



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CONSUMIDORES DE  
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN CENTROS DE REHABILITACIÓN,  
CHICLAYO-2019

VERITAS  
TESIS  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO  
PRESENTADA POR  
MARIE LILIBETH SUAREZ PECHE  
RICHARD ANTONIO VERONA VALLEJOS  
ASESOR

DR. CÉSAR EDGARDO SISNIEGAS VERGARA

CHICLAYO, PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**  
**CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CONSUMIDORES  
DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN CENTROS DE  
REHABILITACIÓN, CHICLAYO-2019**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR  
MARIE LILIBETH SUAREZ PECHE  
RICHARD ANTONIO VERONA VALLEJOS**

**ASESOR  
DR. CÉSAR EDGARDO SISNIEGAS VERGARA**

**CHICLAYO, PERÚ**

**2021**

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Índice</b>	II
<b>Resumen</b>	III
<b>Abstract</b>	IVv
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	3
<b>III. RESULTADOS</b>	6
<b>IV. DISCUSIÓN</b>	100
<b>V. CONCLUSIONES</b>	144
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	155
<b>VII. FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	166
<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir la frecuencia de ansiedad y depresión en consumidores de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación de la ciudad de Chiclayo en el 2019. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron 5 centros y se realizó un censo. Se utilizó la escala de Hamilton para ansiedad y depresión. Se realizó análisis univariado y bivariado mediante Stata 14. **Resultados:** Se encuestaron 150 personas. La mediana de la edad fue 25 años (RIC: 20-36), 97,33 % fueron hombres. Las frecuencias de depresión y ansiedad fueron: 138/150 (92 %) y 135/150 (90 %) respectivamente y las de depresión severa/muy severa y ansiedad mayor fueron 99/150 (66%); 8% reportó que “la vida no merece ser vivida”, 8,67 % refirió el deseo estar muerto o tener pensamientos sobre la posibilidad de morirse, 8,67% referían ideas de suicidio o amenazas y 5,3 % habían tenido intentos de suicidio. Las sustancias consumidas con mayor frecuencia fueron: alcohol 117/150 (78 %), marihuana 100/150 (66,6 %) y cocaína 86/150 (57,33 %). Se encontró asociación entre depresión y consumo de alcohol ( $p=0,043$ ). **Conclusión:** las personas consumidoras de sustancias psicoactivas presentaron alta frecuencia de depresión y ansiedad e ideación suicida, la sustancia más consumida fue alcohol seguida de marihuana y cocaína, y el consumo de alcohol se asoció a tener depresión.

**Palabras clave:** Ansiedad, depresión, consumidores de drogas, trastornos relacionados con sustancias (**Fuente:** DeCS-Bireme).

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the frequency of anxiety and depression in consumers of psychoactive substances from rehabilitation centers in the city of Chiclayo during 2019. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study; 5 centers were included and a census was performed. The Hamilton scale for anxiety and depression were used. Univariate and bivariate analysis were performed using Stata 14. **Results:** 150 people were surveyed. The median age was 25 years (IQR: 20-36), 97.33% were men. The frequencies of depression and anxiety were: 138/150 (92%) and 135/150 (90%), respectively, and those of severe/very severe depression and major anxiety were 99/150 (66%); 8% reported that "life does not deserve to be lived," 8.6% said they wanted to be dead or have thoughts about the possibility of dying, 8.6% referred to suicide ideas or threats and 5.3% had attempted suicide. The substances most frequently consumed were: alcohol 117/150 (78%), marijuana 100/150 (66.6%) and cocaine 86/150 (57.3%). In addition, an association was found between depression and alcohol consumption ( $p=0.043$ ). **Conclusion:** people who consume specific psychoactive substances had high frequency of depression, anxiety and suicidal ideation, the most consumed substance was alcohol followed by marijuana and cocaine. The consumption of alcohol was associated with depression.

**Key words:** anxiety, depression, drug users, Substance-Related Disorders  
(Source: MeSH)

## I. INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud mental de elevada prevalencia mundial. Según el Informe Mundial sobre las Drogas del 2017, 250 millones de personas (5 % de adultos), consumieron sustancias psicoactivas al menos una vez, en el 2015; de éstos, 29,5 millones (0,6 % del total) sufrieron trastornos mentales asociados al consumo de dichas sustancias, conllevando a producir drogodependencia (1,2).

La drogodependencia se ha convertido en un problema tanto individual como comunitario; el consumo empieza por diversos factores como, por ejemplo, en búsqueda de una “salida” para ciertos problemas (soledad, estrés, depresión, etc.), por presión de grupo, por moda, entre otros (3).

En los últimos años, la investigación epidemiológica ha revelado la prevalencia de trastornos de depresión y ansiedad comórbidos en individuos dependientes de sustancias. Es así, que los síntomas se superponen lo que hace más difícil el diagnóstico (4).

En personas que consumen alcohol y/u otras sustancias representa un desafío reconocer y manejar los síntomas de estos trastornos, por lo cual se requiere una recopilación de datos confiables que son fundamentales para planificación y buenos resultados del tratamiento. Si no se reconocen la depresión y ansiedad, se pueden aumentar las tasas de recaída, la recurrencia de los episodios anímicos y el riesgo elevado de suicidio (4).

El consumo de sustancias psicoactivas altera la fisiología del organismo, y su perspectiva del entorno. Es difícil establecer si el trastorno mental es precedido, induce o empeora con el consumo de dichas sustancias (5).

Según un estudio realizado por Caravaca en España se encontró que el consumo de psicotrópicos y cannabis fue un factor asociado para padecer algún trastorno mental, con frecuencias de 24,9 y 34,2 % para hombres y mujeres, respectivamente. (6) Sánchez en España, evaluó la asociación de trastornos

mentales y sustancias psicoactivas, se encontró que 51,9 % de los consumidores de sustancias, tenían trastornos del estado de ánimo (82,5 % depresión, 55,6 % manía y 17,5 % distimia); 37,4 % tenían trastornos de ansiedad (7).

Según el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, en el Perú hay aproximadamente 1 millón 700 mil personas con depresión, de las cuales, sólo 25% busca atención médica y 20 % sabe que necesita atención, pero no la busca. En tanto, el resto (55 %) no advierte la enfermedad y no le presta atención (8). Ello sugiere la necesidad de modificar las intervenciones tanto desde el ámbito de la salud como de la sociedad.

La comorbilidad trastorno mental/consumo de sustancias psicoactivas hace a los pacientes más vulnerables y dificulta el diagnóstico. El solo internamiento en centros de rehabilitación hace insuficiente su enfoque y tratamiento (9).

No se han encontrado estudios publicados en nuestra realidad social acerca de la frecuencia con la que algunos trastornos como la ansiedad o depresión se presentan en personas consumidoras de dichas sustancias.

El objetivo del estudio fue describir la frecuencia de depresión y ansiedad en personas consumidoras de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación de la ciudad de Chiclayo, describir la distribución del consumo de sustancias y explorar la asociación entre variables sociodemográficas y el tipo de sustancia consumida.



## **II. MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo, transversal. La población fueron todos los pacientes internados por consumo de sustancias psicoactivas de 5 centros de rehabilitación privados de Chiclayo al norte del Perú: “Renaciendo en Cristo”-Las Brisas, “Los Pastores del Perú” – Las Brisas, “Casa hogar forma tu vida” – La Victoria, “Aprendiendo a vivir” – Pimentel, y “Casa hogar forma tu vida” – Pomalca, durante los meses de febrero a julio del 2019. Dichos centros son los que tienen más pacientes internados y cuentan con permiso de la municipalidad. En total fueron 150 internos; se incluyeron a aquellos que aceptaron participar mediante consentimiento/asentimiento informado (anexo 1). Los datos fueron recolectados de la entrevista que se realizó a los participantes.

### **Técnica e instrumentos de recolección de datos**

La recolección de datos constó de dos partes (anexo 2). En la primera se elaboró un formulario con datos sociodemográficos y patrón de consumo, en este último para calificar el tipo de sustancia psicoactiva se colocó una lista de las sustancias más frecuentes consumidas en Perú según DEVIDA (10), el cual fue revisado por un psiquiatra. En la segunda se aplicó las escalas de Hamilton para ansiedad y depresión.

### **Escala de Depresión de Hamilton**

De 17 ítems, cada uno de los ítems tiene entre tres respuestas (puntuación de 0-2) y cinco respuestas (puntuación de 0-4). El valor total de puntos es la suma de todos los ítems (va de 0 a 52). Los siguientes puntos de corte según la Guía de Práctica Clínica elaborada por el National Institute for Health and Care Excellence (NICE): No deprimido (0-7), Depresión ligera/menor (8-13), Depresión moderada (14-18), Depresión severa (19-22) y Depresión muy severa (>23) (11).

## **Escala de Ansiedad de Hamilton**

De 14 ítems que evalúan los aspectos físicos, conductuales y psíquicos de la ansiedad, la cual determina tanto la gravedad como la frecuencia de la ansiedad en la población general. Los 14 ítems tienen 5 respuestas, cada una valorada con una puntuación de 0 a 4. La valoración total de puntos es la suma de todos los ítems (va de 0 a 56). En esta escala pueden interpretarse dos dimensiones: Ansiedad psíquica (ítem 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y Ansiedad somática (ítem 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). La puntuación de la ansiedad se evalúa de la siguiente manera: No ansiedad (0 – 5), Ansiedad menor (6 – 14) y Ansiedad mayor (>15). (12).

Ambas escalas poseen una buena consistencia interna con alfa de Cronbach entre (0,76 y 0,92) para depresión y (0,79 a 0,86) para ansiedad (11) (12).

Se realizó una prueba piloto en 17 internos para cálculo de tiempos evaluación (tiempo=20 minutos), viabilidad del estudio y entrenamiento a encuestadores.

## **Plan de procesamiento para análisis de datos**

Los datos obtenidos fueron codificados e introducidos en una base de datos en Microsoft Excel 2016.

Para las variables cuantitativas, se determinó su normalidad y se describieron medidas de desviación estándar, así como rango intercuartílico (RIC) y mediana.

Para el análisis univariado de las variables categóricas se usó frecuencias y porcentajes. El análisis bivariado de las variables categóricas se realizó con la prueba de chi cuadrado.

Se consideró un nivel de significancia de 0,05. Se usó el programa estadístico Stata versión 14.

## **Aspectos éticos**

El estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

La participación de los pacientes fue estrictamente voluntaria, a cada participante se le brindó un consentimiento informado, describiendo los propósitos del estudio. Para los menores de edad, se usó un asentimiento y un consentimiento informados para sus apoderados.

La información que se recogió fue confidencial, las respuestas a los test fueron anónimas (codificadas utilizando un número de identificación), solo los miembros del equipo de investigación tienen acceso a los datos, después de analizados los datos, se informó los resultados tanto al paciente como a los responsables del centro de rehabilitación. Asimismo, se concientizó e informó a los participantes mediante una charla en conjunto con la entrega de trípticos y otros materiales a cada uno de ellos, conteniendo información acerca de los daños que ocasiona el consumo de sustancias psicoactivas, y también sobre el posible sufrimiento de alguno de los trastornos mentales en estudio.

Los autores no tienen conflictos de interés.

### III. RESULTADOS

El proceso de captación de los participantes se especifica en la figura 1.

Se aplicó la encuesta a 150 internos. La mediana de la edad fue 25 años (RIC: 20-36), la media 28.8 años y la desviación estándar 11,07. El 97,33 % fueron varones, la mediana del tiempo de consumo fue de 78 meses (RIC: 36 - 144), la media fue 100,07 y la desviación estándar fue 98,23; el resto de características sociodemográficas se observan en la tabla 1.

La frecuencia de depresión fue 92 %, 12 internos no tuvieron el trastorno; los datos del resto se presentan en la Tabla 2. Se encontró en el total de mujeres: depresión muy severa: 4/4.

La frecuencia de ansiedad fue 90 %, 15 internos no presentaron el trastorno. La mediana de ansiedad psíquica 7 puntos (RIC: 4-11) y ansiedad somática 5 puntos (RIC: 3-9), la media fue 8,28 y la desviación estándar fue 5,07. En todas las mujeres la ansiedad fue mayor; 130/150 (94,2 %) tuvieron depresión y ansiedad a la vez. Las respectivas frecuencias de ansiedad y depresión se encuentran detalladas en la tabla 2.

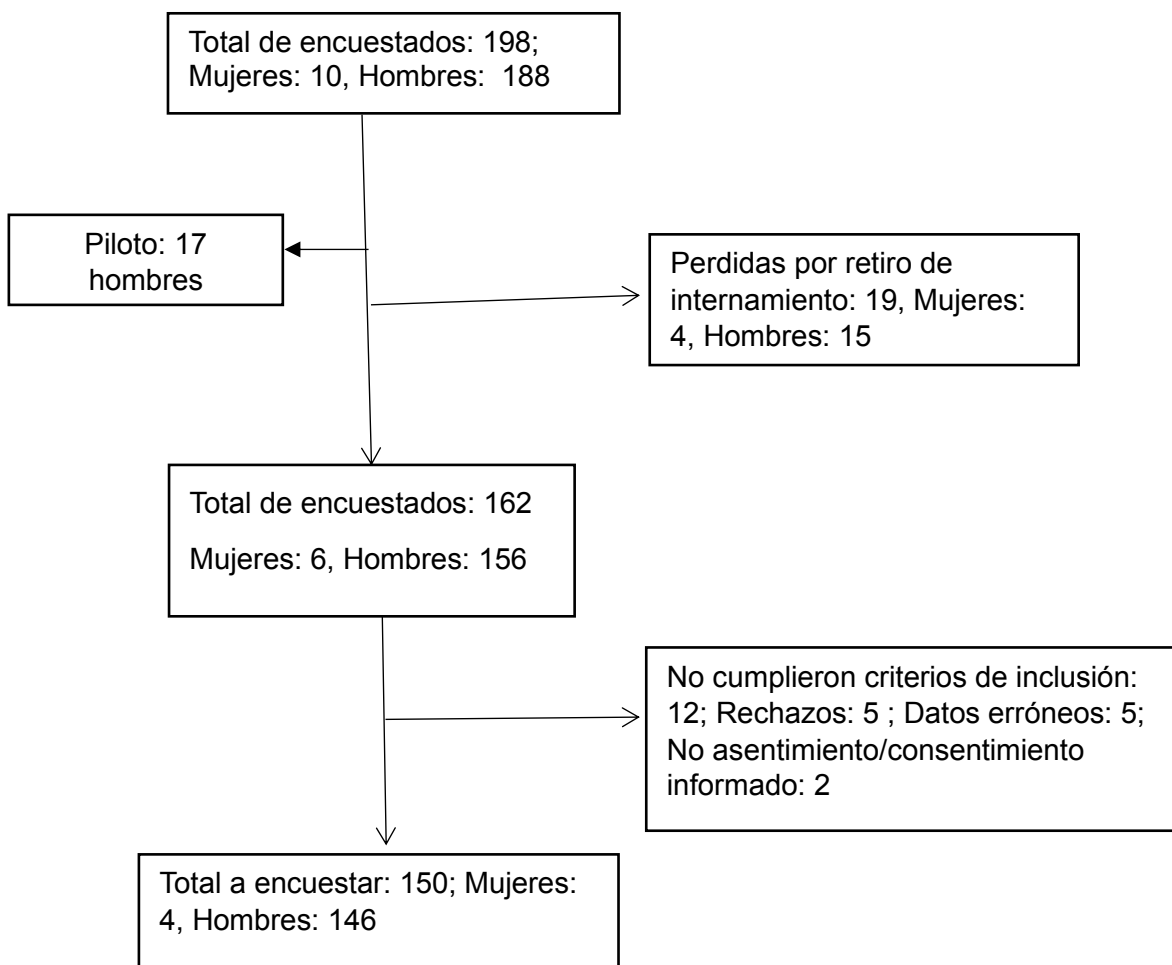
Se encontró que la frecuencia de depresión severa/muy severa y ansiedad mayor fueron ambas 99/150 (66 %).

Las sustancias consumidas con mayor frecuencia fueron alcohol (78 %), marihuana (66,6%) y cocaína (57,3%). Dentro de "otras" sustancias consumidas se encontró: PBC (pasta básica de cocaína) 8/24, terokal 6/24, mixtos (marihuana + PBC) 5/24, benzodiazepinas (alprazolam) 1/24, piedra (resina cristalizada producto de combustión de la marihuana) 1/24, Popper (sustancia química inhalatoria de nitritos de alquilo) 1/24, codeína 1/24, tristos (marihuana + PBC + tabaco) 1/24. En la tabla 1, figura la frecuencia de consumo de cada sustancia.

Solo se encontró relación entre depresión y consumo de alcohol. Detalles se muestran en la tabla 3.

La frecuencia de ambos trastornos según el tiempo de consumo fue alta en aquellos que consumieron sustancias entre 1 a 5 años; con respecto a ansiedad encontramos: ansiedad menor (30%) y ansiedad mayor (23,3%). Con respecto a depresión: depresión ligera (18,7%), moderada (16%), muy severa (12%) y severa (8,7%).

En relación con suicidio, aquellos que referían ideas de suicidio o amenazas y habían tenido intentos de suicidio previos, presentaron 6/13 (46,2 %) y 5/8 (62,5 %) de depresión severa/muy severa respectivamente, las otras características se muestran en la tabla 4. Del total de deprimidos, 26/138 (18,9 %) “*desearía estar muerto*” tuvieron pensamientos sobre la posibilidad de morirse/ ideas de suicidio/ amenazaba con hacerlo.



**Figura 1.** Proceso de captación de participantes

**Tabla 1.** Características sociodemográficas en consumidores de sustancias psicoactivas en cinco centros privados de rehabilitación, Chiclayo-2019

	n.º	%
<b>Edad</b> Mediana (RIC)	25	20-36
Hombres	146	97,3
Mujeres	4	2,7
<b>Tiempo de consumo</b>		
>1 – 5 años	49	32,6
>5 - 10 años	43	28,6
>10 - 20 años	29	19,3
≤ 1 año	24	16
>20 años	11	7,3
<b>Centros de Rehabilitación</b>		
<i>“Aprendiendo a vivir”</i>	50	33,3
<i>“Casa hogar forma tu vida– Pomalca”</i>	29	19,3
<i>“Renaciendo en Cristo”</i>	27	18,0
<i>“Los pastores del Perú”</i>	22	14,7
<i>“Casa hogar forma tu vida-la Victoria”</i>	22	14,7
<b>Sustancia psicoactiva</b>		
Alcohol	117	78
Marihuana	100	66,6
Cocaína	86	57,3
Nicotina	62	41,3
Crack	6	4,0
LSD	5	3,3
Éxtasis	4	2,6
Heroína	4	2,6
Otros	24	16

LSD: dietilamida de ácido lisérgico; Crack: combinación de clorhidrato de cocaína y bicarbonato sódico; Éxtasis: derivado sintético 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA).

**Tabla 2.** Frecuencia de ansiedad y depresión en consumidores de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación, Chiclayo-2019.

	n.º	%
<b>Depresión</b>		
Leve	47	31,3
Moderada	41	27,3
Muy severa	31	20,7
Severa	19	12,7
Sin depresión	12	8,0
Total	150	100,0
<b>Ansiedad</b>		
Menor	77	51,3
Mayor	58	38,6
Sin ansiedad	15	10,0
Total	150	100,0

**Tabla 3.** Distribución del consumo de sustancias según presencia de Depresión y Ansiedad en consumidores de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación, Chiclayo-2019.

	n.º	%	X <sup>2</sup>	p
<b>Depresión</b>	138	92		
Alcohol	76	51,0	4,1029	0.043
Marihuana	61	44,2	0,0140	0.906
Cocaína	55	39,8	0,9125	0.339
Nicotina	40	28,9	0,6563	0.418
LSD	5	3,6	3,3535	0.067
CRACK	5	3,6	1,3457	0.246
Éxtasis	4	2,9	0,4566	0.499
Heroína	2	1,4	0,1959	0.658
<b>Ansiedad</b>	135	90		
Alcohol	106	78,5	0,2115	0.646
Marihuana	89	65,9	0,3333	0.564
Cocaína	76	56,3	0,5935	0.441
Nicotina	54	40,0	0,9897	0.320
CRACK	5	3,7	0.3086	0.579
LSD	5	3,7	0,5747	0.448
Éxtasis	4	2,9	0,4566	0.499
Heroína	4	2,9	0,4566	0.499

LSD= dietilamida de ácido lisérgico; Crack: combinación de clorhidrato de cocaína y bicarbonato sódico; Éxtasis: derivado sintético 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA).

**Tabla 4.** Frecuencia de ideación suicida e intentos de suicidio en personas con depresión en consumidores de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación, Chiclayo-2019.

<b>Suicidio</b>	n.º	%
Ausente	104	69,3
Le parece que la vida no merece la pena ser vivida	12	8,0
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	13	8,7
Ideas de suicidio o amenazas	13	8,7
Intentos de suicidio	8	5,3
Total	150	100,0

#### IV. DISCUSIÓN

En cuanto a la edad, la media fue 25 años, dato similar al hallado por Keita en el servicio psiquiátrico del Hospital Nacional de Donka - Guinea (29,5 años) (13); el consumo de sustancias es un problema frecuente en este grupo etario. El constante estrés, la vulnerabilidad psicosocial, inestabilidad personal, y conflictos emocionales, explican este hallazgo.

La frecuencia de consumo de sustancias es similar a los resultados de Chacón en Ecuador (78% alcohol, 73,9% marihuana, 48,8% cocaína y 37,5% tabaco) (14), Arellanez en México (70,7% alcohol, 63,6% tabaco y 37,9% marihuana) (15) y Navarrete en México (48,8% alcohol, 25% cocaína y 17% marihuana) (9). La alta frecuencia de consumo de alcohol posiblemente sea por su disponibilidad legal, su mayor aceptabilidad social y distribución. Asimismo, se debe tener en cuenta que los estudios han sido realizados con población de características sociodemográficas similares.

Con respecto a la frecuencia de depresión y ansiedad, evidenciamos frecuencias de 92% y 90% respectivamente, con un mayor porcentaje de ansiedad menor (51,2%) y de depresión leve (31,3%); resultado similar encontrado en el estudio de Chacón en el que se encontró: depresión en 93,1% y ansiedad en 90,3%, con alto porcentaje en ansiedad menor (51,3%) y depresión moderada (36,1%)(13); la similitud se explicaría por las realidades parecidas, ambos estudios se realizaron en centros de rehabilitación y se usaron las escalas de Hamilton para depresión y ansiedad. Sin embargo, el estudio de Chacón incluyó sólo a púberes-adolescentes.

Se observó mayor frecuencia de depresión y ansiedad en mujeres, específicamente todas tuvieron depresión muy severa y ansiedad mayor; y esto podría deberse según Gutiérrez en El Salvador a que las mujeres estén más predispuestas, debido a factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales, entre ellos la desatención, abuso físico, violencia doméstica y sexual (16), o como lo afirma Gómez en Colombia que el desplazamiento y la violencia son una causa de exclusión social, el mismo que evidenció mayor frecuencia de depresión en mujeres (17).



La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), en su informe mundial sobre las drogas afirma que los trastornos depresivos y ansiosos son más frecuentes en mujeres, ya que estas tienden a una progresión más rápida hacia los trastornos por consumo (depresión y ansiedad) (18). Rawan en Pakistán, en consumidores de sustancias psicoactivas halló resultados diferentes: frecuencia de Depresión en varones (53,3 %) y mujeres (42,7%) (19); es probable que aspectos socioculturales o diferente acceso al consumo de sustancias, expliquen esta diferencia.

Sin embargo, no podemos afirmar de manera concluyente las similitudes o diferencias en cuanto a los resultados encontrados en el sexo femenino, porque la muestra es pequeña en comparación a los estudios encontrados, lo cual no permite extrapolar la realidad de las mujeres en los centros de rehabilitación, esto puede conducir a realizar un estudio más ampliado posteriormente.

El consumo de alcohol fue más frecuente en personas con ansiedad (78,5%) que en personas con depresión (51%). Resultado parecido al que hallaron en Estados Unidos en 10,123 adolescentes que participaron en el National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A), donde en aquellos que habían tenido algún desorden mental, la frecuencia de uso de alcohol fue de 10,3 % y de uso de alguna droga ilícita fue: 14,9 %; en las personas con ansiedad estas cifras eran de: 17,3 % y 20 % respectivamente (20). Esto probablemente debido a que el trastorno de ansiedad abarca preocupaciones, situaciones estresantes, miedos excesivos e intensos los cuales, con el consumo de sustancias, podría producir en efecto tranquilizante en estas personas (18). Thornton en los Ángeles, en 976 participantes de cinco estudios clínicos de estudiantes de secundaria, halló que 54% tuvieron depresión; se encontró también que el cannabis se consumía para experimentar placer y el alcohol y tabaco para enfrentar situaciones (21). Es posible que se deba a la necesidad de resolución de problemas que tenga cada persona y a la sustancia que esté a su alcance y sea más accesible en esos momentos.

La sustancia no alcohólica legal más frecuente es el tabaco (41,3 %) y la ilegal es la marihuana (66,6 %), resultados que también se hallaron en el Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao, cuya sustancia no

alcohólica legal más consumida alguna vez fue el tabaco (17,0 %), y la ilegal más consumida fue la marihuana en un 1,9 % (22).

En el III Estudio Epidemiológico Andino sobre "Consumo de Drogas", informan que en nuestro país la marihuana sigue siendo la sustancia ilegal más consumida, con una frecuencia de consumo de 5,17 % (23). Estos resultados nos sugieren que el tabaco al igual que el alcohol por ser legal es nuestro país sea más accesibles, y la marihuana sea más consumida por su reciente acogida entre adolescentes, algunos talvez porque les resulta fácil conseguirla y otros porque no encuentran riesgos en el uso experimental o frecuente de la misma.

La frecuencia de ansiedad y depresión según el tiempo de consumo en personas que llevaban consumiendo entre 1 a 5 años fue alta (53,3% y 55,4% respectivamente), resultado que difiere del estudio de Contreras en Cuba, donde encontró que mientras más tiempo de consumo, la ansiedad y depresión eran más frecuentes, aunque esta asociación no fue estadísticamente significativa (24). La variación en este resultado puede ser debido a las diferencias en cuanto a la recolección de los datos, los instrumentos aplicados de ambos estudios y la población donde se realizó el estudio, si se han reclutado en centros de rehabilitación, centros asistenciales de salud mental o en otros lugares.

En cuanto a la alta frecuencia de ideación e intentos de suicidio, los resultados podrían deberse a que estas personas son una población vulnerable, las cuales van a estar influenciadas por factores socioculturales como malas experiencias, violencia e inseguridad, las cuales conllevan a consumir su idea; resultados parecidos reporto Gonzales en México, donde el uso de sustancias psicoactivas estuvo presente en 52,7% de los adolescentes con intento suicida (25). Por otro lado, en Perú, el estudio realizado por Mitrani encontró que aquellos con comorbilidad depresiva (41,1%) tenían mayor probabilidad de presentar ideaciones suicidas (26).

Sólo se encontró asociación entre tener depresión y el consumo de alcohol ( $p=0,043$ ). Estrada en Perú en una población de 200 estudiantes encontró la misma asociación en varones ( $p=0,009$ ) (27). El consumo de alcohol, produce alteraciones

en la corteza prefrontal que es la que maneja las emociones y el sistema serotoninérgico, lo que llevaría al consumidor a tener respuestas adaptativas manifestándose como depresión. Entre tener ansiedad y el consumo de alguna sustancia psicoactiva no se encontró asociación, Duperrouzel en Miami, en 250 adolescentes, halló asociación entre el uso de Cannabis y el trastorno de ansiedad (28). El tamaño de muestra y el probable sesgo de medición podrían explicar este hallazgo.

Dentro de las limitaciones del estudio es importante señalar que, la muestra no es representativa de la población de consumidores de sustancias de Chiclayo, además la mayor proporción de muestra estudiada fueron hombres. Otra limitación fue que para saber si los internos realmente consumían sustancias psicoactivas se pudo usar el inventario de detección de uso de drogas (DUSI – DUSI R abreviada) o en el caso de consumo de alcohol se pudo usar el test de Audit, por lo que la calificación de cada persona como consumidor de alguna sustancia puede tener un sesgo de medición.

Se debe considerar que es el primer estudio local y estos datos nos permiten esbozar una primera aproximación al problema en algunos centros de rehabilitación de Chiclayo. En este estudio no se incluyeron hospitales, colegios, universidades ni casas de refugio para mujeres, ya que para el estudio básicamente se requería que todos se encuentren internados por ser consumidores de sustancias psicoactivas.

## **V. CONCLUSIONES**

Existe alta frecuencia de trastornos de depresión y ansiedad en consumidores de sustancias psicoactivas que se encuentran en centros privados de rehabilitación.

La sustancia más consumida en el medio es alcohol, seguida por marihuana y cocaína.

Alta frecuencia de ideación suicida en consumidores de sustancias psicoactivas.

Existe asociación entre el consumo de alcohol y la depresión.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Es importante mencionar que los distintos niveles de ansiedad y depresión en aquellas personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, podría dificultar el tratamiento y retrasar su recuperación, por lo que consideramos que el estudio de la salud mental debería ser más estructurado, con una intervención multidisciplinaria, oportuna y precoz en los factores causales de esta condición, para evitar las recaídas que son frecuentes en esta población y así consigan una pronta reinserción al ámbito familiar y social.

En los centros de rehabilitación para las drogas se debe desarrollar programas de abordaje médico psiquiátrico, donde el objetivo no solo sea el tratamiento de la adicción, sino que permita tener énfasis en la educación psicosocial y emocional con relación a los trastornos de ansiedad y depresión, determinar los factores de riesgo y prevenirlos.

Es importante que desde el punto de vista nacional se incluya el tema de la prevención del suicidio en todos los ámbitos, así como en los programas de salud pública y mental, se debe incluir su prevención junto con otros factores de riesgo como el consumo de sustancias legales (tabaco y alcohol) y sustancias ilegales.

## VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2017. United Nations publication ISBN: 978-92-1-148291-1. Disponible en: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210606233/read> DOI: [10.18356/c595e10f-en](https://doi.org/10.18356/c595e10f-en)
2. García V., Luque B., Santos Ruíz M., Tabernero C. Emotional regulation on depression and cognitive damage of psychoactive substance consumers. Health and addictions. 2017; 17(2): 125-136. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83952052012.pdf>
3. Marín Madrigal Carlos, Calderón Barboza José. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y la aparición de la enfermedad mental en adolescentes. Enfermería Actual de Costa Rica. [Internet]. Junio 2018 [citado 30 de mayo de 2018]. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S140945682018000100096&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140945682018000100096&lng=en). DOI [10.15517/REVENF.V0I34.31635](https://doi.org/10.15517/REVENF.V0I34.31635)
4. Tolliver BK, Anton RF. Assessment and treatment of mood disorders in the context of substance abuse. Clin Res. 2015; 17 (2):10. DOI: [10.31887 / DCNS.2015.17.2 / btolliver](https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.2/btolliver)
5. Crespo, F.; Bolaños, M. Delitos Violentos: Entre los vapores de la drogadicción. Capítulo criminológico. Revista de las disciplinas del Control Social. 2008; 3: 101-141. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4977862>
6. Caravaca Sánchez, F. Consumo de alcohol y drogas como factores asociados a los trastornos mentales entre la población penitenciaria de España. Revista Española de medicina legal. 2017; 43(3): 99-105. DOI: [10.1016/j.reml.2017.02.002](https://doi.org/10.1016/j.reml.2017.02.002)
7. Sánchez-Morate T, Miñarro-López J, Montoya-Castilla I. & Pérez-Marín, M. Trastorno mental y tipo de sustancia consumida: estudio piloto sobre la

- utilización de la Entrevista de Cribado de Patología Dual (ECDD). Revista Internacional de Investigación en Adicciones. 2017; 3(2): 12-20. DOI: [10.28931/riiad.2017.2.03](https://doi.org/10.28931/riiad.2017.2.03)
8. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" [Internet]. [citado 16 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2016/031.html>
  9. Marín-Navarrete, Benjet C., Borges G., Eliosa-Hernández, Nanni-Alvarado, Ayala Ledesma, Fernández-Mondragón, Medina-Mora; Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones. Rev. Salud Mental. 2013; 36 (06). DOI: [10.17711/SM.0185-3325.2013.057](https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2013.057)
  - 10.IV Estudio Nacional: prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012. Edita Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA. Observatorio Peruano de Drogas – OPD. Disponible en: [https://www.devida.gob.pe/documents/20182/97548/Informe-Ejecutivo\\_-IV-Estudio-Nacional-Prevenci%C3%B3n-y-Consumo-de-Drogas-en-Estudiantes-de-Secundaria-2012.pdf/5446ffbc-39a1-4573-8f61-cd5bca027d4b](https://www.devida.gob.pe/documents/20182/97548/Informe-Ejecutivo_-IV-Estudio-Nacional-Prevenci%C3%B3n-y-Consumo-de-Drogas-en-Estudiantes-de-Secundaria-2012.pdf/5446ffbc-39a1-4573-8f61-cd5bca027d4b)
  11. Hamilton M. Hamilton Depression rating scale, HDRS. Referencia: a rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1960; 23: 56-62. DOI: [10.1136/jnnp.23.1.56](https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56)
  12. Hamilton M. Hamilton Anxiety Rating scale, HARS. Referencia: The assessment of anxiety states by rating. Br J. Med Psychol 1959; 32: 50-55. DOI: [10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x)
  13. Keita MM, Doukouré M, Condé S, Soumaoro K, Souare M. Mental Disorders and Consumption of Psychoactive Substances in Women: Epidemiological and Clinical Aspects in the Service of Psychiatry of the Donka National Hospital Guinea, Conakry. Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders 2 (2018): 41-48. DOI: [10.26502/jppd.2572-519X0039](https://doi.org/10.26502/jppd.2572-519X0039)

14. Chacón Molina, J. P., Torres Lazo, M. L. Nivel de ansiedad y depresión en adolescentes varones con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en el centro de adicciones “hogar crecer”, 2011-2015. [Tesis para obtener el título de Médico]. Ecuador: Universidad de Cuenca. Facultad de Medicina; 2016. Disponible en : <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25392/1/tesis.pdf>
15. Arellanez J., Hernández L., Bruno D., Díaz N., Wagner-Echeagaray, Pérez-Isla, Factores Psicosociales Asociados con el Abuso y la Dependencia de Drogas entre Adolescentes: Análisis Bivariados de un Estudio de Casos y Controles. Rev. Salud Mental, 2004; 27 (03). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58232708.pdf>
16. Gutiérrez J, Portillo C. La ansiedad y la depresión como indicadores de problemas de salud mental en los salvadoreños. Universidad Tecnológica de El Salvador. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 16, (2), 2013. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2013/epi132l.pdf>
17. Gómez D, Gutiérrez M, Londoño S. Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. Psychol. av. discip. 2013; 7(1): 45-51. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v7n1/v7n1a05.pdf> DOI: [10.21500/19002386.1193](https://doi.org/10.21500/19002386.1193)
18. United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2019). World Drug Report 2019. United Nations Publication. ISBN: 978-92-1-148314-7. Disponible en: [https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19\\_Booklet\\_1\\_EXECUTIVE\\_SUMMARY.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_1_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf) DOI: [10.18356/a4dd519a-en](https://doi.org/10.18356/a4dd519a-en)
19. Rawan B, Khan MTM, Azeem R, Zareef A, Khan NF. Frequency of depression with psychoactive substance use among medical students. NJMS. 2018; 3(1):3-6. Disponible en: <https://www.nwihs.edu.pk/njms/index.php/njms/article/view/171>



20. Conway KP, Swendsen J, Husky MM, He JP, Merikangas KR. Association of lifetime mental disorders and subsequent alcohol and illicit drug use: results from the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016;55(4):280–288. DOI: [10.1016/j.jaac.2016.01.006](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.006)
21. Thornton LK, Baker AL, Lewin TJ, Kay-Lambkin FJ, Kavanagh D, Richmond R, Kelly B, Johnson MP. Reasons for substance use among people with mental disorders. *Addict Behav*. 2012; 37:427–434. DOI: [10.1016/j.addbeh.2011.11.039](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.11.039)
22. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2013; Vol 29 (1). Disponible en : <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
23. III Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria de Perú. Informe Regional 2016. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC). Comunidad Andina. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2017/Informe\\_Universitarios\\_Peru.pdf](https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2017/Informe_Universitarios_Peru.pdf)
24. Contreras Y, Miranda O, Torres V. Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2020; 49(1):71-85. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v49n1/1561-3046-mil-49-01-e492.pdf>
25. Gonzales Forteza, C. Mariño, M.C. Rojas, E. Mondragón y Medina Mora (2000). Intento de suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. *Rev Mexicana de Psicología*, 15(2),

165- 175. Disponible en : <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-mexicana-de-psicologia>

26. Mitrani M.; Saavedra J.; Vásquez F. Asociación entre las características clínicas y sociodemográficas de la población adulta con abuso o dependencia al alcohol e indicadores suicidas, en tres ciudades de la selva peruana, 2004. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Anales de Salud Mental. 2011; 27(1); 23-32. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/389702/Estudio\\_epidemiol%C3%B3gico\\_de\\_salud\\_en\\_Iquitos\\_200420191016-26158-pegay.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/389702/Estudio_epidemiol%C3%B3gico_de_salud_en_Iquitos_200420191016-26158-pegay.pdf)
27. Durand PAE, Salas DS, Roxana C. Consumo de alcohol como factor asociado a la depresión en estudiantes de medicina humana varones de la Universidad Ricardo Palma del año 2018. Journal of the Faculty of Human Medicine. 2019; 19 (1):86. DOI: [10.25176 / RFMH.v19.n1.1801](https://doi.org/10.25176/RFMH.v19.n1.1801)
28. Duperrouzel J, Hawes SW, Lopez-Quintero C, Pacheco-Colón I, Comer J, Gonzalez R. The association between adolescent cannabis use and anxiety: A parallel process analysis. Addict Behav. 2018; 78:107–113. DOI: [10.1016/j.addbeh.2017.11.005](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.11.005)

## **ANEXOS**

### **Anexo 1: Consentimiento/asentimiento informado**

#### **Consentimiento Informado para participantes adultos de la investigación**

Mediante la presente, se le solicita su autorización para su participación en la investigación “Frecuencia de trastornos de ansiedad y depresión en consumidores de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación de Chiclayo”. Esta Investigación tiene como objetivo(s) principal(es) la Identificación de la presencia de trastornos mentales (ansiedad y depresión), así como también describir su frecuencia e identificar los niveles de gravedad de dichos trastornos en consumidores de sustancias psicoactivas de los centros de rehabilitación de la ciudad de Chiclayo. Los alcances y resultados esperados de esta investigación son evaluar e identificar que tan frecuente es el trastorno de ansiedad o de depresión, así como también el nivel de gravedad de dichos trastornos en consumidores de sustancias psicoactivas, por lo que los beneficios reales o potenciales que usted podrá obtener de su participación en la investigación son informarlo de los daños tan serios que ocasiona el consumo de drogas, así también beneficiarlo con la información acerca de su posible padecimiento de alguno de los trastornos mentales a estudiar y tenga una mejor y pronta recuperación de su adicción.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en unas encuestas y test, que serán realizadas en el centro de rehabilitación que usted reside. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a los test serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas y una vez transcritas se destruirán. Además, la participación en este estudio no implica ningún riesgo de daño físico ni psicológico de quienes participen del estudio. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por: Verona Vallejos Richard Antonio y Suárez Peche Marie Lilibeth. He sido informado (a) de la meta de este estudio y en que consiste mi participación. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando

así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Verona Vallejos Richard Antonio o a Suárez Peche Marie Lilibeth a los correos (richard.12.27@hotmail.com – marielisupe@gmail.com).

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

**Nombre del participante:**

---

---

**Firma del Participante**

----/----/----

**Fecha**

## 1.1. Consentimiento informado para apoderado del menor

### Consentimiento informado de participación en Proyecto de Investigación

**Estimado(a):**

.....

Mediante la presente, se le solicita su autorización para la participación de su hijo/hija/pupilo en estudios enmarcados en la investigación “Frecuencia de trastornos de ansiedad y depresión que presentan los consumidores de sustancias psicoactivas de los centros de rehabilitación de la ciudad de Chiclayo”, conducido por Verona Vallejos Richard Antonio y Suarez Peche Marie Lilibeth alumnos de la facultad de medicina humana de la Universidad de San Martin de Porres.

Dicha Investigación tiene como objetivo(s) principal(es) la Identificación de la presencia de trastornos mentales (ansiedad y depresión), así como también describir su frecuencia e identificar los niveles de gravedad de dichos trastornos en consumidores de sustancias psicoactivas de los centros de rehabilitación de la ciudad de Chiclayo. En función de lo anterior es pertinente la participación de su hijo/hija/pupilo en el estudio, por lo que, mediante la presente, se le solicita su consentimiento informado.

La colaboración de su hijo/hija/pupilo en esta investigación, consistirá en responder unas preguntas lo cual se realizará mediante encuestas y test. Dicha actividad durará aproximadamente 30 minutos y será realizada en el centro de rehabilitación que reside su hijo/hija/pupilo. Los alcances y resultados esperados de esta investigación son evaluar e identificar que tan frecuente es el trastorno de ansiedad o de depresión, así como también el nivel de gravedad de dichos trastornos en consumidores de sustancias psicoactivas, por lo que los beneficios reales o potenciales que su hijo/hija/pupilo podrá obtener de su participación en la investigación son informarlo de los daños tan serios que ocasiona el consumo de drogas, así también beneficiarlo con la información acerca de su posible padecimiento de alguno de los trastornos mentales a estudiar y tenga una mejor y pronta recuperación de su adicción.

Además, la participación en este estudio no implica ningún riesgo de daño físico ni psicológico para su hijo/hija/pupilo, y se tomarán todas las medidas que sean necesarias para garantizar la salud e integridad física y psíquica de quienes participen del estudio. El acto de autorizar la participación de su hijo/hija/pupilo en la investigación es absolutamente libre y voluntario. Todos los datos que se recojan, serán estrictamente anónimos y de carácter privados.

Además, los datos entregados serán absolutamente confidenciales y sólo se usarán para los fines científicos de la investigación.

Si presenta dudas sobre este proyecto o sobre la participación de su hijo/hija/pupilo en él, puede hacer preguntas en cualquier momento de la ejecución del mismo. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto represente perjuicio. Es importante que usted considere que la participación en este estudio es completamente libre y voluntaria, y que existe el derecho a negarse a participar o a suspender y dejar inconclusa la participación cuando así se desee, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Desde ya le agradecemos su aprobación para la participación de su hijo(a).

---

**Suarez Peché Marie**

---

**Verona Vallejos Richard**

Fecha\_\_\_\_\_

Yo\_\_\_\_\_,  
apoderado(a) de\_\_\_\_\_, en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente que mi hijo/hija/pupilo participe en la investigación “Frecuencia de trastornos de ansiedad y depresión que presentan los consumidores de sustancias psicoactivas de los centros de rehabilitación de la ciudad de Chiclayo”, conducida por Verona Vallejos Richard Antonio y Suarez Peche Marie Lilibeth alumnos de la facultad de medicina humana de la Universidad de San Martin de Porres.

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de la participación. Reconozco que la información que se provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado(a) de que se puede hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que es posible el retiro del mismo cuando así se desee, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

De tener preguntas sobre la participación en este estudio, puedo contactar a Verona Vallejos Richard Antonio o a Suárez Peche Marie Lilibeth a los correos ([richard.12.27@hotmail.com](mailto:richard.12.27@hotmail.com) – [marielisupe@gmail.com](mailto:marielisupe@gmail.com)).

Entiendo que una copia de este documento de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Investigadores Responsables del proyecto al correo electrónico o al teléfono anteriormente mencionado.

---

**DNI y firma de  
padre/madre/apoderado**

## 1.2. Asentimiento informado para el menor

### **Frecuencia de trastornos de ansiedad y depresión que presentan los consumidores de sustancias psicoactivas en los centros de rehabilitación de la ciudad de Chiclayo del año 2018**

El objetivo de este estudio es la Identificación de la presencia de trastornos mentales (ansiedad y depresión), así como también describir su frecuencia e identificar los niveles de gravedad de dichos trastornos en consumidores de sustancias psicoactivas.

La presente investigación es conducida por: Verona Vallejos Richard Antonio y Suárez Peche Marie Lilibeth, estudiantes de la Facultad de Medicina Humana, de la Universidad de San Martín de Porres.

Tu participación en el estudio consistiría en responder preguntas en unas encuestas y test (o lo que fuera según el caso), la cual realizaremos en tu centro de rehabilitación que te encuentres. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de tu tiempo.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus apoderados hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Tus respuestas al cuestionario y a los test serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas y una vez transcritas se destruirán.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (o resultados de mediciones), solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una ( ✓ ) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna ( ✓ ), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: \_\_\_\_\_

**Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:**

---

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.



## Anexo 2. Instrumentos para la toma de datos

### Cuestionario de recolección de información

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Centro de Rehabilitación: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino      Edad: \_\_\_\_ años

#### Tipo y cantidad de droga que consumió:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Marihuana     | <input type="checkbox"/> n.º de paquetes / semana           |
| <input type="checkbox"/> Cocaína       | <input type="checkbox"/> Gramos / semana                    |
| <input type="checkbox"/> Heroína       | <input type="checkbox"/> Gramos o mililitros / semana       |
| <input type="checkbox"/> LSD           | <input type="checkbox"/> n.º de parches o tabletas / semana |
| <input type="checkbox"/> Crack         | <input type="checkbox"/> Gramos / semana                    |
| <input type="checkbox"/> Éxtasis       | <input type="checkbox"/> n.º de tabletas / semana           |
| <input type="checkbox"/> Nicotina      | <input type="checkbox"/> n.º cigarrillos /semana            |
| <input type="checkbox"/> Alcohol       | <input type="checkbox"/> botellas de _____/semana           |
| <input type="checkbox"/> Otros : _____ | <input type="checkbox"/> _____/ semana                      |

#### Tiempo que consumió la droga:

Meses: \_\_\_\_\_

Años: \_\_\_\_\_

## Test de Hamilton para depresión

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente. 2. Estas sensaciones las relata oral y espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, comunicadas por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto. 4. Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismos, cree haber decepcionado a la gente 2. Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones 3. Siente que la enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultad para dormir cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado por disminución de la atención, indecisión y vacilación. 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o disminución de la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el habla 2. Evidente retraso en el habla 3. Dificultad para expresarse 4. Incapacidad para expresarse
9. Agitación	0. Ninguna 1. "Juega" con sus dedos

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Juega con sus manos, cabello, etc.</li> <li>3. No puede quedarse quieto ni permanecer sentado</li> <li>4. Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios.</li> </ol>
10. Ansiedad psíquica	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. No hay dificultad</li> <li>1. Tensión subjetiva e irritable</li> <li>2. Preocupación por pequeñas cosas (ansioso – irritable)</li> <li>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla (miedo exagerado)</li> <li>4. Temores expresados sin preguntarle (temor que interfiere las funciones de su vida)</li> </ol>
11. Ansiedad somática Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones</li> <li>• Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias</li> <li>• Respiratorios: Hiperventilación-suspiros</li> <li>• Frecuencia urinaria</li> </ul> Sudoración	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ausente</li> <li>1. Ligera – ocasionalmente</li> <li>2. Moderada – episodios que no interfieren con su vida diaria</li> <li>3. Grave – episodios que interfieren con su vida diaria</li> <li>4. Numerosos, persistentes e Incapacitante</li> </ol>
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ninguno</li> <li>1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen.</li> <li>2. Sensación de pesadez en el abdomen</li> <li>3. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</li> </ol>
13. Síntomas somáticos generales	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ninguno</li> <li>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</li> </ol>
14. Síntomas genitales Síntomas como: ~ Pérdida de la libido ~ Trastornos menstruales	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ausente</li> <li>1. Débil (leve reducción del interés) Grave (pérdida clara del impulso sexual)</li> </ol>
15. Hipocondría	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. No la hay</li> <li>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</li> <li>2. Preocupado por su salud</li> <li>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. Ideas delirantes hipocondríacas</li> </ol>
16. Pérdida de peso	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No hay pérdida de peso / pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</li> <li>1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual / pérdida de peso de más de 500 g en una semana Pérdida de peso definida / Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</li> </ol>
17. Introspección ( <i>Insight</i> ) (conciencia de enfermedad)	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</li> <li>1. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. Niega que esté enfermo</li> </ol>

## Test de Hamilton para Ansiedad

<b>Síntomas de los estados de ansiedad</b>	<b>Ausente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Muy grave/ Incapacitante</b>
<b>1. Estado de ánimo ansioso</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios</b>  Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos</b>  Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.  Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4