <p>B. Estoy descontento de mí mismo.</p> <p>C. No me gusto a mí mismo.</p> <p>D. No me puedo soportar a mí mismo.</p> <p>E. Me odio.</p>
8.	<p>A. No tengo la impresión de ser peor que los demás.</p> <p>B. Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.</p> <p>C. Me hago reproches por todo lo que no sale bien.</p> <p>D. Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes.</p>
9.	<p>A. No pienso ni se me ocurre quitarme la vida.</p>

	<p>B. A veces se me ocurre que podría quitarme la vida pero no lo haré.</p> <p>C. Pienso que sería preferible que me muriese.</p> <p>D. He planeado cómo podría suicidarme.</p> <p>E. Creo que sería mejor para mi familia que yo me muriese.</p> <p>F. Si pudiera me suicidara.</p>
10.	<p>A. No lloro más de lo corriente.</p> <p>B. Lloro con mucha frecuencia, más de lo corriente.</p> <p>C. Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo.</p> <p>D. Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera como lo hacía antes.</p>
11.	<p>A. No me siento más irritado que de costumbre.</p> <p>B. Me enfado o me irrito con más facilidad que antes.</p> <p>C. Estoy constantemente irritado.</p> <p>D. Ahora no me irritan las cosas que antes me enfadaban</p>
12.	<p>A. No he perdido el interés por los demás.</p> <p>B. Me intereso por los demás menos que antes.</p> <p>C. He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas.</p> <p>D. Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente.</p>
13.	<p>A. Tengo la misma facilidad de antes para tomar decisiones.</p> <p>B. Ahora me siento seguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones.</p> <p>C. Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo.</p> <p>D. Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea la que sea.</p>
14.	<p>A. No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.</p> <p>B. Temo que mi aspecto cause mala impresión o de parecer avejentado(a).</p> <p>C. Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto.</p> <p>D. Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.</p>
15.	<p>A. Trabajo con la misma facilidad que siempre.</p> <p>B. Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.</p> <p>C. Ya no trabajo tan bien como antes.</p> <p>D. Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa.</p> <p>E. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.</p>
16.	<p>A. Duermo bien como de costumbre.</p> <p>B. Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre.</p> <p>C. Me despierto una o dos veces más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.</p> <p>D. Me despierto demasiado temprano por la mañana y no puedo dormir más de cinco horas.</p>
17.	<p>A. No me canso antes que de costumbre.</p> <p>B. Me canso más pronto que antes.</p> <p>C. Me canso de hacer cualquier cosa.</p> <p>D. Me agoto mucho de hacer cualquier cosa.</p>
18.	<p>A. Mi apetito no es peor que de costumbre.</p> <p>B. No tengo apetito como antes.</p> <p>C. Tengo mucho menos apetito que antes.</p> <p>D. No tengo en absoluto ningún apetito.</p>
19.	<p>A. No he perdido peso, y si lo he perdido es desde hace muy poco.</p> <p>B. He perdido más de 2 Kg. de peso.</p> <p>C. He perdido más de 4 Kg. de peso.</p> <p>D. He perdido más de 7 Kg. de peso.</p>
20.	<p>A. Mi salud no me preocupa más que de costumbre.</p> <p>B. Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares.</p> <p>C. Mis molestias físicas me preocupan tanto que resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.</p> <p>D. No hago nada más en absoluto, que pensar en mis molestias físicas.</p>

21.	<p>A. No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por las cosas sexuales.</p> <p>B. Me intereso menos que antes por cosas relativas al sexo.</p> <p>C. Me intereso ahora mucho menos que antes por lo referente al sexo.</p> <p>D. He perdido todo interés por las cosas del sexo.</p>
------------	--

Corrección e Interpretación

- 1-10.....Estos altibajos son considerados normales.
- 11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.
- 17-20.....Estados de depresión intermitentes.
- 21-30.....Depresión moderada.
- 31-40.....Depresión grave.
- + 40.....Depresión extrema.

Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

HOJA DE RESPUESTAS CALIFICACIÓN Y PERFIL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

		Calificación.	Gráfico.				Dimensiones.
			0	1	2	3	
1.	0 1 2 2 3 - A B C D E -						Estado de ánimo
2.	0 1 2 2 - - A B C D - -						Pesimismo
3.	0 1 2 2 3 - A B C D E -						Fracaso
4.	0 1 1 2 3 - A B C D E -						Descontento
5.	0 1 2 2 3 - A B C D E -						Sentimientos de culpa
6.	0 1 2 3 3 - A B C D E -						Necesidad de castigo
7.	0 1 1 2 3 - A B C D E -						Odio a sí mismo
8.	0 1 2 2 - - A B C D - -						Autoacusaciones
9.	0 1 2 2 2 3 A B C D E F						Impulsos suicidas
10.	0 1 2 3 - - A B C D - -						Llanto
11.	0 1 2 3 - - A B C D - -						Irritabilidad
12.	0 1 2 3 - - A B C D - -						Aislamiento social
13.	0 1 2 3 - - A B C D - -						Incapacidad de decisión
14.	0 1 1 3 3 - A B C D E -						Imagen corporal
15.	0 1 2 3 - - A B C D - -						Incapacidad para el trabajo
16.	0 1 2 3 - - A B C D - -						Trastornos de sueño
17.	0 1 3 - - - A B C D - -						Fatigabilidad
18.	0 1 2 3 - - A B C D - -						Pérdida del apetito
19.	0 1 2 3 - - A B C D - -						Pérdida de peso
20.	0 1 2 3 - - A B C D - -						Hipocondría
21.	0 1 2 3 - - A B C D - -						Pérdida de libido
	Puntuación:						
Diagnostico:							

ANEXO 7



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
Área de la Salud Humana
PSICOLOGÍA CLÍNICA



PROYECTO DE TESIS

**Ansiedad y Depresión en los Residentes pertenecientes a la
Estación Municipal de Auxilio Terapéutico y Control
Humanitario de la Mendicidad #1 en el periodo diciembre 2014 –
junio 2018.**

KAREN STEFANIA MUÑOZ CHAMBA

2018

Índice

1. Tema	89
2. Objetivos.....	90
2.1. <i>General</i>	90
2.2. <i>Específicos</i>	90
3. Marco teórico	91
3.1. <i>Ansiedad</i>	91
3.1.1. Definición.....	91
3.1.2. Ansiedad normal y Ansiedad patológica.....	92
3.1.3. Epidemiología.....	93
3.1.4. Etiología.....	94
3.1.5. Signos y Síntomas.....	95
3.1.6. Diagnostico.....	95
3.1.7. Tratamiento.....	105
3.1.8. Trastorno de Ansiedad y Consumo de Sustancias	107
3.2. <i>Depresión</i>	108
3.2.1. Definición.....	108
3.2.2. Epidemiología.....	109
3.2.3. Etiología.....	110
3.2.4. Signos y Síntomas.....	112
3.2.5. Diagnóstico.....	114
3.2.6. Tratamiento.....	123
3.2.7. Depresión y Consumo de Sustancias.....	125
3.3. <i>Drogodependencia</i>	126
3.3.1. Introducción.....	126

3.3.2. Conceptos.....	128
3.3.3. Clasificación de las sustancias	131
3.3.4. Vías de Administración.....	132
3.3.5. Factores de riesgo y protección para las dependencias.....	133
3.3.6. Tratamiento.....	134
3.4. <i>Institución</i>	139
3.4.1. Patronato de Amparo Social de Loja.	139
3.4.2. Estación Municipal de Auxilio Terapéutico y Control Humanitario de la Mendicidad N° 1.....	140
4. Problemática	142
5. Justificación.....	145
6. Operacionalización de variables.....	¡Error! Marcador no definido.
7. Metodología.....	149
8. Contexto de la investigación	150
9. Población y muestra	151
9.1. <i>Población blanca o de referencia</i>	151
9.2. <i>Población de estudio</i>	151
9.3. <i>Criterios de inclusión</i>	151
9.4. <i>Criterios de exclusión</i>	151
10. Técnicas e instrumentos.....	152
10.1. <i>Hoja de recolección de datos</i>	152
11. Cronograma	153
12. Bibliografía.....	155

1. Tema

Ansiedad y Depresión en los Residentes pertenecientes a la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico y Control Humanitario de la Mendicidad #1 en el periodo Diciembre 2014 – Junio 2018.

2. Objetivos

2.1. General

Determinar los niveles de ansiedad y depresión en los residentes pertenecientes a la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico y Control Humanitario de la Mendicidad # 1.

2.2. Específicos

- Descripción sociodemográfica de la población.
- Determinar el tipo de sustancia y tipo de consumo de los residentes pertenecientes a la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico #1.
- Analizar los niveles de ansiedad y depresión de la población.
- Describir la relación existente de ansiedad y depresión con el tipo de consumo.

3. Marco teórico

3.1. Ansiedad

3.1.1. Definición.

De acuerdo al libro Lecciones de Psiquiatría se define a la ansiedad como “Una respuesta emocional básica, dirigida a la adaptación ante situaciones nuevas, intensas o peligrosas la cual produce cambios a nivel fisiológico, cognitivo, conductual y emocional” (Ortuño, y otros, 2009, pág. 190).

Beck la define como “Una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos” (Clark & Beck, 2012, pág. 22).

Es una sensación experimentada por todos, en mayor o menor medida, en diferentes momentos de la vida diaria.

Cuando se presenta en niveles moderados, facilita el rendimiento y alienta a enfrentarse a una situación peligrosa, sin embargo, cuando alcanza niveles exagerados puede dar lugar a trastornos de ansiedad.

Se caracteriza además por sentimientos de temor acompañados de síntomas somáticos que indican una hiperactivación del sistema nervioso autónomo.

Cuando se habla de un cuadro patológico los síntomas deben durar por lo menos seis

meses y pueden agravar el cuadro si no se trata a tiempo.

Se considera que los síntomas de ansiedad pueden acompañar a otras enfermedades mentales o físicas, incluyendo el abuso de sustancias.

3.1.2. Ansiedad normal y Ansiedad patológica.

La ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones estresantes.

Es por ello que cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo adecuado de las exigencias del día a día. Cuando la ansiedad sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando se convierte patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, psicológico y conductual. A continuación, un cuadro en donde se representan estas diferencias:

Tabla 1
Diferencia entre Ansiedad Normal y Ansiedad patológica

Ansiedad Normal	Ansiedad patológica
Adecuada respuesta adaptativa ante el estímulo.	Desproporcionada en intensidad o duración para el estímulo.
La atención se focaliza en la situación amenazadora.	Se focaliza en la propia respuesta del individuo ante la amenaza más que en la amenaza en sí.
Se producen ante un estímulo anisogino	No suele aumentar el rendimiento.
Aumento de rendimiento.	Se puede presentar sin ningún desencadenante.

Fuente: Lecciones de Psiquiatría

Elaboración: (Ortuño, y otros, 2009)

3.1.3. Epidemiología.

Se calcula que más de un 20% de las personas sufrirá una crisis de ansiedad en algún momento de su vida.

La ansiedad se describe como una de las patologías más comunes a nivel mundial y la mayoría de estos trastornos se presentan casi con el doble de frecuencia en el sexo femenino.

La fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo tienen una prevalencia similar en ambos sexos (Ortuño, y otros, 2009, pág. 191).

De acuerdo a Psikipedia (s.f.) las fobias específicas y sociales suelen iniciar en edades tempranas siendo la edad de mayor riesgo de los 15-20 años. Los trastornos asociados al pánico y a la agorafobia, son los que aparecen más tardíamente.

El Trastorno de Estrés Postraumático tiene edades de comienzo variables y su presentación puede estar vinculada a una situación de riesgo o de trauma en un tiempo específico.

Además, se menciona que los trastornos de mayor prevalencia son las fobias específicas y las fobias sociales que son seguidas por el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

El sexo femenino tiene mayor riesgo de padecer trastornos de ansiedad sobre todo en los casos de fobias, pánico y el trastorno de ansiedad generalizada.

Entre un 15 y un 30 % de los pacientes aquejados de pánico presentan fobia social; entre un 8 y 10 % sufren trastorno obsesivo el compulsivo, la fobia específica se da entre el 10 y el 20 % de los pacientes y el trastorno por ansiedad generalizada el 25%. (Casado, 2015, parr. 4)

3.1.4. Etiología.

Las causas de los trastornos de ansiedad no se conocen bien, pero al igual que toda patología participan varios factores. Diversas personas desarrollan crisis de ansiedad sin que haya un antecedente identificado que las desencadene. Ciertas experiencias de vida, como acontecimientos traumáticos, parecen provocar los trastornos de ansiedad en personas que ya son propensas a la ansiedad.

Inclusive en algunos casos, los signos y síntomas de ansiedad son los primeros indicadores de una enfermedad de tipo médica.

Factores genéticos: Pacientes con antecedentes de trastornos ansiosos en la familia tienen una mayor probabilidad de desarrollarla. Se ha determinado que la ansiedad tiene una influencia genética, al igual que ocurre con otras enfermedades mentales.

Factores Biológicos: de acuerdo a ciertos estudios, existe un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático, incremento de la liberación de catecolaminas y de sus catabólicos, incremento en la actividad de la corteza temporal y cambios en la neurotransmisión de la serotonina, dopamina, noradrenalina y gaba (Ortuño, y otros, 2009, pág. 191).

Factores ambientales: Los síntomas de la ansiedad pueden ser provocados por diversas circunstancias o influencias ambientales como por ejemplo dificultades familiares, escolares, laborales, sociales, económicas e interpersonales o inclusive la exposición a situaciones estresantes como violencia.

Factores personales: Consumo de sustancias, enfermedades médicas, otras enfermedades de tipo psicológico, baja tolerancia a la frustración, dificultad para solucionar problemas, etc.

3.1.5. Signos y Síntomas.

La ansiedad puede aparecer de forma brusca o de manera gradual a lo largo de un periodo de tiempo. Cuando persiste en el tiempo se habla de un trastorno de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad pueden ser tan angustiantes y perturbadores que pueden llevar a otras patologías psicológicas como la depresión.

En la siguiente tabla se menciona varios de los signos y síntomas que comúnmente se presentan:

Tabla 2
Signos y síntomas del Trastorno de ansiedad

Cognitivo	Fisiológicos	Comportamentales
Pensamiento ritualista, ideas pasajeras, afectación de la memoria, compulsiones, concentración deficiente, pensamientos acelerados, pensamiento cíclico, incapacidad para tomar decisiones, etc.	Sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, temblor, molestias gástricas, dificultades respiratorias, sequedad de boca, dificultades para tragar, dolores de cabeza, mareo, náuseas, erizamiento de piel, sensación de ahogo, etc.	Evitar a ciertas personas, lugares o situaciones, postergar las cosas para después, aislamiento social o retraimiento, intranquilidad, respuesta de sobresalto exagerada, comportamientos repetitivos, consumo de sustancias, comer o beber en exceso, inquietud psicomotriz, etc.

Fuente: (Ortuño, y otros, 2009)

Elaboración: La autora

3.1.6. Diagnostico.

Al igual que en la depresión para realizar un diagnóstico confiable es necesario la elaboración de una entrevista y la recopilación de información mediante la historia

clínica Inventario de Hamilton de Ansiedad.

Es un instrumento que se encarga de medir los niveles de ansiedad y sirve como apoyo para determinar el diagnóstico clínico. Se encuentra conformada por 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último a la valoración del paciente durante la entrevista. Cada uno de los ítems se puntúa de 0 a 4 siendo: 0 (ausente) y 4 (grave). Al finalizar su calificación, se obtendrá un total de 0 – 56, en donde 0 – 4 Ausencia de ansiedad, < 14 ansiedad leve, < 28 ansiedad moderada, < 42 ansiedad grave, y, < 56 muy grave.

Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

3.1.6.1. Manual Diagnostico.

Para el diagnóstico de este trastorno se toma en cuenta los criterios de los manuales: CIE 10 y del DSM 5.

De acuerdo al DSM 5 tenemos:

Trastorno de ansiedad por separación 309.21 (F93.0)

Criterios diagnósticos

Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias: malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego; preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor

apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte; preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego; resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 191-195)

Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares; resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego; pesadillas repetidas sobre el tema de la separación; quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 191-195)

El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 191-195)

Mutismo selectivo 313.23 (F94.0)

Criterios diagnósticos

Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe

expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones. La alteración interfiere en los logros educativos o laborales, o en la comunicación social; la duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela); el fracaso para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 195-197)

La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 195-197)

Fobia específica

Criterios diagnósticos

Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre); el objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata; el objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 197-202)

El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural; el miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses; el miedo, la ansiedad o la evitación

causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento; la alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 197-202)

Trastorno de ansiedad social (fobia social) 300.23 (F40.10)

Criterios diagnósticos

Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas). (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 202-208)

Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad; las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa; el miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural; el miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 202-208)

El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento; el miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica; el miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico,

el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista; si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con ésta o ser excesivos. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 202-208)

Trastorno de pánico 300.01 (F41.0)

Criterios diagnósticos

Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes: Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblor o sacudidas, sensación de dificultad para respirar o de asfixia. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 208-217)

Sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensación de calor, parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo), desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo), miedo a perder el control o de "volverse loco", miedo a morir. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 208-217)

Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes: Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus

consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, "volverse loco"); un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares), la alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares), la alteración no se explica mejor por otro trastorno mental. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 208-217)

Agorafobia 300.22 (F40.00)

Criterios diagnósticos

Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes: uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones), estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes), estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines), hacer cola o estar en medio de una multitud, estar fuera de casa solo. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 217-222)

El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada, miedo a la incontinencia). (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 217-222)

Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad. Las situaciones

agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 217-222)

El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 217-222)

Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1)

Criterios diagnósticos

Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar). Al individuo le es difícil controlar la preocupación. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 222-226)

La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): inquietud o sensación de estar atrapado o con

los nervios de punta, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio). (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 222-226)

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo). La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 222-226)

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

Criterios diagnósticos

Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2): síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento, la sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 226-230)

El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo

social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 226-230)

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica 293.84 (F06.4)

Criterios diagnósticos

Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 230-233)

Otro trastorno de ansiedad especificado 300.09 (F41.8)

La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de ansiedad especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "ansiedad generalizada que está ausente más días de los que está presente"). (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 230)

Otro trastorno de ansiedad no especificado

La categoría del trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que

el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 230)

3.1.7. Tratamiento

Para el tratamiento de la ansiedad se pueden considerar tres opciones: tratamiento farmacológico, Tratamiento Psicológico o un tratamiento combinado (fármacos y psicoterapia). El tratamiento se lo establece en base al diagnóstico obtenido de las evaluaciones correspondientes y de la entrevista clínica.

3.1.7.1. Farmacológico

Gran parte de los tratamientos farmacológicos actúan sobre los sistemas de neurotransmisión tratando de regular la actividad de determinadas áreas del sistema nervioso implicadas en el trastorno que se desea tratar.

Habitualmente en estos trastornos se usa dos tipos de fármacos: los ansiolíticos, y los antidepresivos.

“Los ansiolíticos más utilizados pertenecen al grupo de los benzodiazepinas de alta potencia como por ejemplo (Alprazolam, Loracepam, Diacepam, Cloracepam, etc.)” (Lopez, s.f.)

Se encargan de reducir los síntomas ansiosos en pocos minutos por lo que tienen un efecto tranquilizante; además disminuyen la intensidad como la frecuencia de los episodios de

angustia.

En el caso de los antidepresivos los que comúnmente se emplean son los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina). Este grupo está constituido por la Fluoxetina, Paroxetina, Fluvoxamina, Sertralina, Citalopram y Escitalopram. Poseen una alta especificidad contra la ansiedad y escasos efectos colaterales (Lopez, s.f., parr. 6).

El tratamiento farmacológico debe estar prescrito y ser revisado de forma continua por un especialista; además se debe evitar la automedicación, el abandono del tratamiento o modificación de las dosis por decisión propia.

3.1.7.2. Tratamiento Psicológico.

El tratamiento psicológico comprende diferentes técnicas que permitirán al paciente aprender a identificar las situaciones que le generan ansiedad y manejarlas de forma adecuada. El tratamiento se planteará de acuerdo al diagnóstico del paciente e incluirá técnicas de respiración y relajación.

3.1.7.3. Terapia cognitiva conductual.

Es una terapia a corto plazo que tiene como objetivo enseñar al paciente técnicas específicas para mejorar los síntomas y gradualmente volver a las actividades que desencadenaron el proceso ansioso.

La Terapia Cognitivo-Conductual se caracteriza por ser un método activo y directivo, en la cual el paciente y el terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de

sesión (Salud, s.f., pág. 43)

En esta terapia se utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas como la relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, resolución de problemas, desensibilización sistemática etc (Salud, s.f.).

La técnica que se utilice siempre va darse en dependencia de los síntomas y del diagnóstico del paciente.

3.1.8. Trastorno de Ansiedad y Consumo de Sustancias

El comienzo de un trastorno mental podría preceder al uso de la sustancia, o simplemente coincidir en el tiempo. Diferentes patologías, y en especial los problemas de ansiedad y estado de ánimo, suelen ir asociados a otros trastornos, por lo que es complicado establecer la relación directa entre la sustancia y cada problema en particular. (Guillamón, 2006, parr. 1)

Los cuadros de ansiedad por consumo de sustancias se presentan con síntomas como tensión, aprensión, temor, excitabilidad exagerada, anorexia, hiperfagia, insomnio, hipersomnia, disminución de la libido, estreñimiento, etc.; siendo lo suficientemente severos para requerir tratamiento.

Por otro lado, algunas personas que padecen trastornos de ansiedad pueden recurrir a algunas sustancias como estrategia para afrontar su problema y reducir la ansiedad. Por ejemplo, una persona con dificultades en las situaciones sociales puede beber alcohol o tomar marihuana

porque sus efectos la desinhiben y puede desenvolverse mejor en dicha situación.

Por último, se ha determinado que las personas que experimentan el síndrome de abstinencia de una sustancia también pueden manifestar ansiedad.

El aislamiento social, el sentimiento de exclusión y el rechazo por parte de los demás provocan altos niveles de ansiedad, precipitando en ocasiones al sujeto a un aislamiento crónico, aumentando la probabilidad de convertirse en adictos a drogas de diversos tipos, pudiendo llegar a ocasionar síntomas de déficit cognoscitivos.

Los estudios epidemiológicos muestran que en los trastornos de ansiedad se da una mayor frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas, principalmente en la agorafobia, fobia social y el trastorno de estrés postraumático.

3.2. Depresión

3.2.1. Definición.

Para la Organización Mundial de la salud, la depresión es: “Un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (s.f., parr. 1).

Desde la perspectiva cognitiva, el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro, lo que se conoce como la tríada cognitiva (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2006, pág. 19). La persona por lo general se ve a

sí mismo incapaz e inútil, despreciable o defectuoso, interpreta el entorno en términos de daños y pérdidas; la mayoría de sus experiencias de vida proyectan un futuro acompañado de fracasos y frustraciones.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria (OMS, s.f.).

Se caracteriza por un estado de ánimo habitualmente bajo y por la pérdida de la capacidad disfrutar y del interés por las actividades cotidianas. Suelen aparecer otros síntomas como la irritabilidad, ansiedad, cansancio excesivo y continuo, problemas de sueño, cambios en el apetito y dificultades de concentración y toma de decisiones, sentimientos de inutilidad y culpa y problemas de deseo sexual.

3.2.2. Epidemiología.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud: “La depresión es un trastorno mental frecuente y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo” (2018, parr. 1).

Está en torno al 20% en mujeres y el 10% en varones, es decir, es dos veces más frecuente en el sexo femenino (Ortuño, y otros, 2009, pág. 121).

Es por ello que entre el 5 y el 10% de las consultas de atención primaria están relacionadas con algún problema relacionado con la depresión.

Además, se menciona que alrededor del 20% de los adultos se verán afectados en algún momento de su vida por algún trastorno anímico y, en concreto, el 8% va a tener un episodio de depresión mayor.

En nuevos informes realizados por entidades globales, se menciona que Ecuador es el undécimo país con más casos de depresión.

En un artículo de la página Redacción Médica (2017), la Organización Mundial de la salud menciona que:

Brasil es el país que más casos de depresión sufre en Latinoamérica, tiene una prevalencia de 5,8 por ciento; le sigue Cuba con 5,5 por ciento; Paraguay con 5,2; Chile y Uruguay con 5; Perú con 4,8; Argentina, Colombia, Costa Rica y República Dominicana con 4,7; Ecuador con 4,6; Bolivia, El Salvador y Panamá con 4,4; México, Nicaragua y Venezuela con 4,2; Honduras con 4 y Guatemala con 3,7. (parr. 2)

Por último, se prevé que para el año 2020 la depresión será uno de los factores incapacitantes principales en la población a nivel mundial

3.2.3. Etiología.

La depresión es un proceso multifactorial y complejo por lo que su desarrollo dependerá de varios factores entre los cuales tenemos:

Factores individuales

Estos trastornos son más frecuentes en la población femenina, según el Ministerio de sanidad y política social de España en su guía, menciona que: “Las posibles explicaciones podrían ser los cambios hormonales que se producen, un incremento del estrés y la mala respuesta a este, diferencias en las relaciones interpersonales y tendencia a pensamientos rumiativos” (Clínica, 2009, pág. 49).

Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida.

Los trastornos de ansiedad y la distimia son factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión. De acuerdo a investigaciones los pacientes, primordialmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tienen mayor riesgo de desarrollar depresión. Además, existe una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña tenían mayor riesgo de depresión mayor. La presencia de enfermedades cardiacas y diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Addison y la amenorrea hiperprolactinemia, parecen aumentar el riesgo de depresión.

Factores sociales

Las personas que poseen un bajo nivel socioeconómico y carecen de empleo presentan trastornos depresivos con mayor frecuencia.

“El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos” (Clínica, 2009, pág. 25).

Factores cognitivos

De acuerdo a Beck existe una predominancia de esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales que tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información (Clínica, 2009, pág. 25). Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

Factores familiares y genéticos

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales; los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general (Clínica, 2009, pág. 25).

3.2.4. Signos y Síntomas.

El paciente con un trastorno depresivo presenta alteraciones en cuatro áreas:

3.2.4.1. Humor.

- Tristeza
- Apatía
- Anhedonia
- Tendencia al llanto o incapacidad para llorar
- Irritabilidad o disforia
- Ansiedad o angustia (Ortuño, y otros, 2009, pág. 122)

3.2.4.2. Actividad psicomotriz.

Puede presentarse ya sea con agitación o retardo psicomotriz siendo más frecuente el enlentecimiento.

Existe una disminución de la energía, sensación de fatiga intensa e impresión de que el tiempo pasa lentamente; disminución de movimientos espontáneos, postura fija, estar cabizbajo, disminución de la fluidez verbal (Ortuño, y otros, 2009).

En el otro polo puede presentarse la agitación psicomotriz, la que se manifiesta con inquietud psicomotriz, sensación de intranquilidad interna e incapacidad para relajarse.

3.2.4.3. Función cognitiva.

- Fallos amnésicos
- Disminución de la capacidad para concentrarse
- Rumiación

- Distorsiones cognitivas: culpa, nula valía personal, pesimismo, negativismo
- Ideación suicida (Ortuño, y otros, 2009).

3.2.4.4. Síntomas biológicos.

- Alteración del apetito
- Alteración del sueño
- Disminución de la libido
- Variación del estado del animo
- Molestias físicas: gastrointestinales, musculares, respiratorias, etc (Ortuño, y otros, 2009).

3.2.5. Diagnóstico.

El diagnóstico de la depresión, se estructura a través de la recopilación y organizar información mediante la entrevista y la elaboración de la historia clínica psicológica del paciente. Además, para confirmar la sintomatología se utilizará métodos de medición como el Test de Beck; por último y para realizar la codificación del trastorno se usará los manuales diagnósticos ya sea CIE 10 o DSM 5.

3.2.5.1. Inventario de depresión de Beck.

Es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de la depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad.

Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión como: fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual.

El resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para despistaje o chequeo (Integral, s.f., parr. 2)

3.2.5.2. Manuales Diagnósticos.

Para el diagnóstico de este trastorno se toma en cuenta los criterios de los manuales: CIE 10 y del DSM 5.

De acuerdo al DSM 5 tenemos:

Trastornos depresivos

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo 296.99 (F34.8)

Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana. (Asociación Americana de

Psiquiatría, 2014, págs. 156-160)

El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros). Los Criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A-D. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 156-160)

Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años. Por la historia o la observación, los Criterios A-E comienzan antes de los 10 años. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 156-160)

Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro autista, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente

[distimia]). Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 156-160)

Trastorno de depresión mayor

Criterios diagnósticos

Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.); disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación); pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado). (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 160-168)

Insomnio o hipersomnia casi todos los días, agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o

de enlentecimiento), fatiga o pérdida de energía casi todos los días, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 160-168)

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas), pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 160-168)

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 160-168)

Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1)

Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte

de otras personas, durante un mínimo de dos años. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes: poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnias, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 168-171)

Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 168-171)

La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo). Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 168-171)

Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

Criterios diagnósticos

Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2). (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 175-180)

Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 175-180)

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos). El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 175-180)

Trastorno depresivo debido a otra afección médica

Criterios diagnósticos

Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 180-183)

La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave). El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, págs. 180-183)

Otro trastorno depresivo especificado 311 (F32.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 183)

Depresión breve recurrente: Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes

(no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 183)

Episodio depresivo de corta duración (4-13 días): Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 183)

Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para trastorno mixto de ansiedad y depresión. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 183)

Otro trastorno depresivo no especificado 311 (F32.9)

La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el

clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 184)

3.2.6. Tratamiento.

La depresión, aun en los casos más graves, es un trastorno altamente tratable mientras más pronto inicie el tratamiento, mejor pronóstico tendrá.

De acuerdo a Ortuño el tratamiento de la depresión puede ser de cuatro tipos: farmacológico, psicoterapéutico, combinado y mediante terapia electroconvulsiva; esto en dependencia de la gravedad de la sintomatología. Para ello es importante que el profesional encargado valore al paciente de forma adecuada para determinar el tratamiento acorde al caso y si este debe ser de tipo ambulatorio o mediante hospitalización.

3.2.6.1. Farmacológico.

El tratamiento farmacológico consiste en el uso de antidepresivos que varían de acuerdo a su estructura química y mecanismo de acción, dentro de estos tenemos varios grupos: los inhibidores selectores de la receptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la receptación de serotonina y noradrenalina (antidepresivo duales), inhibidores de la receptación de dopamina, inhibidores de la receptación de noradrenalina, antidepresivos tricíclicos (ADT), antidepresivos heterocíclicos e inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) (Ortuño, y otros, 2009).

Cada clase de antidepresivos lo hace de una forma distinta. No suelen provocar

dependencia.

Los antidepresivos tienen como objetivo corregir desequilibrios en los niveles de las sustancias químicas del cerebro, especialmente la serotonina, un químico cerebral que transmite mensajes en el área del cerebro que controla las emociones, la temperatura corporal, el apetito, los niveles hormonales el sueño y la presión sanguínea.

Por lo general tienen efecto entre tres y seis semanas después de iniciar el tratamiento. Si el tratante no ve resultados con la medicación luego de cierto tiempo, es probable que opte por cambiar el tratamiento, añadiendo más dosis u cambiando el antidepresivo.

<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/depresion.html>

3.2.6.2. Psicoterapia.

“La psicoterapia es un tratamiento planificado que utiliza diversas técnicas derivadas de principios psicológicos” (Ortuño, y otros, 2009, pág. 174).

Usualmente se puede usar psicoterapia de apoyo y la más común en estos casos terapia cognitivo conductual.

Para ello es importante que el terapeuta a partir del caso determine que terapia será la más útil para que el paciente pueda tener buenos resultados.

3.2.6.3. Psicoterapia de apoyo.

Esta tiene como objetivo el brindar al paciente herramientas que le permitan identificar las dificultades y estresantes actuales para que a partir de ellos pueda desarrollar mecanismos de afrontamiento más adaptativos. También se entrena al paciente en técnicas de resolución de problemas partiendo de sus cualidades.

3.2.6.4. Terapia cognitivo conductual.

El Centro de Psicología Aaron Beck en un artículo de su página web, menciona que:

En el marco de la Terapia Cognitiva de Beck, establece protocolos de intervención que suponen una psicoeducación progresiva y un entrenamiento sistemático en todas esas habilidades que la persona no tiene, una modificación de actitudes desadaptativas, cambios necesarios en cada caso en los modos habituales de pensar, expresarse, relacionarse, valorarse, evaluar y resolver problemas, entre otros. (parr. 7)

La terapia psicológica cognitivo-conductual requiere habitualmente de sesiones semanales y de la implicación progresiva de la persona tanto en las sesiones como en el trabajo para casa entre sesiones, de modo que las sesiones se estructuran para ir consiguiendo una serie de objetivos propuestos (García, 2010, parr. 49)

3.2.7. Depresión y Consumo de Sustancias.

“Un sujeto depresivo puede recurrir al consumo de sustancias como medio paliativo. También es habitual que sujetos con trastorno por uso de sustancias padezcan depresión como

patología asociada” (Sirvent, Villa, & Blanco, 2011, pág. 2).

Los pacientes con trastorno del ánimo que consumen sustancias complican su trastorno de base. Por lo general modifican e intensifican la sintomatología empeorando el curso de la enfermedad. Aumentan del riesgo suicida y disminuyendo la eficacia del tratamiento.

De acuerdo al estudio de (Sirvent, Villa, & Blanco, 2011) la prevalencia de depresión entre la población adicta es alta.... A lo largo de los últimos 3 años la media de adictos con depresión se sitúa en torno al 18% (14% varones y 26% mujeres) (pág.2)

3.3. Drogodependencia

3.3.1. Introducción.

El consumo de diversos tipos de sustancias psicotrópicas se ha dado desde la Antigüedad en varios pueblos y culturas.

En los dos últimos siglos, el hombre ha pasado de recolectar plantas silvestres cuyo consumo tiene consecuencias a nivel de su psique, a obtener y estudiar sus principios activos, purificarlos, modificar sus estructuras químicas para aumentar sus efectos, cultivar estas plantas para lograr una gran producción y, finalmente, sintetizar en el laboratorio moléculas afines con el propósito de crear componentes de mayor acción y abaratar los costes de su fabricación. (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2008, pág. 1)

El fenómeno de la drogodependencia es muy complejo; en él convergen dimensiones puramente médicas (somáticas y psíquicas) junto con otras de tipo sociológico, cultural,

antropológico, ideológico, de política mundial, etc (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2008, pág. 1).

De acuerdo a un documento publicado por el Diario EL COMERCIO, en el Ecuador la sustancia más consumida es el alcohol y el tabaco debido a la facilidad de adquisición y a su legalidad. Reconociendo también que son la principal causa problemas sanitarios, sociales y familiares. Con respecto a las drogas ilegales, la marihuana, la cocaína y la heroína son las más consumidas a nivel nacional.

“Las repercusiones en la salud física y mental, y las sociales de este incremento, están haciéndose cada vez más evidentes en las salas de urgencias, en las unidades psiquiátricas y en el seno familiar y laboral” (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2008, pág. 1).

“En el 2015, de las 7 392 atenciones por consumo de opiáceos en el país, el 89% se concentró en la denominada Zona 8, es decir, Guayaquil, Durán y Samborondón, la mayoría de ellos en menores de 18 años” (El Comercio, 2017, parr. 7)

La drogodependencia desde los años setenta viene siendo una auténtica epidemia y uno de los más graves problemas socio-sanitarios, debido al coste que representa en términos de vidas, comorbilidad con patologías somáticas y psiquiátricas, delitos contra la sociedad, descenso de la productividad laboral, conflictos familiares, etc (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2008, pág. 2).

3.3.2. Conceptos.

3.3.2.1. Droga.

Desde la perspectiva médica y científica, se utiliza la palabra droga para definir a diferentes sustancias que cumplen las siguientes características:

Tabla 6

Definiciones del término droga, desde diferentes puntos de vista

-
1. Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicótropo o psicoactivo).
 2. Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan (acción reforzadora positiva).
 3. El cese en su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psicológica).
 4. No tienen ninguna implicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.
-

Fuente: Drogodependencias

Elaboración: (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2008, pág. 3)

Por lo tanto, el término droga se aplica a “Aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y, también, física, y que ocasionan, en muchos casos, un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social” (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2008, pág. 3).

Debe estar asociado, además, con la afectación de áreas como la familiar (peleas constantes, conflictos de relación, abandono de responsabilidades, separaciones), laboral (disminución del rendimiento laboral, incremento de la accidentabilidad, absentismo, abandono del trabajo) y personal (deterioro socioeconómico, conductas de vagabundeo, actos delictivos).

3.3.2.2. *Uso, Hábito, Abuso y Dependencia*

La definición de estos conceptos va a depender de la sociedad en donde nos encontremos puesto que de acuerdo esta se describe y definen estas concepciones. Es por ello que de acuerdo a, Clara Slapak y Marcelo Grigoravicius “Las sustancias psicoactivas y sus usos, se encuentran impregnadas de atribuciones y significaciones que se construyen en la trama socio-histórico-cultural; que emergen de un sistema de representaciones que delimitan lo bueno y lo malo; lo normal y lo desviado” (2007, pág. 240).

Uso

Indica únicamente el uso, consumo o utilización de una sustancia sin que esta genere afectos adversos. “Se puede considerar como una consumo aislado, ocasional, episódico sin tolerancia o dependencia” (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2008, pág. 4).

Hábito

El hábito se describiría como la costumbre de consumir una sustancia por una adaptación a sus efectos. Existe un deseo de la sustancia, pero no es necesidad.

No existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecer trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue. La búsqueda de la sustancia es limitada y nunca significa una alteración conductual. (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2008, pág. 4)

Abuso o Uso de Riesgo o Problemático

Es el consumo de sustancias que no han producido una dependencia, pero que con el

tiempo generan problemas de salud.

Este tipo de consumo tiene consecuencias negativas relacionadas con el deterioro orgánico o de naturaleza psicosocial con ello un riesgo evolutivo que puede llegar a la dependencia. En definitiva, se trata de un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad.

Dependencia

La O.M.S. define a la dependencia como:

El estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomarla de forma continuada o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación. (Martín, Robertson, Ortiz, & Peña, 2014, pág. 34)

La dependencia puede ser de dos tipos:

Dependencia física: De acuerdo a Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain (2008) la dependencia física se caracteriza por: “La necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga – organismo” (pág. 2). Comprende además dos componentes en donde se apoyan los procesos de neuro adaptación que son la tolerancia y la abstinencia los cuales van a variar de acuerdo a la sustancia consumida.

Tolerancia: se define como “La disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado” (Lizarbe, Librada, & Astorga,

s.f., pág. 61)

Es por ello que se necesitan dosis más altas de las sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis bajas.

Abstinencia: “Es un cuadro sintomático que aparece tras la interrupción brusca del consumo de la sustancia adictiva” (Martín, Robertson, Ortiz, & Peña, 2014, pág. 34). Es la privación del consumo de drogas ya sea por cuestión de principios o por otros motivos. En la mayoría de ocasiones los signos y síntomas van en dependencia de la sustancia consumida.

Dependencia psicológica: Es el deseo exagerado de consumir el producto con el objeto de obtener efectos positivos. Según se menciona en el texto “Drogodependencia”, está sujeta tanto a la capacidad reforzadora de la droga como a los niveles de condicionamiento existentes como a la forma que estos fenómenos se han integrado a la persona configurando su enfermedad.

3.3.3. Clasificación de las sustancias

Existen varios criterios para clasificar las sustancias, una de las que se va a mencionar en la tabla de a continuación, es la que hace mención a sus efectos psicopatológicos inmediatos tras su ingesta.

Tabla 7
Clasificación de las sustancias de acuerdo a sus efectos

Clasificación	Acción	Sustancias
Depresoras	Enlentecen la función del Sistema Nervioso Central por lo tanto disminuye el ritmo de las funciones corporales.	Alcohol, heroína, benzodiazepinas y disolventes volátiles

Estimulantes	Activan el sistema Nervioso e incrementan el ritmo de las funciones corporales.	Cocaína, anfetaminas, nicotina, cafeína, taurina.
Alucinógenas	Distorsionan la función del cerebro, dando lugar alteraciones perceptivas, como alucinaciones, ilusiones, etc.	LSD, derivados del cannabis, drogas de síntesis: Éxtasis.

Fuente: (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2008)

Elaboración: La autora

3.3.4. Vías de Administración.

La farmacocinética y farmacodinamia de la sustancia van a depender de su vía de administración. A continuación, se mencionará 5 vías de administración:

3.3.4.1. Oral.

Es una de las vías más comunes para el consumo del alcohol, LSD, barbitúricos y de drogas de síntesis. Se puede realizar mediante la ingesta, masticación o sublingual.

3.3.4.2. Pulmonar.

El tabaco, el cannabis y el crack son sustancias que pueden ser inhaladas o fumadas.

3.3.4.3. Nasal.

Requiere que la sustancia sea esnifada o aspirada, la sustancia que comúnmente se consume por esta vía suele ser la cocaína.

3.3.4.4. Rectal o genital

Consiste en la aplicación de las sustancias sobre mucosas anales o genitales.

3.3.4.5. Parenteral

Para ello es indispensable el uso de jeringuillas y se usa vías intravenosas, intramusculares o subcutáneas.

3.3.5. Factores de riesgo y protección para las dependencias.

En la tabla de a continuación se describe de forma resumida los factores de riesgo y de protección para el desarrollo de una dependencia:

Tabla 8

Factores de riesgo y protección para las dependencias

Factores Familiares	
Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres. • Baja supervisión familiar. • Baja disciplina familiar. • Conflicto familiar. • Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias. • Bajas expectativas para los niños o para el éxito. • Abuso físico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apego familiar. • Oportunidades para la implicación en la familia. • Creencias saludables y claros estándares de conducta. • Un sentido de confianza positivo. • Dinámica familiar positivo.
Factores comunitarios	
Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Deprivación económica y social. • Desorganización comunitaria. • Cambios y movilidad de lugar. • Las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables al consumo de sustancias. • La disponibilidad y accesibilidad a las drogas. • La baja percepción social de riesgo de cada sustancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de apoyo externo positivo. • Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad. • Descenso de la accesibilidad de la sustancia. • Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes. • Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.
Factores de pares	
Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas. • Compañeros consumidores. • Conducta antisocial o delincuencia temprana. • Rechazo por parte de los iguales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apego a los iguales no consumidores. • Asociación con iguales implicados en actividades organizadas por la escuela, recreativas, de ayuda u otras. • Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas.
Factores escolares	

Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Bajo rendimiento académico. • Bajo apego a la escuela. • Conducta antisocial en la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades para la implicación prosocial. • Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial. • Creencias saludables y claros estándares de conducta. • Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro. • Clima institucional positivo.
Factores individuales	
Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Biológicos. • Psicológicos y conductuales. • Rasgos de personalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Creencia en el orden social. • Desarrollo de las habilidades sociales. • Creencia en la propia autoeficacia. • Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes. • Orientación social positiva. • Poseer aspiraciones de futuro. • Buen rendimiento académico e inteligencia. • Resiliencia.

Fuente: Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación
Elaboración: (Becoña & Tomás, 2010)

3.3.6. Tratamiento

La adicción es una enfermedad tratable y su tratamiento tiene el objetivo de contrarrestar los efectos potentes y dañinos sobre el cerebro y el comportamiento y recuperar el control de sus vidas.

De acuerdo al NIDA (2010) existen 13 principios de tratamiento efectivo para la adicción:

La adicción es una enfermedad compleja pero tratable que afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento. No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas. El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento. El tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de abuso de drogas. (Adler, Barthwell, & Brady, 2010, parr. 1-4)

Para que el tratamiento sea eficaz, es esencial que el paciente lo continúe durante un periodo adecuado de tiempo. La terapia individual y de grupo, además de otros tipos de terapia de la conducta, son las formas de tratamiento más comunes para el abuso de drogas. Para muchos pacientes, los medicamentos constituyen un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con la orientación psicológica y otros tipos de terapia de la conducta. (Adler, Barthwell, & Brady, 2010, parr. 5-7)

El tratamiento de cada paciente debe ser evaluado continuamente y, de ser necesario, modificado para asegurar que se mantenga a la par con cualquier cambio en su condición. Muchas personas con problemas de drogadicción también tienen otros trastornos mentales. La desintoxicación médica es sólo la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el abuso de drogas a largo plazo. (Adler, Barthwell, & Brady, 2010, parr. 8-10)

El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser eficaz. El uso de drogas durante el tratamiento debe ser supervisado constantemente, ya que pueden ocurrir recaídas durante el tratamiento. (Adler, Barthwell, & Brady, 2010, parr. 11-12)

Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, además de brindar una terapia especialmente dirigida a ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellas conductas que los ponen en riesgo de contraer o transmitir enfermedades infecciosas. (Adler, Barthwell, & Brady, 2010, parr. 13)

El tratamiento de las adicciones puede tener varios tipos de intervenciones ya sea mediante un tratamiento ambulatorio o un tratamiento residencial.

El tratamiento ambulatorio o ambulatorio intensivo consiste en intervenciones diseñadas para adultos que han desarrollado síntomas de dependencia o abuso a sustancias, que no necesitan desintoxicación o servicios de residencia.

En cambio, el tratamiento residencial permite planificar un tratamiento intensivo de las adicciones, es decir se extiende las 24 horas del día, además es una oportunidad para aislarse de las circunstancias y rutinas que el paciente asocia a la adicción.

En estos procesos se pueden incluir: Atención médica, psicológica, terapia vivencial y ocupacional; esto en dependencia de la gravedad la enfermedad y con el objetivo de lograr una recuperación integral del paciente.

Tratamiento Médico

Tiene como objetivo el realizar la valoración médica del paciente y dar seguimiento total a la persona durante su periodo de internamiento.

También permite brindar una atención integral al paciente con riesgos o patología clínica, mediante la aplicación de procedimientos de asistencia médica, cuidados preventivos y curativos en el área de la medicina, con el propósito de preservar el bienestar y la salud individual del paciente.

Tratamiento psicológico

Terapia Individual: La finalidad de la terapia individual es la resolución de aquellos conflictos personales internos o conflictos interpersonales que provocan malestar en la persona. La manera de abordar dichos problemas depende de la naturaleza de los mismos, así como de la propia persona y sus necesidades. Se pueden usar técnicas como:

Terapia cognitiva conductual: tiene como objetivo ayudar a los pacientes a reconocer, evitar y hacer frente a las situaciones en las que son más propensos a abusar de las drogas.

Reforzamiento sistemático: utiliza el refuerzo positivo, como el otorgamiento de recompensas o privilegios por estar libres de drogas, por asistir y participar en las sesiones de terapia o por tomar medicamentos para el tratamiento según las indicaciones.

Terapia de estímulo motivacional: utiliza estrategias para producir cambios rápidos en el comportamiento, motivados internamente, para dejar de consumir drogas y facilitar el inicio del tratamiento.

Terapia grupal

Es un modelo de intervención psicológica mediante la creación de un espacio de interacción y colaboración que busca potenciar o modificar los recursos personales y las estrategias de afrontamiento.

Es importante puesto que permite compartir y sentirse identificado con otras personas comunicando sus necesidades de un modo directo, sin miedo a ser juzgado, rompe con el aislamiento emocional y facilita que cada miembro haga un ejercicio de reflexión al verse reflejado en los demás.

En segundo lugar, el grupo multiplica la capacidad de aprendizaje y con ello el número de interacciones.

Por último, la terapia grupal se convierte en un espacio donde es posible hacer ensayos relacionados con los cambios de conducta aprendidos.

Terapia familiar

La terapia familiar permite abordar los problemas generados en el contexto de las relaciones intrafamiliares con los pacientes y a la vez poner en conocimiento a las familias sobre el fenómeno de la adicción y cómo actuar con sus familiares con problemas de consumo

Terapia Vivencial

Esta terapia tiene como finalidad, llegar a conocer y conectar al paciente y su tutor de manera que existan lazos de afinidad y confianza para sacar a la luz sus problemas y confrontarlos. Ofrecer la experiencia de los Terapistas a través de sus testimonios logrando alcanzar así la confianza y afinidad de Tutores y residentes.

Terapia Ocupacional

La terapia ocupacional se encarga de facilitar y mejorar el desempeño de las personas en sus actividades del diario vivir, sean estas actividades de auto mantenimiento, trabajo, estudio, deportes, juego o de tiempo libre.

Para poder realizar cualquier actividad (ocupación), la persona tiene que tener la oportunidad de participar en ella, por tanto, el terapeuta ocupacional también interviene para promover, abogar y facilitar la participación social de la persona considerando su entorno y su cultura, conlleva una serie de procesos y aprendizajes estructurados en forma de etapas

3.4. Institución

3.4.1. Patronato de Amparo Social de Loja.

El Patronato de Amparo Social Municipal tiene como objetivo el contribuir a la mejora de la calidad de vida de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, personas con discapacidad, con problemas de adicción y adultos mayores mediante la prestación de servicios especializados, desarrollando los niveles administrativos, técnicos y financieros de la Institución para extender la cobertura de todos los servicios elementales y de obras de infraestructura básica importantes para el desarrollo del cantón.

Líneas estratégicas:

- Atención a niños y niñas de 1 a 3 años
- Atención de niños y niñas con discapacidad
- Atención del adulto mayor
- Atención de niños y adultos con problemas de droga y alcoholismo
- Organización comunitaria
- Capacitación
- Defensa de los derechos de los niños y adolescentes. (defensorías comunitarias)

Centros de Atención prioritaria:

- Centros Infantiles Municipales
- Centro Municipal De Asistencia Social “San Juan Bosco”
- Centro Municipal San Jerónimo Emiliani (Orfanato)
- Centro Materno Infantil Julia Esther González Delgado
- Estación Municipal De Auxilio Terapéutico Y Control Humanitario De La Mendicidad N.º 1
- Estación Municipal De Auxilio Terapéutico Juvenil N.º 2
- Centro Municipal De Atención Al Adulto Mayor N.º 1
- Estancia Municipal Del Adulto Mayor De Vilcabamba
- Centro Municipal De Atención A Personas Con Discapacidad
- Comedor Municipal Del Terminal Terrestre
- Piscina Municipal N°3
- Almacén Artesanal Municipal

3.4.2. Estación Municipal de Auxilio Terapéutico y Control Humanitario de la Mendicidad N° 1

Inicia su labor en el año 2000 con el nombre de “Posada Solidaria”, donde se acogía a personas con problemas de alcoholismo que se encontraban libando en las calles de la ciudad, como a mendigos y casos psiquiátricos, recibiendo atención médica, psiquiátrica, psicológica, alimentación, vestido y vivienda.

Posada solidaria se constituyó en un centro de Rehabilitación Terapéutico Municipal en el año 2007, brindando un sistema de rescate que tiene como finalidad ayudar a personas con problemas en el uso y abuso de sustancias psicotrópicas, donde se trabaja con el paciente y la

familia utilizando programas terapéuticos que permitirá la aceptación de su enfermedad y la oportunidad de tener una rehabilitación integral que lo conducirá a un cambio de vida personal, familiar y social.

Los servicios que presta esta institución son el tratamiento en la modalidad residencial o internamiento de personas mayores de 18 años con dependencia a sustancias psicoactivas como el alcohol y drogas. Este tratamiento incluye:

- Tratamiento médico
- Terapia Física
- Terapia vivencial
- Terapia Ocupacional
- Terapia psicológica grupal e individual
- Terapia familiar grupal e individual
- Terapia vivencial
- Terapia psicológica grupal e individual
- Terapia familiar grupal e individual

En la modalidad residencial se incluye: alimentación, alojamiento

4. Problemática

Las adicciones se consideran uno de los principales problemas sanitarios a nivel nacional, puesto que trae consigo un sin número de conflictos a nivel familiar laboral y personal; además en un estudio realizado por el CONSEP en el 2012 se determinó que la edad media inicio de consumo son los 14.3 años de edad, factor que se considera de riesgo para el desarrollo de una dependencia.

La droga se convierte en el sentido de vida de un adicto y por ello su familia, su trabajo, y economía se ven totalmente afectadas. Las personas con trastorno adictivo tienen manifestaciones clínicas de ansiedad y de depresión, de manera que, cuando intentan dejar de ingerir la sustancia de la que dependen suelen aparecer síntomas del síndrome de abstinencia que a veces se prolongan durante meses, si no se lleva un tratamiento adecuado.

La ansiedad por una parte es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos que son percibidos por los individuos como amenazantes y/o peligrosos; se considera como un estado de ánimo negativo caracterizado por síntomas corporales de tensión física y aprensión respecto al futuro. “En los seres humanos puede ser una manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro” (Barlow, Psicopatología, 2004; Barlow, Psicopatología, 2004)

La ansiedad es una respuesta emocional básica que tiene como objetivo el adaptar al ser humano a situaciones nuevas, intensas o peligrosas. De acuerdo a (Ortuño, y otros, 2009), durante la ansiedad se producen cambios a cinco niveles; a nivel de sistema nervioso central,

fisiológico, cognitivo, conductual y a nivel emocional.

A nivel de sistema nervioso central existe una activación del sistema límbico y amígdala; en el nivel fisiológico hay un incremento en la secreción de cortisol, catecolaminas, resultado de ello el aumento de la tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria.

Se focaliza además la atención en el peligro o amenaza y por lo tanto una respuesta de lucha, fuga o bloqueo que es acompañada de miedo o activación, esto a nivel cognitivo – conductual – emocional.

“En relación a los desórdenes de ansiedad, se estima que el 3,6 % de la población mundial los padecía en 2015, un incremento del 14,9 % con respecto al año 2005” (Agencia EFE, 2017, parr. 13).

Esta patología se da más en las mujeres (4,6 %) que en los hombres (2,6 %). En Perú y República Dominicana (5,7 %); Ecuador (5,6 %); Bolivia (5,4 %); Costa Rica y El Salvador (4,6 %).

La depresión en cambio, se la considera como una enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

Según (Ortuño, y otros, 2009) en el caso de la depresión son 4 las áreas que se ven altamente afectadas: el humor, en donde se caracteriza la presencia de tristeza, apatía, anhedonia, abulia, tendencia al llanto o incapacidad para llorar e irritabilidad; la actividad psicomotriz en donde suele presentarse enlentecimiento o la agitación psicomotriz; la función cognitiva y la

aparición de síntomas biológicos como la falta de apetito, alteraciones del sueño o alteraciones a nivel sexual.

“Al menos 322 millones de personas en el mundo sufren depresión, un 18 % más que hace una década; y otros 264 millones padecen trastornos de ansiedad, lo que significa un incremento del 15 % respecto a hace diez años, según los últimos datos revelados por la Organización Mundial de la Salud” (Organización Mundial de la Salud, 2017). El organismo señaló que un 4,4% de la población mundial sufre depresión y que la dolencia es más común entre las mujeres (5,1%) que entre los hombres (3,6%).

Por último, un proceso de abstinencia puede llevar consigo una serie de signos y síntomas característicos de las patologías anteriormente mencionadas y de allí la necesidad de realizar ese estudio con el objetivo de poder determinar los niveles de ansiedad y depresión y su relación con el consumo de sustancias.

5. Justificación

Lo que se va a investigar con este tema son los niveles de ansiedad y depresión en los residentes que siguieron y siguen un proceso de rehabilitación en el Estación Municipal de Auxilio Terapéutico y Control Humanitario de la Mendicidad N°1.

La importancia de este proyecto va encaminado al análisis y medición (en algunos casos) de niveles de ansiedad y depresión en los residentes que pertenecieron a la institución durante el periodo Diciembre 2014 – Junio 2018.

Estos niveles fueron evaluados y determinados en su tiempo, mediante escalas psicométricas y luego fueron archivados en las carpetas de los residentes.

En este caso se recogerá la información de la carpeta mediante una hoja de recolección de datos estructurada para esta investigación.

Además con esta información obtenida se podrá establecer si existe una relación con el tipo de consumo y los niveles ansiedad y niveles de depresión, que se determinaron mediante los reactivos; y se realizara una descripción sociodemográfica de la población estudiada.

Se ha determinado que dentro del proceso de rehabilitación que llevan los residentes la presencia de ansiedad (temblores, nerviosismo, inquietud psicomotriz) y depresión (irritabilidad, tristeza, apatía, aplanamiento) es bastante notable y en mucho de los casos interfiere con las fases del tratamiento, a pesar de ello no existe un protocolo de evaluación adecuado que permita intervenir a tiempo para que la afección sea mínima.

Por lo tanto, la información que se aportara luego de esta investigación será de vital importancia ya que no existen estudios previos sobre la temática por lo que la institución beneficiada podrá establecer un protocolo que permita identificar la presencia de la sintomatología a tiempo para establecimiento de un tratamiento más estructurado enfocado a la estabilización del paciente frente a esta sintomatología. O en su defecto esta información podrá utilizarse para estudios futuros para el planteamiento de técnica que permitan mejorar esta sintomatología.

6. Operacionalización de variables

Tabla 9

Operacionalización de las variables – Bloque 1

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Tipo de Variable	Escala	Indicador	Fuente de Verificación
Nivel de ansiedad	Respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos	Síntomas psicológicos Síntomas físicos	Cuanti-Cualitativa	Ordinal	Leve Moderado Grave	Inventario de ansiedad
Nivel de Depresión	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Síntomas psicológicos Síntomas físicos	Cuanti-Cualitativa	Ordinal	Leve Moderado Grave	Inventario de depresión
Sustancia de consumo	Sustancia psicotrópica que al ingresar por cualquier vía ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central y que ocasiona cambios específicos en sus funciones	Legal Ilegal	Cualitativa	Nominal	Alcohol Marihuana Tabaco Cocaína Heroína Otras	Historia clínica psicológica
Patrón de consumo	Tipos de vínculos de las personas con las sustancias sin ser todos ellos adicciones, ni necesariamente consumos problemáticos	Monoconsumo policonsumo	Cualitativa	Nominal	Uso Abuso Dependencia	Historia clínica psicológica
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	-----	Cuantitativa	Intervalo	Años cumplidos	Datos de historia clínica psicológica

Fuente: Recolección de datos obtenidos de la encuesta sociodemográfica

Elaboración: La autora

Tabla 10
Operacionalización de las variables – Bloque 1

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Tipo de Variable	Escala	Indicador	Fuente de Verificación
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	-----	Cualitativa	Nominal	Masculino	Historia clínica psicológica
Residencia	Lugar donde se reside		Cualitativa	Nominal		Historia clínica psicológica
Estado civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo	Historia clínica psicológica
Ocupación	Actividad o trabajo de una persona.	Con ocupación Sin ocupación	Cualitativa	Nominal	Estudiante Trabajador Sin ocupación	Historia clínica psicológica
Instrucción	Conocimientos adquiridos	Primer nivel Segundo nivel Tercer nivel	Cualitativa	Ordinal	Primer nivel Segundo nivel Tercer nivel Cuarto nivel Sin instrucción	Historia clínica psicológica

Fuente: Recolección de datos obtenidos de la encuesta sociodemográfica

Elaboración: La autora

7. Metodología

Para alcanzar los objetivos de esta investigación se realizará un estudio descriptivo retrospectivo, transversal, en el cual se estructurará una ficha de recolección de datos que permitirá recoger información acerca de los niveles de ansiedad y depresión de los residentes ingresados en la institución en el periodo diciembre 2014 – junio 2018.

Mediante el mismo instrumento se recolectará datos sociodemográficos como: rango de edad, lugar de residencia, estado civil, ocupación e instrucción académica y se corroborará también la sustancia y el tipo de consumo de los residentes previa su estancia.

8. Contexto de la investigación

La presente investigación se realizara mediante el uso de información de los residentes que ingresaron en el periodo Diciembre 2014 – Junio 2018 a la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico y control Humanitario de la Mendicidad #1, el cual se encuentra ubicado en el Sector “La Banda” en la Av. 8 de Diciembre y Beatriz Cueva de Ayora al Norte de la Ciudad de Loja – Ecuador.

9. Población y muestra

9.1. Población blanca o de referencia

Ex Residentes y Residentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico y control Humanitario de la Mendicidad #1.

9.2. Población de estudio

Ex residentes y residentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico y control Humanitario de la Mendicidad #1 en el periodo diciembre 2014 – junio 2018.

9.3. Criterios de inclusión

En esta investigación se consideró todas las historias clínicas de los residentes entre 18 a 65 años de edad, con diagnóstico de dependencia de sustancias, que estuvieron internados en la institución en el período diciembre 2014 – junio 2018 y tener la autorización de los directivos del centro para poder acceder a su revisión.

9.4. Criterios de exclusión

- Ser paciente ambulatorio
- No poseer en la Historia Clínica psicológica completas

10. Técnicas e instrumentos

Una vez establecidas las variables del estudio se estructurará una ficha de recolección de datos y se recogerá la información referente a niveles de ansiedad y depresión de los residentes.

10.1. Ficha de recolección de datos

Las fichas de recogidas de datos son formas estructuradas que facilitan la recopilación de información, previamente diseñadas con base en las necesidades y características de los datos que se requieren para medir y evaluar uno o varios procesos.

Una ficha de registro es un formato preimpreso en el cual aparecen los ítems que se van a registrar, de tal manera que los datos puedan recogerse fácil y concisamente. (Vasco & Kumen, 1992).

Las fichas son impresos que se utilizan para reunir datos que, en general, se anotan de forma tabular o en columnas. Normalmente requieren de un proceso adicional, una vez recogidos los datos, utilizando una herramienta de análisis de los mismos.

Se puede afirmar que las hojas de control son las herramientas bases para la recolección y análisis de datos, que permiten realizar seguimientos en el proceso de resolución de problema.

11. Cronograma
Tabla N° 11

Actividades	Años													
	2017					2018								
	Julio	Agosto	Octubre		Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Delimitación del tema														
Elaboración de objetivos y problemática.														
Elaboración de justificación y Operacionalización de variables.														
Elaboración de la metodología Delimitación del contexto, la población, muestra y de Técnicas e instrumentos														
Aprobación de anteproyecto														
Obtención de la pertinencia del Tema														

12. Bibliografía

- Adler, M., Barthwell, A., & Brady, K. (Julio de 2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. Obtenido de National Institute on Drug Abuse: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/principios-de-tratamientos-eficaces>
- Agencia EFE. (23 de febrero de 2017). *Los casos de depresión aumentan un 18 % en el mundo en la última década*. Obtenido de EFE: <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/los-casos-de-depresion-aumentan-un-18-en-el-mundo-la-ultima-decada/20000013-3188037>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales . En A. A. Psiquiatría, *Transtornos de ansiedad* (págs. 189-233). Arlington: Panamericana.
- Barlow, D. (2004). Psicopatología. En D. Barlow, *Transtornos del estado de ánimo* (pág. 204). Madrid: Thonsom Editores.
- Barlow, D. (2004). Psicopatología. En D. Barlow, *Transtornos de ansiedad* (pág. 108). Madrid: Thonsom Editores.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2006). Terapia Cognitiva de la Depresión. En A. Beck, J. Rush, B. Shaw, & G. Emery, *El problema de la depresión* (págs. 11-23). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Becoña, E., & Tomás, M. C. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. En E. Becoña, & M. C. Tomás, *LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA LAS ADICCIONES* (págs. 48-50). Barcelona: Socidrogalcohol.
- Casado, R. (2 de Noviembre de 2015). *Síntomas de la ansiedad*. Obtenido de La Ansiedad en cifras: <http://amadag.com/la-ansiedad-en-cifras/>

- Centro de Psicología Aaron Beck. (s.f.). *Tratamiento psicológico de la depresión*. Obtenido de Centro de Psicología Aaron Beck: <https://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/depresion.html>
- Clark, D., & Beck, A. (2012). Terapia Cognitiva para Transtornos de ansiedad. En D. Clark, & A. Beck, *Teoría Cognitiva e investigación sobre la ansiedad* (págs. 19-185). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Clínica, G. d. (2009). Definición, factores de riesgo y diagnóstico. En G. d. Clínica, *Factores personales y sociales* (pág. 25). Madrid: Tórculo Artes Gráficas, S.A.
- Clínica, G. d. (2009). Guía de Práctica Clínica. En G. d. Clínica, *Factores Individuales* (pág. 49). Madrid: Tórculo Artes Gráficas, S.A.
- ecuatoriana, C. r. (2018). Guía de cuidado y autocuidado al interviniente. En C. r. ecuatoriana, *Estrés* (págs. 28-29). Quito: AQUATTRO.
- El Comercio. (23 de Marzo de 2017). *Droga H puede tener hasta 80% de heroína*. Obtenido de El Comercio: <https://www.elcomercio.com/actualidad/drogah-heroina-analisis-microtrafico-investigaciones.html>
- Fernández., P. L. (2009). *Drogodependencia. Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. Madrid : Panamericana .
- García, J. (30 de Agosto de 2010). *Tratamientos*. Obtenido de Psicoterapeutas.com: <https://www.cop.es/colegiados/m-00451/depre.htm>
- Garrido, J. M. (s.f.). *Medir la ansiedad con el Inventario de Beck*. Obtenido de Psicopedia org: <http://psicopedia.org/1806/medir-la-ansiedad-con-el-inventario-de-beck/>
- Grupo El Comercio. (23 de Marzo de 2017). Obtenido de El Comercio: <http://www.elcomercio.com/actualidad/drogah-heroina-analisis-microtrafico-investigaciones.html>.
- Guillamón, N. (2006). *Ansiedad y drogas*. Obtenido de Clínica de la ansiedad:

<https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-y-otros/ansiedad-y-drogas/>

Integral, C. d. (s.f.). *Test - Inventario de Depresión de Beck*. Obtenido de Centro Baruch:

<https://www.centrobaruch.com/blank>

Livingston, C. (1994). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. En C. Livingston,

Episodio depresivo leve (págs. 98-101). Madrid: Panamericana.

Lizarbe, V., Librada, M., & Astorga, M. (s.f.). *Glosario de términos de alcohol y drogas*.

Obtenido de Ministerio de Consumo y Sanidad:

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Lopez, C. (s.f.). *Ansiedad y medicación: Tratamientos farmacológicos*. Obtenido de Clínica

de la ansiedad: <https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/tratamiento-de-la-ansiedad/ansiedad-y-medicacion-tratamientos-farmacologicos/>

Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J., & Lizasoain, I. (2008). Drogodependencias. En P. Lorenzo,

J. Ladero, J. Leza, & I. Lizasoain, *Conceptos fundamentales en drogodependencias* (págs. 1-21). Madrid: Panamericana.

Luna, M. (s.f.). *Ansiedad y depresión*. Obtenido de Clínica de la ansiedad:

<https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-y-otros/ansiedad-y-depresion/>

Martín, M., Robertson, M., Ortiz, A., & Peña, M. (2014). Guía para la implantación de un

plan de prevención de las adicciones en la empresa. En M. Martín, M. Robertson, A. Ortiz, & M. Peña, *Conceptos básicos en Adicciones* (pág. 34). Bilbao: Garcinuño Comunicación Gráfica.

OMS. (s.f.). *Depresión*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:

http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/

Organización Mundial de la Salud. (7 de Abril de 2017). *Día Mundial de la Salud Mental*.

Obtenido de Organización Mundial de la Salud:

<http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (24 de Febrero de 2017). *Ecuador, entre los países con más casos de depresión en Latinoamérica*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-entre-los-paises-con-m-s-casos-de-depresi-n-en-latinoam-rica-89705>
- Organización Mundial de la Salud. (22 de Marzo de 2018). *Generalidades*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
- Ortuño, F., Cano, A., Schlatter, F., Soutullo, C., Sarraís, F., Pla, J., & Zapata, R. (2009). Lecciones de Psiquiatría. En F. Ortuño, *Trastornos del humor: trastorno depresivo y trastorno bipolar* (págs. 122-192). Madrid: Médica Panamericana, S.A.
- Psikipedia. (s.f.). *Edades de comienzo*. Obtenido de Psikipedia: <https://psikipedia.com/libro/psicopatologia-2/2268-aspectos-epidemiologicos-de-los-trastornos-de-ansiedad>
- Psyciencia. (19 de agosto de 2014). *Inventario de depresión de Beck*. Obtenido de Psyciencia: <https://www.psyciencia.com/pdf-inventario-de-depresion-de-beck/>
- Salud, G. (s.f.). *Tratamiento de la ansiedad*. Obtenido de guiasalud.es: <http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/resumida/documentos/apartado04/Tratamiento.pdf>
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). *Periodicos Electronicos en Psicología*. Obtenido de PEPSIC: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
- Sirvent, C., Villa, M., & Blanco, P. (2011). Depression and addiction. *Revista psiquitria.com*, 2.
- Slapak, C., & Grigoravicius, M. (29 de Marzo de 2007). *Consumo de drogas: La*

construcción de un problema social. Obtenido de Scientific Electronic Library

Online: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a23.pdf>

Slapak, S., & Grigoravicius, M. (2007). "Consumo de drogas": la construcción de un problema social. *Anuario de Investigaciones* .