

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

DISERTACION PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE PEDIATRA

**RELACIÓN DEL AMBIENTE FAMILIAR, CONSUMO DE SUSTANCIAS,
Y CALIDAD DE VIDA, CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, EN
ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS, QUE ASISTEN A CENTROS DE
ACOGIDA Y ADICCIONES, EN QUITO, COTACACHI, PUSUQUÍ, Y
GUAYAQUIL, PERIODO NOVIEMBRE 2017 A JULIO 2018.**

AUTORAS: DRA. ANA MARIA ESCOBAR PALOMEQUE

DRA. MARIUXI PEÑALOZA BRITO

TUTOR METODOLOGICO: PATRICIO ROMERO, PhD.

DIRECTOR DE TESIS: DR. FREDDY CARRION.

QUITO 2017-2018

INDICE	
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
CAPITULO I.....	10
INTRODUCCIÓN.....	10
JUSTIFICACION.....	12
CAPITULO II.....	14
MARCO TEORICO	14
2.1 Uso de Sustancias	14
2.1.1. Conceptos generales.....	14
2.1.2. Epidemiología	15
2.1.3. Etiología	15
2.1.4. Tipos de Drogas	17
2.1.5. Diagnóstico.....	20
2.1.6. Niveles de Adicción	21
2.1.7. Consecuencia de las adicciones.....	23
2.1.8. Tratamiento	24
2.2 Drogodependencia y Adolescentes	27
2.2.1. Identidad y autoestima del adolescente.....	28
2.2.2. Principales determinantes en el proceso de adicción en adolescentes	29
2.3 Relación del consumo de sustancias en adolescentes con el Ambiente familiar y Calidad de vida.	42
2.3.1. A nivel mundial.....	43
2.3.2. En la región:	44
2.3.3. En el país	45
CAPITULO III	47
METODOLOGÍA.....	47
3.1. Objetivos de la investigación	48
3.1.1. Objetivo general:	48
3.1.2. Objetivos específicos:	48
3.2. Hipótesis	48
3.3 Tipo de estudio.....	48

3.4 Universo de estudio	49
3.5 Criterios de inclusión y exclusión:.....	49
3.5.1 Criterios de inclusión	49
3.5.2 Criterios de exclusión.....	49
3.6 Operacionalización de variables.	50
3.7 Procedimientos de recolección de la Información.	52
3.7.1 Escala de Ansiedad de Hamilton.....	52
3.7.2 Escala de Depresión de Hamilton	53
3.7.3 Test de calidad de vida KIDDO KINDL.....	53
3.7.4 Cuestionario de Evaluación de funcionamiento familiar (EFF).....	54
3.7.5 Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta edición (DSM-5).	55
3.8 Fuente de información	57
3.9 Plan de análisis de datos	57
3.10 Aspectos bioéticos	57
CAPITULO IV	59
ANALISIS DE RESULTADOS.....	59
4.1 Características socio demográficas	59
4.2 Consumo de drogas en los adolescentes.	60
4.3 Resultados de los test practicados en los adolescentes.	62
4.3.1 Test de Ansiedad de Hamilton	62
4.3.2 Test de Depresión de Hamilton.....	62
4.3.3 Test de funcionamiento Familiar.....	63
4.3.4 Test de Calidad de vida.	63
4.3.5 Trastorno por Consumo de sustancia.	64
4.4 Resultados de Análisis bi-variable de Escala de Depresión de Hamilton	65
4.4.1 Análisis de Depresión y datos demográficos.	65
4.4.2 Depresión y uso de sustancias, funcionamiento familiar y calidad de vida.	66
4.5 Resultados de Análisis bi-variable de Escala de Ansiedad de Hamilton.....	68
4.5.1 Análisis de Ansiedad y datos demográficos.	68
4.5.2 Ansiedad y uso de sustancias, funcionamiento familiar y calidad de vida.	69

CAPITULO V	72
DISCUSIÓN.....	72
CAPITULO VI.....	82
CONCLUSIONES.....	82
RECOMENDACIONES	84
BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXOS.....	91

DEDICATORIA

Primeramente, agradezco a mi Señor Soberano Jehová, quien me ha mantenido con salud, y vida durante este tiempo, me ha dado la fuerza para superar los obstáculos que han surgido en el camino, ha cuidado de mi familia mientras yo no podía estar con ellos, a Él le debo todo, siempre teniéndolo en mente, y diciéndome, que todo hay que hacerlo como si entregáramos nuestro trabajo a Dios.

A mis hijos Carlitos David, y Ariana Sofía, quienes son el motor de mi vida, quienes muchas veces entendieron, aunque pequeños, que su madre no podía estar con ellos en muchos momentos, pero sabían que tenían que tener paciencia porque su madre cuidaba de los niños quebrantados de salud. A mis hijos les dedico todo y aun así les debo mucho.

A mi esposo Carlos Alberto, quien me apoyo durante todo este proceso, desde el primer día, quien me levanto el ánimo en cada momento que sentía que las cosas eran difíciles, quien cuida de mis hijos mientras yo trabajaba, tú también eres parte de esta meta cumplida, para ti mi amor.

A mis padres Oscar e Inés, quienes me enseñaron desde muy pequeña a esforzarme por lo que quería conseguir, me enseñaron con su gran ejemplo de disciplina, constancia, y dedicación, gracias padre por apoyarme siempre en lo que quería hacer, y a ti madre, por enseñarme el amor y la paciencia, eres una gran mujer, en todos los aspectos. Para ustedes padres con todo mi corazón.

Ana María

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi padre celestial, Dios, que, a pesar de las malas decisiones tomadas, me ha cobijado siempre con su amor y misericordia, y me permite culminar con esta meta.

A mi familia, por su apoyo completo, desde lo anímico a lo económico, siendo mi sustento y mi motor en todos estos años de estudio.

Y a todos los ángeles que Dios a puesto en mi camino, en forma de amigos, compañeros, docentes, uno de ellos William Palacios, que me apoyo en cada paso de lo construcción de este trabajo de titulación.

Mariuxi Peñaloza

RESUMEN

Las drogas son consideradas como sustancias químicas que, al ingresar al organismo, así sea como uso recreativo, producen una estimulación que da como resultado cambios de comportamiento, alteraciones físicas, sociales, y psicológicas como por ejemplo la ansiedad y depresión. Las personas más vulnerables al consumo de drogas, son los adolescentes debido a que, durante este período de tiempo, su cerebro sufre grandes cambios, buscan actividades de alto placer y evidencian un juicio deficiente. Existen otros factores en los adolescentes que se relacionan con el uso de sustancias, entre estos tenemos el asistir a centros de acogida y adicciones, las relaciones intrafamiliares, y la calidad de vida. **Objetivo:** Identificar como se relacionan el consumo de sustancias, el ambiente familiar, y la calidad de vida en el desarrollo de ansiedad y depresión en el adolescente. **Metodología:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal, cuantitativo. Descriptivo inferencial. Con un total de 85 adolescentes, que asisten a centros de acogida y adicciones en las ciudades de Quito, Guayaquil, Cotacachi, y Pusuquí. **Resultados:** El 72,9% (n=62) de adolescentes de 12 a 17 años presenta trastorno consumo de sustancias. De los cuales de 28,2% (n=24) es leve. La droga que más consumen los adolescentes de 12 a 17 años son la marihuana 96,8% (n=60), la cocaína 62,9% (n=39) y los hongos 22,6% (n=14). En cuanto al ambiente familiar el 82.4% (n=70) disfruta de un ambiente familiar favorecedor. Sin embargo, se encuentran viviendo dentro de familias monoparentales en un 51,8% (n=44). La calidad de vida es adecuada en su mayoría en todos los aspectos que se midieron. El 100% (n=85) de los adolescentes, incluidos en el estudio tuvieron un grado de afectación por cuadro de ansiedad, el 67,1% (n=57) fue ansiedad leve, y de estos, se demostró, relación entre

ansiedad severa y sexo femenino en un 61,5% (n=8). No hubo relación estadísticamente significativa entre ansiedad y consumo de sustancias. De igual manera, dentro del grupo que consumen drogas 81.8% (n=18), padece de depresión, no existe diferencia significativa con relación al sexo. **Conclusiones:** Se encontró relación entre adolescentes de edad intermedia que asisten a centros de acogida y adicciones con el uso de sustancias, sobre todo la marihuana. No se encontró relación con el ambiente familiar, y la calidad de vida con el consumo de sustancias. La ansiedad se presenta en todos los casos, sobre todo en las mujeres. La depresión se presenta en la mayoría de los adolescentes que consumen drogas, sin relación con el género.

Palabras claves: Drogas, familia, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

Drugs are chemical substances that produce a stimulation that results in behavior, physical, social, and psychological changes such as anxiety and depression. Most vulnerable people to drug abuse are adolescents, because during this period of time, their brain suffer great changes, seek activities of high pleasure, and evidence poor judgment. There are other factors in adolescents that are related to the use of substances, among these we have the attending to shelter and addictions centers, intrafamilial relationships, and quality of life. **Objective:** The objective is to identify how, substance consumption, family environment, and quality of life, are related to the development of anxiety, and depression in adolescents. **Methodology:** Observational, retrospective, cross-sectional, quantitative study. Inferential descriptive. The thesis is based in a total of 85 cases of study taken from three different cities. **Results:** Most of the cases aged from 12 to 17 years old, have a substance use disorder 72,9% (n=62). Some of them have a light disorder 28,2% (n=24). The most consumed drugs by adolescents are, marihuana 96.8% (n=60), cocaine 62.9% (n=39) and mushrooms 22.6% (n=14). The majority of the cases enjoy a favorable family environment 82,4% (n=70). However, 51.8% (n=44) of these adolescents are living within single-parent families. The quality of life is adequate, mostly in all aspects that were measured. All of the adolescents included in the study had anxiety disorder, 67.1% (n=57) showed a light anxiety disorder. There is also a clear relationship between severe anxiety disorder, and female gender 61.5% (n=8). There was no statistically significant relationship between anxiety and substance use. Similarly, within the group that consumes drugs, 81.8% (n=18)

suffers from depression. There is no significant difference in relation to gender.

Conclusions: There is a relationship between middle-aged adolescents who attend to shelters and addiction centers with the use of substances, especially marihuana. There is no relationship with the family environment, and the quality of life with the use of substances. Anxiety occurs in all cases, especially in women. Depression occurs in the majority of adolescents who use drugs, without relation to gender.

Keywords: Drugs, family, anxiety, depression.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El uso de drogas, se ha presentado desde hace tiempo atrás, pero en estos últimos años, se ha evidenciado como afecta a nuestras sociedades, sobre todo a los adolescentes, transformándose en un problema social, y de salud pública, y Ecuador no es la excepción. Los adolescentes son blanco fácil para incurrir en el uso de drogas legales, ilegales, o drogas médicas, esto se debe a que su personalidad, identidad y criterios, están en etapas de formación, por lo que presentan variación de estados de ánimo, y esto sensibiliza al uso experimental y recreativo. (Rojas, 2013) Takanishi y Jessor (1993), refieren que los jóvenes, pueden presentar otros factores que los convierten aún más en un grupo de riesgo. Algunos de estos factores pueden ser desde predisposición genética, bajo rendimiento escolar, situación de pobreza, problemas intrafamiliares, o problemas de salud física, o mental, los que pueden actuar como potenciadores o inhibidores del consumo de drogas.(Sánchez-Sosa, Villarreal-Gonzalez, Ávila, Vera, & Musitu, 2014). Los jóvenes cada vez están consumiendo drogas a edades más tempranas, y esto afecta a sus familias y por consecuencia a la sociedad. Xavier Pasquel, Director Nacional del Observatorio de Drogas del Consejo de Sustancias Estupefacientes (CONSEP), en el año 2015, informó una encuesta realizada a jóvenes de 12 a 17 años, en el Ecuador, e indicó que en el año 2005, 2008, y 2012, había disminuido el consumo de alcohol y cigarrillo, sin embargo la edad de consumo de drogas ilícitas, como por ejemplo la cocaína, en el año 2012 fue 14.3 años, es decir, que los chicos cada vez consumen estas sustancias a edades más tempranas. **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**

Por lo tanto, este problema con nuestros jóvenes, está en aumento, y luego de haber revisado que son muy pocos los estudios, en los que se analiza el consumo de drogas ilegales, junto con otras características personales, como la calidad de vida, de los adolescentes, el ambiente o relación familiar, además de trastornos de conducta, como la ansiedad o depresión, consideramos importante analizar dicha relación, en los adolescentes de los centros de acogida y adicciones de nuestro país que están incluidos en nuestro estudio.

JUSTIFICACIÓN

Los jóvenes constituyen una población altamente susceptible para el consumo de drogas, debido a que durante esta etapa de la vida, experimentan varios cambios en la fisiología, en las relaciones intrafamiliares, en las relaciones con compañeros del mismo sexo y del sexo opuesto, en su desarrollo cognitivo, en la formación de su propia identidad, y en el hecho de encajar con los estándares que la sociedad y la familia impone. Por lo que este periodo es crítico para el inicio y experimentación en el consumo de drogas. **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..**

La socialización está en la base, muy frecuentemente, del posterior consumo de drogas. Sobre todo, la relación familiar es muy importante. (Hops, Duncan, Duncan y Stoolmiller, 1996). Según Espada, Méndez, Griffin y Botvin (2003), la sociedad, influye sobre todo en adolescentes psicológicamente más vulnerables, como aquellos que presentan problemas para relacionarse con otros, o con su propia familia, aquellos con falta de habilidades académicas, o, con problemas de baja autoestima, ansiedad, depresión y estrés. **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..**

Los adolescentes que consumen drogas tienen tentativas de suicidio que oscilan entre 25% y 50%, en especial el uso de drogas intravenosas, predice el intento de suicidio en adolescentes con síntomas de depresión. Lo que nos ayuda a afirmar que el aumento en el consumo de drogas en adolescentes, está en relación con el aumento de intentos de suicidio en los jóvenes. **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..** El abuso de drogas afecta tanto al que consume, como a la familia que lo rodea, por lo que esto podría desencadenar problemas intrafamiliares, y esto a su vez,

constituir en un factor ansioso depresivo para el adolescente. **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**

Hoy en día se considera a la familia como una gran influencia en la adolescencia, por lo que un ambiente familiar adecuado, con una adecuada calidad de vida, es muy importante. La familia de hoy en día, cada vez tiene menos tiempo disponible para sus hijos, las largas horas de trabajo de los padres, hacen que estos no se relacionen con ellos, de igual manera las separaciones o divorcios, la migración, los problemas económicos, generan un ambiente familiar perturbador. Sin embargo, a menudo, se evidencia que tener un ambiente familiar óptimo, no impide que algunos jóvenes recurran al abuso de sustancias, debido a la vulnerabilidad que este período de vida presenta. Es importante por tal razón, programas preventivos para todos los adolescentes, sobre todo los jóvenes con problemas en la esfera familiar; esto mejorará su salud mental, y por ende el riesgo de caer en el consumo de drogas.

El estado debe realizar e implementar para nuestros jóvenes, comunidades terapéuticas, centros de adicciones y acogida, que impliquen un apoyo para esta parte de nuestra sociedad que se encuentra afectada por problemas de adicción.

Por todo lo antes expuesto, nuestro estudio evidencia como las familias desestructuradas se relacionan con adolescentes consumidores, y como los problemas de adicción o familiares están relacionados a su vez con trastornos de ansiedad y depresión.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Uso de Sustancias

2.1.1. Conceptos generales

2.1.1.1. Droga

Sustancia farmacológica, que actúa sobre el sistema nervioso, modificando la conducta de quien la consume. Causan alteración en el sistema de neurotransmisión dopaminérgico mesocortico límbico. En este sentido, se entiende las denominadas drogas legales, drogas ilegales, las sustancias de uso doméstico y los medicamentos. (Palomo & Jiménez, 2009)

2.1.1.2. Adicción

Consiste en una patología crónica y reiterativa del sistema nervioso central, determinada por la búsqueda y la utilización compulsiva de una droga, sin importar los resultados nocivos para el cuerpo. Debido a que las sustancias consumidas cambian el funcionamiento y estructura del cerebro, se define a la adicción como una enfermedad del cerebro. (NHI, 2014)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), conceptualiza a la adicción como el empleo repetido de una droga, hasta que el adicto, o consumidor, llega a intoxicarse de forma reiterativa, mostrando un deseo imperativo para adquirir y consumir la sustancia psicoactiva, empleando cualquier medio, sumado al gran impedimento que padecen para voluntariamente parar el consumo; también la define como una patología psicoemocional y física, que engloba determinantes biológicos, genéticos, psicológicos y sociales, que llevan a una dependencia hacia cualquier sustancia, actividad o persona. **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**

2.1.1.3. Dependencia

Se define como la necesidad del consumo de una sustancia, llegando a convertirse en la prioridad para la persona, presenta manifestaciones a nivel del comportamiento, procesamiento mental y fisiológico. Clásicamente se requería para su diagnóstico, la presencia de un síndrome de tolerancia y abstinencia, sin embargo, su falta no excluye un cuadro de dependencia. (Palomo & Jiménez, 2009)

2.1.2. Epidemiología

De acuerdo a la Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el delito, en el Informe Mundial sobre Drogas 2016, puede existir una asociación en el consumo de drogas, por ejemplo indica que el consumo de marihuana está asociado a las cocaína, en un 22.1%, mientras que 67%, informa que únicamente consume marihuana como droga problema. (UNODC, 2016).

2.1.3. Etiología

Según la UNODC el modelo etiológico del abuso de sustancias se da debido al entorno del individuo ya sea físico, social o económico, sumado a sus características individuales. (UNODC, 2016):

2.1.3.1. Influencias a nivel macrosocial:

A este nivel tenemos los grandes problemas sociales como la pobreza, servicios de salud deficientes, trabajo en menores, la discriminación, falta de equidad entre los grupos sociales, situación de refugiado y guerras, sumado a la facilidad de acceso a

drogas y armas de fuego por la falta de control gubernamental y la difusión por los medios informativos.

2.1.3.2. Influencias a nivel microsocial:

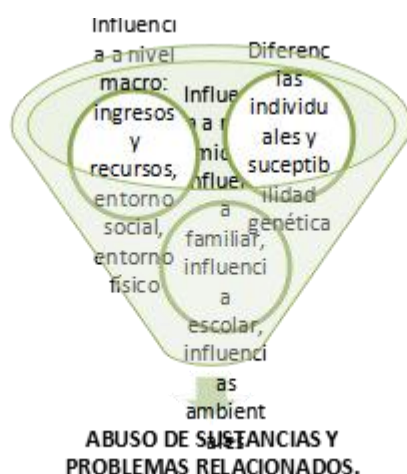
Aquí se destaca la influencia familiar, siendo factores de riesgo una educación rígida, autoritaria o deficiente, poco control de los padres, uso de la fuerza para corregir, conducta antisocial y consumo de drogas en ellos.

A nivel escolar, la falta de una educación primaria óptima, ambiente escolar conflictivo, ausentismo a clases, falta de ocupaciones al salir de la escuela, junto a las amistades peligrosas y exposición a drogas legales crean un clima negativo para el adolescente.

2.1.3.3. Diferencias individuales y susceptibilidad genética

Problemas en el neurodesarrollo, sobre todo en la esfera del lenguaje y alteraciones cognitivas, los rasgos de personalidad agresiva e impulsiva, poco control ante las emociones, falta de toma de decisiones, limitada capacidad para la resolución de conflictos y sufrir enfermedades de salud mental pueden ser la antesala de las adicciones.

Figura 1. Modelo Etiológico de Abuso de Sustancias



Fuente: (UNODC, 2013)

Elaborado por: Dra. Ana María Escobar y Dra. Mariuxi Peñaloza

2.1.4. Tipos de Drogas

Las Drogas se puede clasificar según su origen, estructura química, su acción farmacológica, entre otras, siendo la más utilizada y de más fácil comprensión, según sus efectos sobre el sistema nervioso central, así lo clasifican en tres grandes tipos de drogas: las estimulantes, las depresoras y las alucinógenas . (Caudevilla, 2017)

2.1.4.1. Sustancias estimulantes

- **Las xantinas.** Son estimulantes que provienen de vegetales. Estas sustancias no tienen efecto euforizante. Las más usadas son la cafeína, y teína que provienen del café, la mateína de la yerba mate, la guaranina de la guaraná. (P. Loor & Tigua, 2015).
- **El tabaco.** El tabaco contiene más de 4000 componentes tóxicos distintos, entre esto se encuentra la nicotina, con fuerte dependencia física, y con efecto psicoactivo escaso. (Lizasoain, Moro, & Lorenz, 2002), además contiene alquitranes, irritantes, y monóxido de carbono que afectan al que consume,

produciendo problemas respiratorios crónicos. (Lisdahl, Gilbert, Wright, & Shollenbarger, 2013).

- **La cocaína.** Derivado de la planta de coca, su absorción depende del tipo de cultivo de la misma, su tratamiento y de la presencia de sustancias alcalinas en la boca del consumidor. (Lizasoain et al., 2002).
- Derivados de la cocaína tenemos: 1) la Pasta de coca, llamada también sulfato de cocaína, pasta base o pasta; es el primer producto no refinado que se extrae de las hojas de coca, 2) El clorhidrato de cocaína, formada con ácido clorhídrico, 3) La Cocaína base que resulta de añadir al clorhidrato de cocaína una solución básica (amoníaco, hidróxido de sodio o bicarbonato sódico), 4) El “Crack” o “rock” se elabora mezclando amoníaco a una solución de cocaína en presencia de bicarbonato sódico. Sus efectos son disforia, irritabilidad sumada a alteraciones gastrointestinales. (Lizasoain et al., 2002)
- **Anfetaminas.** Son fármacos y drogas. Actúa sobre varias áreas del cerebro, produciendo efectos teratógenos y tóxicos (Damez-Werno et al., 2016)
- **El éxtasis.** Drogas de diseño o sintéticas, se trata de feniletilaminas con un efecto psicoestimulante y leves efectos alucinógenos. (Miñarro, Aguilar, & Rodríguez, 2014)

2.1.4.2. Sustancias depresoras

- **Alcohol.** El alcohol se absorbe fácilmente en el cuerpo y llega a todos órganos alterando su metabolismo, a nivel cerebral, interfiere en la neurotransmisión, así como la producción de neurotransmisores. (F. Rodríguez, Sanchiz, & Bisquerra, 2014)

- **Opioides.** Los opioides son sustancias psicoactivas que pueden ser de origen natural o sintéticas, actúan en los tres principales sistemas receptores opioides mu, kappa, delta, provocando un descenso en la liberación de neurotransmisores. La transducción, transmisión y percepción del estímulo doloroso, se reducen cuando se activan los receptores opioides. Los opioides se extraen de la planta adormidera (*Papaver somniferum*) y han sido utilizados por milenios para uso medicinal y recreativo. (Brenes & Esquivel, 2016)
- **Barbitúricos.** Los barbitúricos se usan como hipnóticos, sedantes, antiepilépticos y con efectos anestésicos. Poseen acción especial sobre las neuronas. (González-Brambila, Angel-Ayala, & Guzmán-Alvarado, 2016).
- **Benzodiacepinas.** Las benzodiacepinas, son psicofármacos sintéticos ansiolíticos, sedantes, hipnóticos, miorelajantes, anticonvulsivantes, útiles en la medicación preanestésica y con dosis mayores como inductores de la anestesia general, a largo plazo hay riesgo de desarrollar tolerancia, dependencia o adicción. Los benzodiacepínicos, tienen una estructura química diferente pero actúan sobre algunos de los mismos receptores del cerebro y tienen menos efectos secundarios y menos riesgo de dependencia que las benzodiacepinas. (González-Brambila et al., 2016)
- **Inhalantes.** Son productos volátiles que originan vapores químicos que se inhalan causando efectos psicoactivos con diversa respuesta farmacológica. Su exposición continua causa daño extenso y prolongado en el sistema nervioso, además de alteraciones en el ritmo cardiaco. (Volkow, Wang, Fowler, Tomasi, & Telang, 2011)

2.1.4.3. Drogas alucinógenas

Este tipo de droga produce un estado de conciencia alterado, debido a que deforma la percepción y ocasiona percepción de imágenes sensoriales sin ninguna entrada sensorial.

- **Cannabis (marihuana).** Las plantas Cannabis Sativa son drogas que contiene más de 400 compuestos químicos diferentes. El canabinoide delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) es el más abundante y con más fuerte efecto psicoactivo (Rodríguez, 2012)
- **LSD.** Hofmann, un investigador de los laboratorios Sandoz, la sintetizó en (Lysergsäure Diethylamid). Posee efectos sobre el comportamiento que se traducen en disminución de la agresividad. Ocasiona reducción del juicio crítico de sus propios actos.

2.1.5. Diagnóstico

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DSM-5), realiza el diagnóstico de trastorno de consumo de sustancias por la presencia de 2 o más criterios de 11, en un período de 12 meses, los mismos que son de acuerdo a (American Psychiatric Association, 2017), las siguientes:

Control deficitario

- Consumo en exceso de la sustancia o alargamiento de su uso más del tiempo programado.
- Deseos reiterativos de dejar o disminuir su consumo, con intentos fallidos del mismo.

- Pérdida de mucho tiempo en búsqueda de la sustancia, en administrarse y/o en recuperarse de sus efectos.
- Deseo impetuoso de consumir la droga.

Deterioro social

- El repetido consumo puede ocasionar el incumplimiento de las actividades laborales, escolares o familiares.
- Continúa consumiendo no obstante a los conflictos repetidos en el ámbito social o interpersonal provocado o agravado por el consumo.
- Se disminuye o renuncian a importantes deberes sociales, laborales o de esparcimiento a causa del consumo de la droga.

Consumo de riesgo

- Consumo repetitivo de la droga a pesar de la amenaza física que conlleva.
- Continúa consumiendo la droga pese a tener una enfermedad física o psíquica que puede estar causada o agravada por el consumo.

Criterio farmacológico:

- Tolerancia.
Abstinencia.

2.1.6. Niveles de Adicción

Los niveles de adicción según (Velásquez & Ortiz, 2014), son:

2.1.6.1. Nivel 1: Experimentación

El individuo por curiosidad consume una droga, posterior a experimentar su efecto, puede repetir o dejar de consumirla.

2.1.6.2. Nivel 2: Uso

No hay dependencia en el consumo de la droga, su uso es casual, sin repercutir en sus obligaciones cotidianas, ni existencia de intoxicación. La persona la consume solo para experimentar nuevas sensaciones.

2.1.6.3. Nivel 3: Abuso

Se incrementa el consumo, volviéndose regular con eventos de intoxicación ocasionando problemas en su entorno. Hay afectación del estado de ánimo.

2.1.6.4. Nivel 4: Adicción

La obtención de la droga se vuelve prioridad, ocasionando conductas peligrosas para conseguirla como promiscuidad, comportamiento antisocial. Existe ruptura familiar y con amigos, así como abandono de obligaciones laborales o escolares. Se produce dependencia física y psíquica y el estado de ánimo depende del consumo de la droga.

2.1.7. Consecuencia de las adicciones.

El consumo prolongado de drogas produce cambios en la estructura cerebral, afectando la corteza prefrontal que interviene en la capacidad de tomar decisiones, y controlar las emociones, por lo que se pierde la facultad de bloquear las respuestas de recompensa tras el uso de una droga. Varios son las consecuencias neuropsicológicas de la exposición a sustancias psicoactivas como deterioro de la memoria y pensamiento abstracto con el alcohol, alteraciones cognitivas con la marihuana, deterioro en la capacidad de atención y memoria verbal con la cocaína y falta de integración viso espacial con las anfetaminas. El desarrollo cerebral sufre cambios hasta los 25 años, por lo que el consumo de drogas a edades tempranas en un sistema nervioso central con gran plasticidad puede dar cambios más tempranos y profundos. (Aguilar, Mendoza, Valdez, López, & Camacho, 2012)

Se realizó durante 10 años, un estudio longitudinal en 213 jóvenes, que recibieron tratamiento por abuso de drogas, que examinaba los patrones de funcionamiento neuropsicológico de los participantes, en estos se encontró la presencia de una asociación entre déficit en aprendizaje y memoria verbal, memoria viso espacial, atención verbal y memoria de trabajo. Además, se encontró que el uso abusivo de alcohol estuvo asociado con déficit en la memoria de corto plazo. Posteriormente se evidencio que des este grupo, las personas que detuvieron su consumo, y recibieron tratamiento durante el tiempo que duró el estudio, lograron recuperar sus funciones cognitivas afectadas. (Hanson, Cummins, Tapert, & Brown, 2011)

Lisdahl y colaboradores (2013), revisó los estudios sobre el impacto del uso de alcohol y marihuana en adolescentes, confirmando que su consumo, afecta las funciones cognitivas, la estructura y funcionamiento del cerebro. Y que su uso a

temprana edad produce mayor alteración neuro cognitiva. Lo que nos sugiere a enfatizar la intervención en los adolescentes, para evitar el uso de drogas, y prevenir la aparición de daño neurológico a largo plazo. (Volkow et al., 2011)

Un meta análisis en más de 100 investigaciones que utilizaron imágenes cerebrales para explorar los efectos del uso de la marihuana en la estructura y funcionamiento del cerebro, identificó que el uso de marihuana estuvo relacionado con la alteración de capacidades cognitivas, estas alteraciones podrían aparecer poco después de iniciar el uso de marihuana. (Batalla et al., 2013). La revisión sugiere que el uso crónico de marihuana alteraría el funcionamiento y la estructura del cerebro. (Volkow et al., 2011)

Un estudio longitudinal, realizado en 1037 individuos, seguidos desde su nacimiento y evaluados en distintos momentos de sus vidas hasta los 38 años, demostró que el consumo recurrente de marihuana, se asocia a déficits neuropsicológicos generalizados en diversos ámbitos del funcionamiento cerebral. (Meier et al., 2012). Además, se evidencia que estas alteraciones neuropsicológicas observadas en los usuarios de cannabis, no se revirtieron después de discontinuar su uso durante un año. (Volkow et al., 2011)

2.1.8. Tratamiento

2.1.8.1. Motivación para el cambio

Es un proceso extraordinariamente importante durante el tratamiento. La ausencia de motivación para cambiar no debe entenderse como resultado de algún rasgo de personalidad inherente a la persona drogodependiente, sino como una característica propia de cualquier persona que se plantea hacer un cambio importante en su vida. No

obstante, cuando se quiere conocer el estadio de cambio en que se encuentran los pacientes, y por tanto identificar de ese modo el nivel de motivación de cambio, deben distinguirse los síntomas propios de la psicopatología concomitante, si es el caso, de las características cognitivo-conductuales propias de la fase. Debe hacerse esta distinción porque en ocasiones pueden confundirse los síntomas derivados de la psicopatología con la falta de motivación para abandonar el consumo de drogas, confusión que suele darse con cierta frecuencia cuando se tratan pacientes con trastorno de la personalidad.(Martínez-González, Vilar- López, Becoña- Iglesias, & Verdejo-García, 2016)

Además, todo parece indicar que los procesos motivacionales para el cambio a lo largo de estadios con pacientes que presentan patología dual deberían tener en cuenta que probablemente estos pacientes no cuenten con las mismas capacidades que el resto para gestionar las tareas destinadas a incentivar los procesos de cambio. (DiClemente, Nidecker, & Bellack, 2008)

2.1.8.2. Expectativas de autoeficacia

La autoeficacia podría entenderse como un mediador entre el conocimiento y la acción. Las expectativas de autoeficacia y de resultados (Abaitua & Ruiz, 1990), es de gran impacto en el desarrollo y fundamentalmente como precipitante de conductas motivadas para la superación del problema. Tal es así que la magnitud de la tentación para consumir drogas es inversamente proporcional a la autoevaluación de eficacia.

2.1.8.3. Toma de decisiones

La toma de decisiones se relaciona con el proceso de cambio de la conducta adictiva. Prochaska, Norcross, & Diclemente (2013) mencionan ocho categorías vinculadas a esta transformación para comprender cómo evolucionan los individuos:

- 1) beneficios instrumentales para uno mismo
- 2) beneficios instrumentales para los demás
- 3) aprobación de uno mismo
- 4) aprobación de los demás
- 5) costes instrumentales para uno mismo
- 6) costes para los demás
- 7) desaprobación de uno mismo; y,
- 8) desaprobación de los demás.

2.1.8.4. Tratamiento y recuperación

Un pilar en el tratamiento son los centros de rehabilitación, que buscan no solo restituir las capacidades y habilidades perdidas a causa de la adicción, sino también ofrecer las herramientas de apoyo para que la persona no vuelva a consumir drogas. En el país existen 15 centros públicos y 300 privados, de los cuales 178 son no autorizados y 122 autorizados. (Alcívar, Calderón, & Jácome, 2015)

2.2 Drogodependencia y Adolescentes

La adolescencia es la etapa en que suceden muchos cambios que afectan todos los elementos que complementan a una persona, donde en esta etapa se modifica psicológicamente y socialmente nuestros pensamientos, nuestra identidad y las distintas relaciones que tenemos con nuestra familia o con la sociedad, estos cambios no son solamente de éstas sino también lo múltiples cambios físicos que el cuerpo evidencia para llegar a la madurez biológica que influyen mucho con el comportamiento de un adolescente. Por esto las edades que comprenden esa transición de niñez a adulto están comprendidas entre los 11-14 años de edad que es la adolescencia temprana; de 15-18 años es adolescencia media y por último de 18-20 años es adolescencia tardía o juventud. (Moreno, 2015)

La adicción al alcohol y otras sustancias entre los jóvenes constituye uno de los principales problemas socio sanitario en el mundo.

En los países desarrollados, el uso de estas sustancias se asocia frecuentemente con una fase de experimentación que se da en la adolescencia (Degenhardt et al., 2008), sin embargo, debido a su carácter legal y bajo costo, su consumo en países en desarrollo se reporta entre poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, sobre todo en niños, adolescentes, trabajadoras sexuales e indigentes, entre otros. (Medina-Mora et al., 2015)

La adolescencia es una etapa clave en el desarrollo cerebral, debido a que aún se están fortaleciendo y generando conexiones sinápticas en el área pre frontal y hay un incremento en la materia blanca. La adolescencia es también un periodo de búsqueda de sensaciones y experimentación con sustancias, incluidos los inhalables. En estudios longitudinales y transversales se ha encontrado que el consumo de estas drogas en

edades tempranas predice el uso simultáneo de opiáceos, así como el desarrollo de trastorno por uso de opiáceos en la adultez. (Alcívar et al., 2015)

Los cambios neuropsicológicos relacionados con el uso de inhalables son mediados por las características del contexto psicosocial, como la historia de consumo de drogas en la familia, un nivel socioeconómico bajo y la comorbilidad con trastornos mentales. (Nonnemaker, Crankshaw, Shive, Hussin, & Farrelly, 2011) .

2.2.1. Identidad y autoestima del adolescente

Para Oliva & Villa (2014) en su estudio titulado *Hacia un concepto interdisciplinario de la familia* indica que existen factores relevantes para la formación de la identidad de un adolescente y esas son la exploración y el compromiso como procesos psicosociales involucrados en el desarrollo o formación de ésta identidad. La exploración por consiguiente sucede cuando un individuo busca solucionar problemas por medio de información referente a él mismo o a su propio contexto donde se desenvuelve con el propósito principal de tener la intención de tomar decisiones acerca de alguna elección o compromiso de importancia vital. La construcción de los compromisos también se entiende como “cristalizaciones” temporalmente a la adaptación del individuo y el entorno mismo, donde los compromisos tienen generalmente la función de que el adolescente pueda conocerse mejor y ayuda a que los individuos con los que socializa lo entiendan y conozcan mejor. Otros factores significativos que se relacionan con la formación de una identidad son en la parte individual: la autoestima, su orientación al futuro, su manera de procesar la información y el sexo; en la parte contextual: en la familia, en las relaciones con otros adolescentes, la vida escolar y su entorno sociocultural. (Oliva & Villa, 2014)

2.2.2. Principales determinantes en el proceso de adicción en adolescentes

2.2.2.1. Calidad de Vida

El autor Paullier (2012) expone que la vida de calidad es “un concepto multidimensional e incluye aspectos del bienestar (well being) y de las políticas sociales: materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos.” **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, los factores materiales hace referencia a los recursos que tiene la persona el ingreso disponible, la salud, el nivel educación, entre otros; los agentes ambientales se caracterizan por el contexto donde vive el individuo que podrían intervenir en la vida de calidad como por ejemplo el acceso de servicios, el nivel de infalibilidad y delincuencia, como es la accesibilidad a las novedades tecnológicas que produce que sea más simple la vida en las actividades diarias, entre otros; los factores de relacionamiento que se refiere a las relaciones sociales en general tanto con la familia, amigos y en la actualidad el desenvolvimiento dentro de organizaciones sociales o religiosas.

Cuidar del bienestar físico y psíquico de los adolescentes se relaciona con el progreso de una sociedad. Sin embargo las políticas gubernamentales locales e internacionales a favor de los derechos de los adolescentes no han logrado integrar programas preventivos integrales del sector salud, y se han enfocado en sanciones ante una conducta antisocial. (Tuesca-Molina, Rafael Centeno, Ossa, García, & Lobo, 2012)

2.2.2.2. Relaciones familiares

La influencia familiar, en la relación y evolución de jóvenes con adicción, ha sido muy estudiada, ya que la familia puede ejercer influencias positivas o negativas, a

lo largo de todo el proceso de la drogodependencia, debido a que sus consecuencias superan al propio individuo, y afectan a la familia con la que conviven; de igual forma, la familia puede afectar al problema adictivo. La familia juega un serio papel en la toma de decisión para iniciar un tratamiento, para la desintoxicación del adolescente, en la deshabitación y mantenimiento de la abstinencia, o recaída, así como en la reinserción a la sociedad por parte del adicto. (López, León, Godo, Muela, & Araque, 2003)

2.2.2.3. La Familia

Familia significa una unidad compuesta de dos o más elementos del grupo humano, que los constituyen los padres e hijos, los que forman como pareja una comunidad, son uno de los grupos sociales que necesita prioridad de atención especial. (Gómez & Hernández, 2015)

- ***Concepto Biológico***

Según Gómez & Hernández (2015) la familia, desde la concepción es un hecho biológico, inicialmente de dos individuos, que a través de la reproducción conservan la especie a través del tiempo. Es una agrupación humana con fines principalmente biológicos, que involucran a todos aquellos que son descendencia de un progenitor común genético. Entre las características más importantes de este concepto tenemos la función de multiplicación, proporcionar a los hijos un concepto del modelo sexual que les permita identificarse en sus roles sexuales, y perpetuar la especie humana.

- ***Concepto Psicológico***

La familia es la unión de individuos, con un proyecto vital de existencia, que se cree será duradero, se generan fuertes sentimientos de inclusión a dicho grupo, con responsabilidades de cada integrante y con intensas relaciones de intimidad,

reciprocidad y dependencia (Modino, 2012). Bajo este aspecto según Gómez & Hernández (2015) este tipo de concepto se caracteriza por dar seguridad en el campo afectivo a sus miembros, preparar a sus integrantes para el desarrollo de procesos adaptativos, crear autocontrol para manejar entre sus miembros estados como angustia, crisis, frustraciones y emociones en general, dirigir el desarrollo de la persona hacia la independencia con educación y respeto.

- ***Concepto Sociológico***

En el campo sociológico, la familia está constituida por una comunidad interhumana, de al menos tres miembros, unidos por lazos parentales, estos lazos pueden ser por afinidad, matrimonio, o de consanguinidad. Se caracteriza por mantener la identidad social, el sentido de autoridad, resolver los conflictos por medio de la comunicación oral o escrita, cumplir las normas dentro de la sociedad y la familia misma, establece los roles y modelos de conducta social. (Gómez & Hernández, 2015)

- ***Concepto Económico***

El concepto económico de la familia explica que esta constituye una institución basada en la existencia en la previsión de costos, gastos, e ingresos, que hace que sus miembros, a considerar a sus hijos como bienes de consumos, o generadores de gastos de inversión, con proyectos a futuro, y a su vez considerado los ingresos de la familia para asistencia a la enfermedad y vejez, por estas razones en los países desarrollados existe una bajo índice de natalidad. Los fines económicos son dar seguridad económica a sus miembros, proveer a sus integrantes de todas las necesidades, incentivar el ahorro, el adecuado manejo del dinero, y preparar a cada individuo para su independencia económica. (Gómez & Hernández, 2015)

- *Concepto Legal*

Este concepto es dinámico, se encuentra supeditado a las leyes y normativas del momento histórico que se revise, este concepto es dinámico, y está en constante evolución. El rol y objetivos familiar desde el aspecto fundamentalmente legal, es crear reconocimiento de roles, aceptar normas y autoridades, respetar reglas y normas sociales, reconocer los acuerdos entre miembros de la familia, respetar y diferenciar a los miembros de la sociedad familiar, la familia tiene que comunicarse ampliamente y esta ser la principal herramienta de prevención y manejo para solucionar conflictos. (Gómez & Hernández, 2015)

La palabra familia comprende un conjunto de personas con vínculos sanguíneos, civiles, matrimoniales y de adopción, es decir, que confieren de algún modo una condición de parentesco, existiendo además otros conceptos más profundos. Se puede observar desde el eje vertical se consideran las demás generaciones de padres e hijos y de manera horizontal se pueden tener los familiares formadas colateralmente.

Losada, Marmo, Violante, Potes, & Bello (2017) indica que existe una estructura familiar que se basa y forma bajo las relaciones familiares funcionales donde se organizan y determinan las modalidades de interacción entre los diferentes miembros que conforman un núcleo familiar, donde existen normativas o pautas que generalmente cada individuo debe cumplir y regulan su comportamiento o conducta de acuerdo a ello. En esta estructura se observan subsistemas generales establecidos que poseen funciones específicas como por ejemplo el subsistema conyugal que trata sobre los roles y funciones a cumplir en pares, donde debe existir cuidados y asistencia entre ambos; el subsistema parental, es decir, las funciones entre los padres e hijos que se basa en una relación asimétrica con características de protección y cuidados; y por último el subsistema fraterno que es el conformados por los hermanos al igual que la conyugal

tiende a una modalidad con expectativas a contribuir entre ambos y que puede ir modificándose dependiendo de la edad cronológica de los hermanos donde uno pudiera tomar funciones correspondidas a los padres.

La familia es un sistema que debe funcionar adecuadamente y estar organizado para el beneficio de todos sus integrantes impartiendo una formación cultural y de valores para poder desenvolverse socialmente. (Estrada, 2015)

Cuando se habla de funcionamiento familiar nos referimos específicamente a un conjunto de elementos que caracterizan a cada familia y que explican las regularidades que se observan en la forma en que cada sistema familiar se comporta. (Estévez, Jiménez, & Musitu, 2011)

Los autores Estévez, Jiménez, & Musitu (2011) hacen referencia del Modelo Circumplejo de Funcionamiento Familiar propuesto hace años por Olson y otros donde se expone que existen tres factores de evaluación del comportamiento de las familias que son la cohesión, la adaptación y la comunicación.

2.2.2.4. Conceptos y modelos de familia

En las dos últimas décadas se vienen registrando en la sociedad cambios de carácter demográfico y sociológico. Estos cambios en la sociedad actual configuran nuevas formas de vida y de relación, que afectan tanto a los individuos como a los hogares para la convivencia. Junto al papel hegemónico de la familia nuclear, se aprecia también una creciente diversificación de las fórmulas alternativas de convivencia.

El núcleo familiar, es el componente natural y primordial de una sociedad y posee derecho a la conservación de la nación, y del Estado (Oliva & Villa, 2014). En

varias naciones occidentales, la opinión de la familia y su integración se ha modificado en los últimos años. (Enciclopedia Británica, 2009)

Figura 2. *Diferentes estructuras y tipologías de la familia*

DESARROLLO	DEMOGRÁFICA	INTEGRACIÓN	OCUPACIÓN	COMPOSICIÓN	FUNCIONALIDAD
Moderna	Urbana	Integrada	Campechina	Nuclear	Funcional
Tradicional	Rural	Semi-Integrada	Obrera	Extensa	Disfuncional
		Desintegrada	Técnica	Extensa Com	
			Profesional		

TIPOLOGIA FAMILIAR	OPS	RELACIÓN Y COMUNICACIÓN	CICLO DE VIDA FAMILIAR
Solos	Nuclear	Rígida	Constitutiva
Sin familia	Monoparental	Sobreprotectora	Procreativa
Casas familiares simples	Neofamilia	Amalgamada	Dispersión
Casas familiares extendidas		Centrada	Final
Casas familiares múltiples		Evitadora	
		Pseudodemocrática	

Fuente: (Soriano, 2013)

Elaborado por: Dra. Ana Maria Escobar y Dra. Mariuxi Peñaloza

Las estructuras, la clasificación, las tipologías son tan complejas y se les ha agrupado de acuerdo a diferentes indicadores; la figura anterior grafica algunas formas significativas, por lo que se detalla a continuación:

- **Familia tipo nuclear:** Hijos y padre (si están); asimismo se denomina como «entorno familiar».
- **Familia tipo extensa:** A más de la familia tipo nuclear, comprende también a los abuelos, primos, tíos y otros allegados, sean afines o consanguíneos.
- **Familia tipo monoparental:** En la que el hijo o hijos habitan sólo con uno de sus progenitores;
- **Otros modelos de familias:** Las que están integradas únicamente por hermanos, por amigos (donde el valor del término "familia" no tiene que ver con la consanguinidad, sino acerca de los sentimientos como la convivencia, el apoyo y otros), aquellos que habitan juntos en el mismo lugar por un periodo

considerable. En algunas comunidades, primordialmente en Estados Unidos y Europa occidental, además hay familias asociadas por afectos únicamente afectivos, más que legales o sanguíneos. Entre estos modelos de familias están las familias lideradas por miembros que tienen vínculos conyugales estables no matrimoniales, sin o con hijos. (Estévez et al., 2011)

Los tipos generales de familias son la extensa y la nuclear, la primera son aquellas que siguen las líneas de descendencia donde se incluyen todas las generaciones y la segunda es la familia tradicional conyugal que se conforma por un marido, una esposa y los hijos. Al pasar el tiempo es menos evidente ver una familia tradicional y van surgiendo otras formas de familias que van generando nuevas derivaciones con distintas características; por lo tanto, se puede mencionar que existen básicamente cuatro tipos de familias de las cuales se ramifican muchas otras que son: la ya mencionada familia nuclear; la familia en cohabitación que se refiere a la convivencia de una pareja que cuentan solo con su lazo afectivo sin vínculo legal denominándose a su vez pareja de hecho; la familia monoparental que son formadas por un solo padre o madre que viven al menos con un hijo; la familia reconstituida son los que después de tener una separación o muerte del conyugue o pareja se vuelve a unir con otra persona y conforman una nueva familia con o sin hijos. (Estévez et al., 2011)

2.2.2.5. La familia y la relación con el consumo de sustancias

Los autores Gómez, Hernández, Rojas, Uribe, & Santacruz (2008) hacen referencia a un estudio realizado en Colombia en el año 1997 donde se encontró que el 70% de personas consumidoras de sustancias tenían problemas familiares específicamente con sus padres donde las causas que más se vieron involucradas fueron la separación de éstos, violencia intrafamiliar, padres adictos al alcohol, abandono de

hogar y por último problemas económicos. Es importante describir la dinámica familiar predominante de un consumidor para comprender por qué cae en ello y estas son:

- **Codependencia:** la persona tiende dar prioridad a las necesidades de otros por encima de las propias, tratando generalmente vivir la vida de un tercero, que da como resultado olvidarse de sí mismo.
- **Negación:** es cuando el círculo familiar se niega a entender que la adicción es una enfermedad con tendencia al deterioro.
- **Permisividad:** es un efecto secundario de la negación, se justifica la adicción, protegiendo y apoyando las acciones realizadas por la persona adicta por la cual la familia termina consintiendo el consumo y empeora la situación del problema.
- **Otros problemas con relación:** hijos que son pseudo independientes en sus funciones familiares, aparición de patrones de relación familiar expresivamente emocional, con reglas excesivamente rígidas o al contrario ausentes alterando el nivel de comunicación de los componentes de una familia con un paciente adicto que buscará revelarse a la situación problemática.

Las buenas relaciones intrafamiliares son sumamente importante para que una persona no caiga en alguna adicción que siempre busca en trasfondo, es destruir su vida dado que tiende a pensar que no vale o no es importante. Una familia es considerada funcional cuando aquella tiene sus reglas y límites claros, consistentes, se mantiene una jerarquía, se afianzan en la comunicación adecuada, ofrecen una flexibilidad y adaptación cuando existen factores externos o internos que se tenga que resolver, evidenciando así que una terapia familiar es unos de los tratamientos a considerar para mejorar casos de adicción ya que influye de manera significativa en las decisiones tomadas por un niño o adolescente si este no se siente querido o no perteneciente a algo.

(Gomez et al., 2008)

Para valorar el ambiente Familiar, se utilizó el cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar (EFF) el cual mide la percepción que un miembro de la familia, en este caso el adolescente sujeto a estudio, tiene acerca de su funcionamiento familiar.

El EFF identifica 6 Factores:

- a) Factor 1: involucramiento afectivo funcional
- b) Factor 2: Involucramiento afectivo disfuncional
- c) Factor 3: patrones de comunicación disfuncional.
- d) Factor 4. Patrones de comunicación funcionales
- e) Factor 5. Resolución de problemas

2.2.2.6. Patología asociada: Ansiedad y depresión

Ansiedad

La ansiedad es considerada una respuesta emocional que involucra un componente cognitivo, motor o de conducta y fisiológico o de reacción que evidencia o experimenta el cuerpo humano. En la ansiedad se caracteriza generalmente por pensamientos anticipativos que frecuentemente comienza con un condicional interrogativo de “y si...” al estar en una situación real o imaginaria donde pensando de forma objetivo no se presenta tan grave o peligrosa como la persona lo representa en su mente. (Raspado, 2015)

La autora Raspado (2015) indica que la respuesta de la ansiedad es manifestada por medio de tres sistemas de repuestas que son los siguientes:

- **Cognitivo:** que hace referencia a todo lo que pensamos vinculado con los acontecimientos que estemos viviendo y sus síntomas son:
 - Intranquilidad
 - Pánico o miedo a perder el control, a morir o volverse loco
 - Pensamientos negativos
 - Dificultad para concentrarse
 - Confusión general de organización o pérdida de dominio sobre el entorno.
 - Indecisión
 - Desconfianza
 - Adelanto de amenaza o peligro
 - Problemas para tomar decisiones
 - Distorsión de la realidad
 - Hiperfocalización
 - Atención selectiva

- **Fisiológico:** es cuando la ansiedad se manifiesta en el sistema nervioso periférico y sus síntomas son:
 - **Síntomas cardiovasculares:** palpitaciones, taquicardia, hipertensión, accesos de calor, sensación de opresión en el pecho.
 - **Síntomas respiratorios:** sensación de ahogo, taquipnea, dolor precordial, suspiros, sensación de no poder tragar.
 - **Gastrointestinales:** náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas, sensación de nudo en el estómago, reflujo gastroesofágico y alteración del ritmo intestinal.

- **Genitourinarios:** micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia y urgencia para ir a orinar.
 - **Neuromusculares:** rigidez muscular, estremecimiento, prurito, jaqueca, fatiga excesiva, sensación de peso en piernas y brazos.
 - **Neurovegetativos:** sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo y lipotimia.
 - **Otros:** dificultad para quedarse dormido y/o mantener el sueño.
- **Motor:** referente a las actuaciones o conductas que tenemos en una situación demandante y sus síntomas son:
 - Hiperactividad
 - Movimientos repetitivos
 - Tartamudeo y otras dificultades verbales
 - Paralización motora
 - Movimientos descoordinados
 - Conductas de evitación

Es normal tener ansiedad por alguna situación real que se nos presente de peligro lo que es anormal es descontrolarse por situaciones que ni se han presentado o no han pasado anticipándose a el porvenir de manera negativa.

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.

Para valorar la ansiedad, utilizamos la escala de ansiedad de Hamilton, la prueba consiste en un **cuestionario que consta de 14 acápites que tienen relación con**

los síntomas anteriores y actuales del paciente. Se valora de 0 a 4, siendo 4 la puntuación más alta. Se suma los resultados de cada ítem, con una valoración de 0 a 54. El puntaje final definirá la severidad del cuadro del paciente.

Depresión

La depresión es en pocas palabras la exageración constante de los sentimientos normales de tristeza y afecta tanto al cuerpo como la mente, que no evidencia debilidad personal y no es tampoco un estado del que se pueda salir a voluntad. Por consiguiente, la misma puede aparecer sin ningún desencadenante y conlleva generalmente a un riesgo de vida, los síntomas que se presentan son de mayor intensidad y duración prolongada a comparación a otros síntomas similares de ánimos bajos. La depresión es considerada una enfermedad crónica y recurrente causando falta de interés e incapacidad para desenvolverse o concentrarse en cualquier actividad. (San Molina & Arranz, 2010)

Los autores San Molina & Arranz (2010) hacen mención de existen personas que tienden a ser más susceptibles a caer en un cuadro depresivo y los factores que hacen que esto suceda son los genes, la personalidad, la familia, el género, el estilo de pensamiento, las enfermedades crónicas y los problemas económicos; y los factores que pueden ocasionar dicha depresión son el estrés, la presencia de una enfermedad repentina física y la administración de algunos fármacos.

La escala de depresión de Hamilton que se utiliza en esta investigación. Es un instrumento, que mide el nivel de depresión, siendo una de las medidas más usadas en temas de investigación. Consta de 17 ítems, (J. Ramos, 2014), realizo una validación de la versión castellana de esta escala.

La autora Barradas (2014) hace referencia a la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, donde indican ciertos criterios de diagnóstico de la depresión basado en los síntomas generales que se evidencian que son los siguientes:

- ***Estado de ánimo deprimido:*** Presente en la mayor parte del día, o casi todos los días, en los adolescentes el estado de ánimo puede ser presentado como un sentimiento malo, malhumorado e irritable.
- ***Anhedonia:*** Este término hace alusión a la atracción del placer de realizar actividades disminuido a través del tiempo, en cuanto a los jóvenes se manifiesta en el abandono de las actividades usuales como deportes, actividad recreativa y cambios en los vínculos interpersonales con otros adolescentes.
- ***Pérdida o ganancia de peso:*** Cuando se evidencia cambios en el apetito tendiendo a confundirse o relacionarse con los cambios de pubertad.
- ***Insomnio o hipersomnia:*** Se tiende dormir menos de lo requerido durante la semana y se duerme más los fines de semana.
- ***Agitación o retardo psicomotor:*** Este síntoma debe ser evaluado por otra persona que debe conocer al adolescente sin estar en el estado depresivo para comparar los cambios presentados.
- ***Fatiga y pérdida de energía:*** La fatiga es un síntoma que es muy subjetivo donde el adolescente puede sentirse cansado o tener baja energía la mayor parte del tiempo aun cuando tenga un buen dormir.
- ***Sentimientos de inutilidad:*** O presencia de culpa excesiva e inapropiada.
- ***Disminución de la capacidad para concentrarse:*** Se evidencia indecisión en casi todos los días.
- ***Pensamientos recurrentes de muerte:*** Referente a cuando un adolescente empieza a tener ideas suicidas frecuentemente sin planes específicos o con una

tentativa constante de suicidio o empieza a considerar una alternativa específica para suicidarse.

Para diagnosticar a una persona con depresión deben estar presentes por lo menos 5 de estos síntomas ya mencionados en el periodo de dos semanas.

Existen señales de comportamiento que indican que el adolescente quiere suicidarse de alguna manera y esas señales son: comportamientos riesgosos, autolesionarse, obsesión mórbida con la muerte, intentos de suicidio en el pasado y por último el consumo y exceso de estupefacientes, enfocándonos en el uso de drogas se observa que los adolescentes deprimidos generalmente buscan en sumergirse en el uso de estupefacientes, que saben que son peligrosas para su salud, donde el trasfondo es de aventurarse en una conducta de peligro para desaparecer el dolor que ocasiona la depresión. (Gerali, 2011)

2.3 Relación del consumo de sustancias en adolescentes con el Ambiente familiar y Calidad de vida.

Calidad de vida relacionada con salud, y las relaciones intrafamiliares que un adolescente mantiene, podría estar ligado al consumo de drogas, o ser al menos un factor desencadenante para que adolescentes que presentan conflictos en estos aspectos, inicien un consumo de sustancias incluso en edades tempranas. Estas situaciones llevan a que los adolescentes busquen soluciones rápidas de alivio, de bienestar momentáneo, que es encontrado por medio de las drogas, lo que lleva a estados de comorbilidades asociadas que tienen que ver con su salud mental, debido a que pueden estar relacionados con problemas de ansiedad o depresión con mayor frecuencia. (Rodríguez, 2016).

Para medir la calidad de vida se utilizó el cuestionario KIDDO-KINDL, se utiliza para medir la calidad de vida tanto en niños como en adolescentes,

desarrollado para ser utilizado en niños sanos, como en la práctica clínica. Consta de 24 preguntas, que incluyen 6 dimensiones básicas, con 4 ítems cada una como es el bienestar físico, el bienestar emocional, autoestima, la familia, amigos y la escuela..

2.3.1. A nivel mundial

Múltiples estudios a nivel mundial afirman la relación existente entre la familia, y la calidad de vida que llevan los adolescentes con el consumo de sustancias.

Algunos aspectos familiares como la presencia de relaciones conflictivas entre los padres, pobre relación afectiva entre padres y adolescentes, la percepción deteriorada de estos hacia sus padres, así como la falta de reconocimiento de logros, además de la inconsistencia de los límites que los padres ponen en sus hijos, resultaron ser variables significativamente asociadas para el consumo de drogas en los adolescentes. (Fantin & García, 2011)

Un estudio realizado en Girona (España), analiza la relación entre el uso de cigarrillo y marihuana, y el nivel de calidad de vida es adolescentes, utilizando la escala de Atienza. Con una muestra de 1879 estudiantes de secundaria entre 12 y 18 años concluye que los adolescentes no consumidores presentan un nivel de satisfacción de vida más elevado que los no consumidores. (Masferrer, Font-Mayolas, & Gras, 2012)

La disponibilidad de las drogas, además de problemas sociales como pobreza, desintegración de familias, factores propios de la adolescencia, ocasionan un aumento para el abuso de sustancias psicoactivas entre los jóvenes.

Sin embargo algunos estudios que han utilizado la relación del ambiente familiar con el uso de sustancias psicoactivas, refiere que no presentan diferencias significativas, este es el caso de una investigación realizada en la ciudad de Aguascalientes en México,

tomado de la población urbana y rural, con un número de participantes de 273 jóvenes, entre 11 y 17 años de edad. Los resultados del estudio refieren que no hubo ninguna diferencia significativa entre el clima familiar, y el consumo de drogas ($t [271] = -.496$; $p > .05$), lo que determina que en este estudio el clima social no influyo en el consumo de droga de los estudiantes. (Araiza, Silva, Coffin, & Jiménez, 2009)

En el Hospital Clínica de la ciudad de Barcelona, se realizó otro estudio que intentaba demostrar la drogodependencia y la relación con trastornos psiquiátricos. En este se demostró que el 68% de los jóvenes incluidos en el estudio entre 12 y 17 años, que presentaban algún trastorno psiquiátrico son consumidores de sustancias psicoactivas como marihuana, cigarrillo o cocaína. La muestra estuvo dada por 124 adolescentes, de los cuales se demostró que existía una relación entre consumo de sustancias y psicopatología encontrando que de estos el 52% presentaba cuadro ansioso-depresivo. (Goti, 2008)

2.3.2. En la región:

En Uruguay se realizó un estudio sobre Consumo de Drogas y Familia con factores de riesgo, el cual afirma que las funciones y objetivos de la familia están afectadas, entre otras, por la impostergable necesidad de sus miembros de salir a buscar sustento en un contexto socioeconómico insuficiente. Esto ha resentido y cuestionado la organización y estructura tradicional de la familia latina, que tiende a ser cohesiva y a contingentar a sus miembros durante mucho tiempo en una matriz afectiva de apego. (Forselledo & Esmoris, 1994)

En cuanto a Depresión y Ansiedad, en el año 2013 en la ciudad de Bogotá se reportó un estudio realizado por Gómez Rodríguez y colaboradores, que reporta adolescentes del sexo femenino de 13 años, las cuales presentan índices más altos de depresión comparado con hombres, dato similar a los resultados de otras

investigaciones. Frente al consumo de sustancias psicoactivas se establece que hay mayor riesgo de comenzar el consumo de sustancias psicoactivas en los rangos de edad entre los 14 a 19 años, así también el estudio evidencia que el riesgo de consumo es similar para hombres y mujeres. Frente a sustancias ilícitas como la marihuana, la cocaína, se evidenció que la edad de inicio está entre los 13 y los 15 años.(Gómez, Gutiérrez, & Londoño, 2013)

Un estudio realizado en México, en los centros de integración juvenil, en el año 2011, intentaba relacionar el efecto de trastornos del afecto y la relación con sus padres en el consumo drogas en adolescentes, el estudio reportó en cuanto al patrón de consumo de sustancias psicoactivas, que entre las drogas más utilizadas, se encuentran la cocaína, la marihuana y solventes inhalables. Los resultados que obtuvieron en la escala de uso de drogas del indican un índice de severidad global de 4.75, lo que evidencia la presencia de síntomas de dependencia y trastornos relacionados al uso de drogas, relativamente severos. Con un índice de ansiedad con promedio ascendente, y clínicamente significativos, mayormente en mujeres que en hombres. En depresión, se evidencio posible significación clínica, con un índice global de 3.66, con predominio en mujeres. (García, Rodríguez, Córdova, & Fernández, 2016)

2.3.3. En el país

A nivel Nacional Zavaleta en el estudio del impacto del narcotráfico en la salud pública sobre coca y derivados cocaínicos en el año 2012, aplicado a estudiantes de 12 a 17 años, realizado con participación del CONSEP y el Observatorio Nacional de Drogas (CONSEP, 2012) se descubrió que la marihuana es la sustancia más usada a nivel nacional por las y los estudiantes. De alguna manera, esto se podría explicar por la percepción de facilidad de acceso a la sustancia. Según la misma fuente, el 15% de

estudiantes que consume marihuana asegura que le sería fácil conseguirla. Asimismo, un 7% de las y los estudiantes afirmó que en los últimos 30 días le ofrecieron marihuana para comprarla o probarla y un 11% que le sucedió lo mismo durante el último año.(Zavaleta, 2015)

En el país la edad promedio del primer consumo de drogas es de 14 años, y la heroína o ‘H’ tiene mayor incidencia en los rangos más bajo de edad, seguida de la cocaína y la marihuana, según la secretaría técnica de prevención de drogas, esta muestra se efectuó en 34.905 estudiantes de noveno año de educación básica, primero, y tercero de bachillerato, de 381 instituciones educativas de 29 cantones del país. De los encuestados, afirmaron el uso de drogas ilícitas en el último año un porcentaje de 12,65%, de ellos, el 39% consumió más de una droga, mientras que el 2,51% consumió heroína o ‘H’. (Guadalupe, 2017)

En la ciudad de Guayaquil, en el 2006, en el Hospital Lorenzo Ponce, el Doctor Ricardo Morla Boloña, Psiquiatra de la institución, junto con otros colaboradores, realizó un estudio sobre la Depresión en adolescentes y desestructuración familiar, demostrando la influencia de la desestructuración familiar con el inicio de patologías psiquiátricas como la depresión durante la etapa de la adolescencia. El mayor porcentaje de depresión junto con trastornos psicósomáticos se presentó en mujeres, mientras trastornos del comportamiento social, se observó más frecuentemente en el género masculino. Los trastornos depresivos en adolescentes se presentaron con más frecuencia en adolescentes que venían de familias no tradicionales con una edad promedio de 16.5 años. La escolaridad que se presentó con mayor porcentaje fue secundaria incompleta, lo que está en concordancia con otras tendencias en la región. (Morla, Saad, & Saad, 2006)

CAPITULO III

METODOLOGÍA

En la adolescencia se presentan muchos cambios a nivel fisiológico y psicológico, que llevan al adolescente a alcanzar su madurez sexual y un pensamiento lógico, durante esta etapa se produce la separación de la familia, aceptación corporal e identidad y se establecen estrechos lazos con los amigos; debido a que el desarrollo completo de la corteza prefrontal, para discernir lo bueno de lo malo, se alcanza alrededor de los 25 años, el joven es proclive a conductas peligrosas. Es por esto que la adolescencia, a pesar de ser la etapa con mejor bienestar físico, existe gran vulnerabilidad psicosocial.

Debido a la inestabilidad que caracteriza a los adolescentes, es frecuente que presenten síntomas de diversos trastornos psicológicos que tienden a desaparecer con la conclusión de esta etapa, la depresión, y la ansiedad, son alguno de ellos. Uno de los riesgos más importantes al presentarse sintomatología depresiva, o de ansiedad, es que muchos adolescentes pueden buscar refugio en las drogas, o consumo de alcohol, como una medida para evadir su realidad, negarla o enfrentarla (Hidalgo & Ceñal, 2014)

Por tal motivo se planteó como problema de investigación lo siguiente:

¿Existe relación entre el ambiente familiar, consumo de sustancias, y calidad de vida con ansiedad y depresión, en adolescentes de 12 a 17 años, que asisten a centros de acogida y adicciones en Quito, Cotacachi, Pusuquí, y Guayaquil, periodo Noviembre 2017 a Julio 2018?

3.1. Objetivos de la investigación

3.1.1. Objetivo general:

- Establecer la relación del ambiente familiar, consumo de sustancias, y calidad de vida, con ansiedad y depresión, en adolescentes de 12 a 17 años, que asisten a centros de acogida y adicciones, en Quito, Cotacachi, Pusuquí, y Guayaquil, periodo noviembre 2017 a julio 2018.

3.1.2. Objetivos específicos:

- Identificar como se relacionan el consumo de sustancias, el ambiente familiar, y la calidad de vida en el desarrollo de ansiedad y depresión en el adolescente.
- Evidenciar la influencia que la familia tiene en el adolescente, para que este desarrolle ansiedad, depresión y adopte conductas de consumo de sustancias.
- Establecer niveles de ansiedad en los adolescentes consumidores de drogas de los centros de acogida.
- Determinar niveles de depresión en los adolescentes consumidores de drogas de los centros de acogida.
- Identificar la frecuencia con que los adolescentes acuden a centros de acogida.

3.2. Hipótesis

El tipo de ambiente familiar, el consumo de sustancias, la calidad de vida, la frecuencia con que asisten a centros, están relacionados con cuadros de ansiedad y depresión en los adolescentes que acuden a centros de acogida de Quito, Cotacachi, Pusuqui y Guayaquil.

3.3 Tipo de estudio

Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal, cuantitativo, descriptivo inferencial.

3.4 Universo de estudio

El estudio incluyó el 100% de adolescentes, entre las edades de 12 a 17 años que se encontraban asistiendo a los centros de acogida Casa de la Niñez 2 en Quito, Centro de acogida Pomamaqui en Pusuquí. Comunidad Terapéutica Santa Ana de Cotacachi para adolescentes, y Casa de acogida de la Fundación Proyecto Salesiano Guayaquil, lo que corresponde a un tamaño muestral intencional con la finalidad de incluir un número significativo de casos.

Para determinar la presencia de trastorno de conducta, se aplicaron, previa firma de consentimiento informado, y asentimiento, las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton, el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF), y el test de calidad de vida KIDDO-KINDL para niños y adolescentes, y se clasificó el consumo de sustancias, según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales e su 5ta edición (DSM-5).

3.5 Criterios de inclusión y exclusión:

3.5.1 Criterios de inclusión

- Adolescentes de 12 a 17 años que se encuentren en los centros de acogida incluidos en el estudio de investigación en el período de noviembre 2017 a julio 2018.
- Adolescentes de 12 a 17 años que aceptaron participar en el estudio.

3.5.2 Criterios de exclusión

- Adolescentes que no pertenezcan a los centros de acogida incluidos en el estudio de investigación.
- Adolescentes que no estén en las edades de 12 a 17 años.
- Adolescentes que no deseen ingresar en el grupo de estudio.

3.6 Operacionalización de variables.

VARIABLES		DEFINICION OPERACIONAL	
	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
<p>EDAD:</p> <p>Tiempo transcurrido a partir del nacimiento</p>	Cuantitativa	Numérica.	<p>1.- Infancia</p> <p>2.- Adolescencia temprana</p> <p>3.- Adolescencia intermedia</p> <p>4.- Adolescencia tardía</p>
<p>SEXO</p> <p>Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.</p>	Cualitativa	Sexo del adolescente sujeto al estudio.	<p>1: Femenino</p> <p>2: Masculino</p>
<p>NIVEL DE ESCOLARIDAD</p> <p>División de los niveles de estudios primarios que conforman el Sistema Educativo Nacional</p>	Cualitativa	Ultimo año de estudios aprobado.	<p>1.-Educación general básica</p> <p>2.- Bachillerato</p> <p>3. Ninguna</p>
<p>ASISTENCIA A CENTROS DE ACOGIDA O REPOSO.</p> <p>Servicios residenciales de estancia limitada, que tienen por objeto cuidado, diagnóstico y rehabilitación de los menores atendidos y de sus familias</p>	Cualitativa	ha recibido tratamientos anteriores para la adicción.	<p>1.-Si</p> <p>2.- No</p>
<p>CALIDAD DE VIDA</p> <p>La percepción del individuo de su entorno, vinculado a la cultura, moral, y el bienestar que le produce su adaptación al medio.</p>	Cuantitativa	<p>Puntajes de la escala del Test KIDDO KINDL</p>	<p>La escala de 0-100.</p> <p>Donde una puntuación mayor representa una mejor calidad de vida.</p>

<p>AMBIENTE FAMILIAR</p> <p>Interacción que se establece entre los miembros de la familia que comparten un espacio común.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar (EFF).</p> <p>Factor 1: involucramiento afectivo funcional.</p> <p>Factor 2: Involucramiento afectivo disfuncional</p> <p>Factor 3: patrones de comunicación disfuncional.</p> <p>Factor 4. Patrones de comunicación funcionales.</p> <p>Factor 5. Resolución de problemas.</p> <p>Factor 6: patrones de control de conducta</p>	<p>Totalmente de acuerdo (5)</p> <p>De acuerdo (4)</p> <p>Ni de acuerdo ni en desacuerdo(3)</p> <p>En desacuerdo (2)</p> <p>Totalmente en desacuerdo (1).</p> <p>Se selecciona las preguntas que pertenecen a cada factor y se obtiene un puntaje que hay que compararlo con el punto de corte de cada factor.</p>
<p>CONSUMO DE SUSTANCIAS</p> <p>Es el uso repetido de una droga en situaciones que implican riesgos psicofísicos para la persona</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Criterios DSM-5 para consumo de sustancias.</p>	<p>1.- Ninguno: 0 a 1 criterio</p> <p>2.- Leve: 2 a 3 criterios.</p> <p>3.- Moderado: 4 a 5 criterios.</p> <p>4.- Grave: 6 o más criterios.</p>
<p>ANSIEDAD</p> <p>Estado emocional caracterizado por sentimientos de miedo e inseguridad</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>ESCALA DE HAMILTON</p>	<p>No ansiedad: 13 o menos</p> <p>Ansiedad leve: 14 a 17 puntos</p> <p>Ansiedad moderada: 18 a 24 puntos.</p> <p>Ansiedad severa: 25 a 30 puntos</p>
<p>DEPRESION</p> <p>Estado de infelicidad, tristeza, o dolor emocional en reacción a una situación o evento displacentero.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>ESCALA DE HAMILTON</p>	<p>No deprimido: 0-7.</p> <p>Depresión ligera/menor: 8-13.</p> <p>Depresión moderada: 14-18.</p> <p>Depresión severa: 19-22.</p> <p>Depresión muy severa: >23.</p>

3.7 Procedimientos de recolección de la Información.

Se realizó encuestas directas a los adolescentes, utilizando la escala de ansiedad de Hamilton, la escala de depresión de Hamilton, el test de calidad de vida KIDDO-KINDL, el cuestionario de Evaluación de funcionamiento Familiar y el DSM-5 que se detallan a continuación:

3.7.1 Escala de Ansiedad de Hamilton

Cuestionario patológico, que se utiliza para calificar la severidad de ansiedad de un paciente así como para diferenciar la ansiedad como un estado de ánimo patológico. Fue originalmente publicada por Max Hamilton, en 1959. Existe una versión española, realizada por Carrobles y cols, en 1986.

La prueba consiste en un cuestionario que consta de 14 ítems referentes a los síntomas que del paciente y su comportamiento del mismo llena el cuestionario. Cada ítems es valorados de cero a cuatro, siendo el cuatro la puntuación más alta. La puntuación total se obtiene tras la suma de los resultados parciales, con un rango de 0 a 54. Valores entre 14 a 17 indican ansiedad leve, de 18 a 24 puntos ansiedad moderada, y de 25 a 30 ansiedad severa.

Fiabilidad.- Muestra una buena consistencia interna. Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada. Tiene excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana, y aceptable estabilidad después de un año.

Validez.- La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi, y con el Inventario

de Ansiedad de Beck. Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos. Se correlaciona adecuadamente con la Escala de Depresión de Hamilton. Es sensible al cambio tras el tratamiento (Bulbena et al., 2003)

3.7.2 Escala de Depresión de Hamilton

Es una escala creada para evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido tras el inicio de tratamiento. Se califica de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y fuentes secundarias. Su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente fue reducida a 17, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. Cada ítem tiene una valoración de 0 a 4 puntos. Su validación al castellano se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, la califica con una alta calidad global "muy recomendada". Según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7. Depresión ligera/menor: 8-13. Depresión moderada: 14-18. Depresión severa: 19-22. Depresión muy severa: >23. (Bulbena et al., 2003)

3.7.3 Test de calidad de vida KIDDO KINDL

El cuestionario KIDDO-KINDL es un instrumento genérico para medir calidad de vida en niños y adolescentes, desarrollado en Alemania en 1994 para ser utilizado tanto en niños sanos como en la práctica clínica. El cuestionario ha sido adaptado y probado en diferentes lenguas en el ámbito internacional. El cuestionario KINDL consta de 24 preguntas agregadas a 6 dimensiones básicas de 4 ítems cada una: bienestar físico, bienestar emocional, autoestima, familia, amigos y escuela. Las respuestas se recogen

en una escala de cinco categorías que oscilan desde las categorías “1 = nunca” a “5 = siempre”. El cuestionario hace referencia a la semana anterior a la entrevista.

| Existen 3 versiones diferentes según tramos de edad: 4-7 años (Kiddy), 8-12 años (Kid) y 13-16 años (Kiddo), y 2 versiones para padres: 4-7 años (Kiddy Padres) y 8-16 años (Kid-Kiddo-Padres). Las puntuaciones obtenidas a partir de las medias de cada dimensión pueden transformarse a una escala de 0-100, donde una puntuación mayor representa una mejor calidad de vida (Urzua & Mercado, 2008)

3.7.4 Cuestionario de Evaluación de funcionamiento familiar (EFF)

Es un instrumento que evalúa la percepción que un miembro de la familia, en este caso el adolescente, tiene acerca de su funcionamiento familiar. El cuestionario identifica 6 Factores:

- a) Factor 1: involucramiento afectivo funcional
- b) Factor 2: Involucramiento afectivo disfuncional
- c) Factor 3: patrones de comunicación disfuncional.
- d) Factor 4. Patrones de comunicación funcionales
- e) Factor 5. Resolución de problemas
- f) Factor 6: patrones de control de conducta

Cada factor abarca un numero distintos de preguntas, las respuestas van de totalmente de acuerdo (5), de acuerdo (4), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (2), y totalmente en desacuerdo (1). Para obtener la calificación es necesario sumas las respuestas que corresponden a cada factor y comparar el puntaje con el punto de corte, que es diferente para cada factor, tomando en cuenta también el puntaje

máximo que podemos obtener, así como el mínimo. (Luna Portilla, Arellano López, & Velasco Campos, 2006)

3.7.5 Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta edición (DSM-5).

El consumo de sustancias se clasificara según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, abreviado DSM).

El trastorno por consumo de sustancias, en el DSM-5 combina las categorías abuso y dependencia en un trastorno único medido en un continuo que va de leve a severo, requiriendo la presencia de al menos 2 de los síntomas especificados. Cada sustancia (excepto la cafeína, que no puede diagnosticarse como trastorno de uso de sustancias) es atendida como un trastorno separado (por ejemplo trastorno por uso de alcohol, trastorno por uso de estimulantes, etc.), pero casi todas las sustancias se diagnostican con base en los mismos criterios generales. (American Psychiatric Association, 2016)

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM-5 PARA TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS:

Control deficitario

- Consumo de grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado de lo previsto.
- Deseos insistentes de dejar o regular su consumo y relata esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar este.

- Inversión de gran parte del tiempo intentando conseguir la droga, consumiéndola o recuperándose.
- Deseo intenso de consumo.

Deterioro Social

- El consumo recurrente puede llevar al incumplimiento de deberes en los ámbitos académicos, laborales o domésticos.
- Puede seguir consumiendo a pesar de los problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo.
- Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias.

Consumo de riesgo

- Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psíquico recurrente o persistente que probablemente se pueda originar o exacerbar por dicho consumo.

Criterio farmacológico

- Tolerancia.
- Abstinencia.

3.8 Fuente de información

Adolescentes de 12 a 17 años que asisten a los centros de acogida y adicciones, que se incluyen en el estudio de investigación, mediante encuestas con la aplicación de los instrumentos antes mencionados.

3.9 Plan de análisis de datos

Se realizó un análisis de datos en Microsoft Excel (versión 2013) empleando Paquete Estadístico SPSS V23, abreviado por sus siglas en inglés (Statistical Package for the Social Sciences), licenciado en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Se realizó un análisis descriptivo, utilizando:

- Porcentajes
- Medidas de tendencia central: promedio, media, moda;
- Medidas de dispersión: Desviación Estándar; así como
- Medidas de Inferencia: Chi Cuadrado, Valor de probabilidad de error, que en todos los casos se considerará estadísticamente significativo, si es menor a 0.05 (P= -0.05).

3.10 Aspectos bioéticos

En cuanto a los Aspectos Bioéticos, por tratarse de pacientes menores de edad, y en situación de vulnerabilidad, o riesgo, se solicitó un consentimiento informado a los padres, o tutores legales, para que autoricen la realización del estudio. Además, los adolescentes firmaron un asentimiento informado donde aceptan. El consentimiento informado y asentimiento informado, consta con reserva de identidad y confidencialidad, así como los resultados obtenidos, manteniendo el anonimato,

garantizando el derecho constitucional que se tiene a la protección de datos de carácter personal.

Durante la formulación de los test se aplicó los principios éticos básicos en el abordaje a adolescentes como son el principio de no maleficencia, de autonomía, de justicia, y de beneficencia. La información obtenida en ningún momento ha sido difundida, y en el estudio los datos globales se presentan de forma estadística, sin tendencias personales o institucionales.

CAPITULO IV
ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 Características socio demográficas

La población de estudio fue de 85 adolescentes de los centros de acogida y adicciones comprendidos entre 12 a 17 años, con una media de 15 años y una moda de 17 años, divididos en adolescencia temprana entre los 10 a 13 años, adolescencia intermedia entre 14 a 16 años, y adolescencia tardía entre las edades de 17 a 20 años.

Tabla 1. Características Demográficas de la población de estudio

VARIABLE	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
GRUPO DE EDAD		
Adolescencia Temprana	18	21,2
Adolescencia Intermedia	26	30,6
Adolescencia Tardía	41	48,2
GENERO		
Masculino	67	78,8
Femenino	18	21,2
ESCOLARIDAD		
Educación general básica	49	57,6
Bachillerato	36	42,4
ESTADO CIVIL		
Soltero	80	94,1
Casado	1	1,2
Unión libre	4	4,7
RESIDENCIA		
Urbana	55	64,7
Rural	30	35,3
CON QUIEN VIVE		
Familia nuclear	34	40
Familia extendida	7	8,2
Familia monoparental	44	51,8
OCUPACION PADRE		
Empleo formal	34	40
Empleo informal	21	24,7

No trabaja	2	2,4
Desconoce	28	32,9
OCUPACION MADRE		
Empleo formal	30	35,3
Empleo informal	30	35,3
No trabaja	16	18,8
Desconoce	9	10,6

En nuestro estudio la mayor población se encuentra en la adolescencia tardía 48,2% (n= 41), correspondiendo el 78.8% (n=67) al género masculino a pesar de lo cual más de la mitad se encuentra en educación básica 57.6% (n=49). En estos adolescentes se demostró que en su mayoría eran solteros 94.1% (n=80) con residencia urbana 64.7% (n=55) y viven dentro de familias monoparentales 51.8% (n=44) y aunque la mayoría de los padres tiene un trabajo formal 40% de los padres (n=34) y 35.3% de las madres (n=30) existe un importante porcentaje de 32.9 % (n=28) de adolescentes que desconocen la ocupación del padre porque nunca han vivido con él.

4.2 Consumo de drogas en los adolescentes.

Tabla 2. Características del consumo de drogas

VARIABLE	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
CONSUMO DE DROGA		
Si	62	72,9
No	23	27,1
Nº DROGAS CONSUMIDAS		
0	23	27,1
1	22	25,9
2	18	21,2
3	11	12,9
4	6	7,1
5	5	5,9
TIPO DE DROGA		
Marihuana	60	96,8
Cocaína	39	62,9
Heroína	2	3,2
Éxtasis	2	3,2
LSD	8	12,9
Hongos	14	22,6

Cemento de contacto	7	11,3
Ácidos	3	4,8
Anfetaminas	1	1,6
Clonazepan	3	4,8
Codeína	1	1,6
EDAD DE INICIO DE CONSUMO		
Infancia	3	5%
Adolescencia temprana	18	29%
Adolescencia Intermedia	37	59,6%
Adolescencia tardía	4	6,4%
ÚLTIMO CONSUMO EN MESES		
1	37	43,5
2	9	10,6
3	6	7,1
4	2	2,4
5	1	1,2
6	6	7,1
8	1	1,2
TRATAMIENTO ANTERIOR PARA LA ADICCION		
Si	29	34,1
No	56	65,9
N. DE TRATAMIENTOS ANTERIORES		
0	56	65,9
1	12	14,1
2	12	14,1
3	5	5,9
COMO FUE EL INGRESO		
Voluntario	35	41,2
Tutores legales o familiares	43	50,6
Dirección Nacional de Policía Especializada en niños/as (Dinapen)	7	8,2

De la población de estudio, el 72.9% (n=62) consume drogas, la edad de inicio de consumo es más frecuente en la adolescencia intermedia 36.1% (n=37) y la mayoría no ha recibido tratamiento anterior para las adicciones 65.9% (n=56), las drogas más consumidas fueron la marihuana y cocaína con un 96% (n=60) y 62.9% (n=39) respectivamente y el ingreso al centro de acogida y adicciones fue hecho en su mayoría por familiares 50.6% (n=43).

4.3 Resultados de los test practicados en los adolescentes.

Se realizó 4 test a los adolescentes, para valorar la presencia de ansiedad y depresión, junto a la calidad de vida, el ambiente familiar y consumo de sustancias.

4.3.1 Test de Ansiedad de Hamilton

Tabla 3. Valoración de la escala de ansiedad de Hamilton

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON		
	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
Sin Ansiedad	0	0
Ansiedad Leve	57	67,1
Ansiedad Moderada	15	17,6
Ansiedad Severa	13	15,3
Total	85	100

Según el test de ansiedad de Hamilton, todos los adolescentes tienen ansiedad, la mayoría de tipo leve 67.1% (n=57).

4.3.2 Test de Depresión de Hamilton

Tabla 4. Valoración de la escala de depresión de Hamilton

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON		
	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
Sin depresión	22	25,9
Ligera/menor	24	28,2
Moderada	11	12,9
Severa	11	12,9
Muy severa	17	20
Total	85	100

El test de depresión de Hamilton evidencia que el 25.9% (n=22) no presenta signos o síntomas de depresión; de aquellos que si la presentan, la mayoría es de tipo menor 28.2% (n=24).

4.3.3 Test de funcionamiento Familiar.

Tabla 5. Valoración de funcionamiento familiar

TOTAL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR		
	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
No	15	17,6
Si	70	82,4
Total	85	100

La tabla 5 demuestra que el 17.6% (n=15) no tiene un buen ambiente familiar, mientras que 82.4% (n=70) disfruta de un ambiente familiar favorecedor.

4.3.4 Test de Calidad de vida.

Tabla 6. Resultado de test de calidad de vida KIDDO-KINDL

TEST DE CALIDAD DE VIDA KIDDO-KINDL		
	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
Bienestar físico		
Bueno	60	70,6
Malo	25	29,4
Bienestar emocional		
Bueno	57	67,1
Malo	28	32,9
Tiene autoestima		
Bueno	75	88,2
Malo	10	11,8
Bienestar con amigos		
Bueno	82	96,5
Malo	3	3,5
Bienestar en el colegio		
Bueno	64	75,3
Malo	21	24,7

La Tabla 6, demuestra que en la dimensión de bienestar físico, el 70.6% (n=60) posee un bienestar físico satisfactorio, y el 29.4% (n=25) tiene un bienestar físico malo. De acuerdo al bienestar emocional, el resultado demostró que es bueno en 67.1% (n=57) de los casos, mientras que 32.9 % (n=28), es malo. La dimensión de autoestima

evidencia que esta población no tiene problemas en este aspecto, debido a que los resultados presentaron que 88.2% (n=75) tienen buena autoestima, mientras que 11.8% (n=10) presentó una autoestima mala. De igual manera en los adolescentes el bienestar con los amigos representa parte importante de la vida de los sujetos de estudio, los resultados demostraron que 96.5% (n=82) tiene bienestar con amigos. En el factor de bienestar escolar, la población del estudio presentó buen bienestar escolar 75.3% (n=64).

4.3.5 Trastorno por Consumo de sustancia.

Tabla 7. Trastorno por consumo de sustancias

TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
Ninguno	21	24,7
Leve	24	28,2
Moderado	22	25,9
Grave	18	21,2
Total	85	100

Para valorar si los pacientes presentan trastorno por consumo de sustancias se utilizó los criterios diagnósticos del DSM-5. Los resultados del consumo de sustancias demostraron que en la población de estudio que asisten a centros de acogida o adicciones 24.7% (n= 21) no consumen drogas, por lo tanto no tienen ningún trastorno por uso de sustancias, el 28.2% (n=24) de ellos de la población presento un trastorno leve y el 25.9% (n=22) un trastorno moderado, cabe resaltar que un 21% (n=18) presentan trastorno grave.

4.4 Resultados de Análisis bi-variable de Escala de Depresión de Hamilton

4.4.1 Análisis de Depresión y datos demográficos.

Como resultado del cruce de la escala de depresión de Hamilton, con el género, la Tabla 8 muestra, que a pesar de no haber datos estadísticamente significativos, llama la atención que el 81% (n= 51) de la población del género masculino, no presentó depresión, comparado con el solo el 19% (n=12) de adolescentes del sexo femenino. (Chi cuadrado 0.661, y p 0.416). Así mismo con respecto a la edad, el 45.5% (n=10) de los adolescentes en etapa intermedia y tardía padecen depresión comparado con el 9.10% (n=2) de la adolescencia temprana (Chi cuadrado 4.24. p 0.12).

Tabla 8. Depresión relacionada con género, edad codificada escolaridad, residencia, y tipo de familia.

VARIABLES		N / %	SIN DIAGNOSTICO DEPRESION	CON DIAGNOSTICO DEPRESION	X2	P
Género	Masculino	N	51	16	0,661	0,416
		%	81,00%	72,70%		
	Femenino	N	12	6		
		%	19,00%	27,30%		
Edad Codificada	Adolescencia	N	16	2	4,24	0,12
	Temprana	%	25,40%	9,10%		
	Adolescencia	N	16	10		
	Intermedia	%	25,40%	45,50%		
	Adolescencia	N	31	10		
	Tardía	%	49,20%	45,50%		
Escolaridad	Educación	N	39	10	1,807	0,179
		%	61,90%	45,50%		
	Bachillerato	N	24	12		
		%	38,10%	54,50%		
Residencia	Urbana	N	42	13	0,41	0,522
		%	66,70%	59,10%		
	Rural	N	21	9		
		%	33,30%	40,90%		
Con quién Vive	Familia	N	22	12	4,903	0,086
	Nuclear	%	34,90%	54,50%		
	Familia	N	4	3		
	Extendida	%	6,30%	13,60%		
	Familia	N	37	7		
	Monoparental	%	58,70%	31,80%		

En el aspecto de educación de la población de estudio, el dato más llamativo evidenció que el 61.9% (n=39) de los que asisten a educación general básica, no presentó cuadro de depresión. (Chi cuadrado: 1.807, y p: 0.179). Por otro lado, los adolescentes que residen en sector urbano 66.7% (n=42) no están relacionados con presencia de depresión. (Chi cuadrado: 0.41, y p: 0.522). (Tabla 8)

El tipo de familia en la cual se desenvuelve el adolescente, no constituye un riesgo en esta población para presentar o no depresión, esto se demostró con el resultado de que, 58.7% (n=37) de los adolescentes que viven dentro de familias monoparentales no presenta depresión. (Chi cuadrado: 4.903, y p: 0.086). (Tabla: 8)

4.4.2 Depresión y uso de sustancias, funcionamiento familiar y calidad de vida.

En la Tabla 9, se indica que los adolescentes en edad intermedia, el 61.10% (n=11) presentó cuadros de depresión, a diferencia de la etapa de la infancia donde ninguno la padeció, (Chi cuadrado: 3.081, p: 0.379), Un dato importante indica que el 81.8% (n=18) de los que consumen drogas, padecen depresión, aunque no se encontraron diferencias significativas comparado con los que no consumen drogas. (Chi cuadrado: 1.185. p: 0.276). También se evidenció que el ingreso a centros de acogida, por parte de padres o tutores legales, se presentó en mayor porcentaje en los casos con diagnóstico de depresión 63.6% (n=14) (Chi cuadrado: 2.121. p: 0.346). Aunque tampoco se encontró diferencias significativas entre los grupos de comparación.

Tabla 9. Depresión relacionada al uso de sustancias, y tipo de ingreso a centros de acogida o adicciones.

VARIABLES		N /%	SIN DIAGNOSTICO DEPRESION	CON DIAGNOSTICO DEPRESION	X ²	P
Edad de inicio de Consumo	Infancia	N	3	0	3,081	0,379
		%	14,60%	0,00%		
Consumo	Adolescencia temprana	N	12	6		
		%	25,00%	33,30%		
	Adolescencia Intermedia	N	26	11		
		%	54,20%	61,10%		
Consumo de Drogas	Adolescencia tardía	N	3	1		
		%	6,30%	5,60%		
Como fue el ingreso	No	N	19	4	1,185	0,276
		%	30,20%	18,20%		
	Si	N	44	18		
		%	69,80%	81,80%		
Como fue el ingreso	Voluntario	N	28	7	2,121	0,346
		%	44,40%	31,80%		
	Tutores o familiares	N	29	14		
		%	46,00%	63,60%		
	DINAPEN	N	6	1		
	Dirección Nacional de Policía especializada en niños y adolescentes	%	9,50%	4,50%		

En la Tabla 10, el test de funcionamiento familiar, demostró que el buen funcionamiento familiar estuvo relacionado con depresión, el 90.9% (n=20) (Chi cuadrado: 1.495; p: 0.221).

En el test de calidad de vida, se observó una asociación estadísticamente significativa, entre los adolescentes con buena calidad de vida sin diagnóstico de depresión 79,4% (n=50) comparado con los adolescentes con depresión 45.5% (n=10) (Chi cuadrado 9.032. p: 0.003). (Tabla 10)

Tabla 10. Depresión relacionada al funcionamiento familiar, y calidad de vida.

VARIABLES		N /%	SIN DIAGNOSTICO DEPRESION	CON DIAGNOSTICO DEPRESION	X ²	P
Funcionamiento Familiar	No	N	13	2	1,495	0,221
		%	20,6%	9,1%		
	Si	N	50	20		
		%	79,4%	90,9%		
Calidad de vida Bienestar Fisico	Bueno	N	50	10	9,032	0,003
		%	79,4%	45,5%		
	Malo	N	13	12		
		%	20,6%	54,5%		
Calidad de vida Bienestar Emocional	Bueno	N	45	12	2,104	0,147
		%	71,4%	54,5%		
	Malo	N	18	10		
		%	28,6%	45,5%		
Calidad de vida Tiene autoestima	Bueno	N	54	21	1,49	0,222
		%	85,7%	95,5%		
	Malo	N	9	1		
		%	14,3%	4,5%		
Calidad de vida Bienestar con la Familia	Bueno	N	56	21	0,824	0,364
		%	88,9%	95,5%		
	Malo	N	7	1		
		%	11,1%	4,5%		
Calidad de vida Bienestar con los Amigos	Bueno	N	60	22	1,086	0,297
		%	95,2%	100,0%		
	Malo	N	3	0		
		%	4,8%	0,0%		
Calidad de vida Bienestar en el Colegio	Bueno	N	45	19	1,955	0,162
		%	71,4%	86,4%		
	Malo	N	18	3		
		%	28,6%	13,6%		

4.5 Resultados de Análisis bi-variable de Escala de Ansiedad de Hamilton

4.5.1 Análisis de Ansiedad y datos demográficos.

En la Tabla 11 se observa que la población femenina con ansiedad severa 61.5% (n=8) es significativamente mayor que la población masculina 38.5% (n=5) (Chi-cuadrado:15,570; p:0,000), y que en la adolescencia temprana existe incremento de ansiedad moderada con el 46.7% (n=7) a diferencia de ansiedad leve del 19.3% (n=11) y ansiedad severa de 0% (n=0) (Chi-cuadrado: 10,768; p: 0,029).

Tabla 11. Ansiedad relacionada con género, edad codificada escolaridad, residencia, y tipo de familia.

VARIABLE	CATEGORIA	N°/%	ANSIEDAD	ANSIEDAD	ANSIEDAD	X ²	p
			LEVE	MODERADA	SEVERA		
Género	Masculino	N°	48	14	5	15,57	0,000
		%	84,2%	93,3%	38,5%		
	Femenino	N°	9	1	8		
		%	15,8%	6,7%	61,5%		
Edad Codificada	Adolescencia Temprana	N°	11	7	0	10,77	0,029
		%	19,3%	46,7%	0,0%		
	Adolescencia Intermedia	N°	20	2	4		
		%	35,1%	13,3%	30,8%		
	Adolescencia Tardía	N°	26	6	9		
		%	45,6%	40,0%	69,2%		
Escolaridad	Educación general básica	N°	33	11	5	3,473	0,176
		%	57,9%	73,3%	38,5%		
	Bachillerato	N°	24	4	8		
		%	42,1%	26,7%	61,5%		
Residencia	Urbana	N°	37	12	6	3,497	0,174
		%	64,9%	80,0%	46,2%		
	Rural	N°	20	3	7		
		%	35,1%	20,0%	53,8%		
Con quien vive	Familia nuclear	N°	24	4	6	3,199	0,525
		%	42,1%	26,7%	46,2%		
	familia extendida	N°	6 _a	1 _a	0 _a		
		%	10,5%	6,7%	0,0%		
	familia monoparental	N°	27	10	7		
		%	47,4%	66,7%	53,8%		

4.5.2 Ansiedad y uso de sustancias, funcionamiento familiar y calidad de vida.

En la Tabla 12 se indica la relación entre ansiedad y consumo de sustancias y tipo de ingreso a los centros de acogida y adicciones, donde no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. ($p > 0.05$).

Tabla 12. Ansiedad relacionada al uso de sustancias, y tipo de ingreso a centros de acogida o adicciones.

VARIABLE	CATEGORIA	N°/%	ANSIEDAD	ANSIEDAD	ANSIEDAD	X2	p
			LEVE	MODERADA	SEVERA		
Edad de inicio de consumo	Infancia	N°	2	1	0	5,092	0,532
		%	85,7%	14,3%	0%		
	Adolescencia temprana	N°	12	4	2		
		%	66,7%	22,0%	11%		
	Adolescencia Intermedia	N°	22	5	10		
		%	59,5%	13,5%	27,0%		
Adolescencia tardía	N°	3	0	1			
	%	75,0%	0,0%	25,0%			
Ingreso al centro	Voluntario	N°	21	9	5	4,291	0,368
		%	60%	25,7%	14,3%		
	Tutores legales o familiares	N°	30	5	8		
		%	69,8 %	11,6%	18,6%		
	DINAPEN <small>Dirección Nacional de Policía especializada en niños y adolescentes</small>	N°	6	1	0		
		%	85,7%	14,3%	0%		
Consumo de drogas	No	N°	16	5	2	1,226	0,542
		%	28,1%	33,3%	15,4%		
	Si	N°	41	10	11		
		%	71,9%	66,7%	84,6%		

Con respecto a la calidad de vida, en relación al bienestar físico, los adolescentes con una mala percepción de su estado, contradictoriamente, fue mayor en ansiedad leve 38.6% (n= 22) comparado con ansiedad moderada 6.7% (n=1) y severa 15.4% 2 (n=2) observándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. (Chi-cuadrado: 7.286; p: 0,026). Con relación al bienestar emocional se encontraron diferencias significativas también entre los grupos, hallando mejor bienestar emocional en la ansiedad severa 11 (84.6%) que en la ansiedad leve 33 (57.9%) (Chi-cuadrado: 6.592; p: 0,037). Sin embargo en la percepción de autoestima se arrojaron resultados esperados, teniendo mejor autoestima los adolescentes con ansiedad leve del 94.7% (n=54) en relación a los que presentan ansiedad severa del 53.8%, y por lo tanto los adolescentes con baja autoestima y ansiedad severa fue mayor del 46.2% (n=6) comparado a los que presentaron ansiedad leve 5.3% (n=3) (Chi-cuadrado: 17.507; p: 0,000). (Tabla 13).

Tabla 13. Ansiedad relacionada al funcionamiento familiar, y calidad de vida.

VARIABLE	CATEGORIA	N°/%	ANSIEDAD			X2	p
			LEVE	MODERADA	SEVERA		
Funcionamiento Familiar	No	N°	11	2	2	0,345	0,842
		%	19,3%	13,3%	15,4%		
	Si	N°	46	13	11		
		%	80,7%	86,7%	84,6%		
Calidad de vida							
Bienestar físico	Bueno	N°	35	14	11	7,286	0,026
		%	61,4%	93,3%	84,6%		
	Malo	N°	22	1	2		
		%	38,6%	6,7%	15,4%		
Bienestar emocional	Bueno	N°	33	13	11	6,592	0,037
		%	57,9%	86,7%	84,6%		
	Malo	N°	24	2	2		
		%	42,1%	13,3%	15,4%		
Tiene autoestima	Bueno	N°	54	14	7	17,51	0,000
		%	94,7%	93,3%	53,8%		
	Malo	N°	3	1	6		
		%	5,3%	6,7%	46,2%		
Bienestar con la familia	Bueno	N°	53	12	12	2,401	0,301
		%	93,0%	80,0%	92,3%		
	Malo	N°	4	3	1		
		%	7,0%	20,0%	7,7%		
Bienestar con amigos	Bueno	N°	55	14	13	0,909	0,635
		%	96,5%	93,3%	100,0%		
	Malo	N°	2	1	0		
		%	3,5%	6,7%	0,0%		
Bienestar en el colegio	Bueno	N°	46	10	8	2,819	0,244
		%	80,7%	66,7%	61,5%		
	Malo	N°	11	5	5		
		%	19,3%	33,3%	38,5%		

CAPITULO V

DISCUSIÓN

En el estudio se buscó establecer la relación del ambiente familiar, consumo de sustancias, y calidad de vida, con ansiedad y depresión, en adolescentes de 12 a 17 años, que asisten a centros de acogida y adicciones, en Quito, Cotacachi, Pusuquí, y Guayaquil, periodo noviembre 2017 a julio 2018. Identificando que la edad media de los adolescentes que participaron en la investigación son de 15 años, la mayoría de los jóvenes se encuentran en la adolescencia tardía (17-20 años), de sexo masculino, con un grado de escolaridad general básica, que proviene de familia monoparentales con residencia urbana. La mayoría de los adolescentes que asisten a centros de acogida y adicciones manifestaron que consumen drogas (72,90%), esto coincide con lo publicado Loor, Hidalgo, Macías, García, & Scrich (2018) investigó sobre las causas de las adicciones en jóvenes y adolescentes en Ecuador, manifestando que la dependencia a consumir drogas en adolescentes se encuentra entre la más alta en Sudamérica, en primer lugar se encuentra Chile. Al contrastar con adolescentes de 12 a 17 años de México, el consumo de drogas ilegales es de 7% (Rivera, 2017), en EEUU es de 25% (National Institute on Drug Abuse, 2013).

Sin embargo, difieren de los registros de las Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), los cuales reportan que para el 2010, el 51% de los adolescentes ecuatorianos son consumidores de drogas ilícitas. Es importante considerar que los adolescentes que participaron en el actual estudio son grupos de riesgos para el consumo de drogas, por eso las cifras son más altas que los reportados en otros países, esto lo informa la Secretaria de Ejecutiva de Consejo Nacional de Control de Sustancias y Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), quienes manifiestan que los grupos de riesgos en Ecuador son los estudiantes de secundaria, los estudiantes

universitarios, los adolescentes que frecuentan centros de adicciones, los niños que viven en la calle, los detenidos carcelarios.(Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador, 2012)

El 75,3% de los adolescentes de 12 a 17 años, que asisten a centros de acogida y adicciones presenta trastornos por consumo de sustancias (Criterios de Diagnósticos del DSM V), de los cuales el 28,2% es nivel trastorno leve, 25,9% moderado y 21,2% grave. Pérez (2013), expresa que el DSM-V, describe el trastorno crónico, caracterizado por la adicción por el consumo de las drogas, que establece un malestar o deterioro clínico. Estos hallazgos concuerdan con lo publicado por Batlle (2014), menciona que el trastorno por abuso de sustancias en adolescentes y jóvenes con problemas de conducta o delincuentes son aproximadamente 80%. El Centro Canadiense de Abuso de Sustancias (2015), estima que una de cada seis personas que consumen drogas durante la adolescencia desarrollará un trastorno por consumo de estas sustancias.

Las drogas que más consumen los adolescentes de 12 a 17 años, que asisten a centros de acogida y adicciones son la marihuana (96,8%), la cocaína (62,9%) y los hongos (22,6%), además han consumido entre una y dos drogas. Estos hallazgos son similares a diversas investigaciones como la Centurión & Rodríguez (2017), UNODC (2013) y Lucchese, Burrone, Enders, & Fernández (2013) aducen que los adolescentes consumen con mayor frecuencia la marihuana o cannabis (OMS, 2009), es una droga ilegal con efecto alucinógeno de fácil acceso (CONSEP, 2012), que de acuerdo a ONUDD (2006), los estudiantes chilenos, son los que más consumen esta droga (24%), en Uruguay es del 19%, si se compara con cifras de España, el 62% de los adolescentes escolares utilizan esta la marihuana con una frecuencia continua y el 44% emplea éxtasis (Espada, Botvin, Griffin, & Méndez, 2003).

Según el Centro Canadiense de Abuso de Sustancias (2015), una cuarta parte de los jóvenes canadienses entre 15 y 24 años informaron haber consumido cannabis en 2013, convirtiéndose en la droga ilegal más comúnmente utilizada en este grupo de edad. Es motivo de gran preocupación el 27,4% de los jóvenes que consumieron cannabis diariamente o casi a diario durante los últimos tres meses, la razón de esta frecuencia de uso de la droga es que los adolescentes manifiestan que es una droga segura, no adictiva. (Centro Canadiense de Abuso de Sustancias, 2015; Volkow et al., 2011)

El consumo regular de marihuana durante la adolescencia interfiere con la función y el desarrollo del sistema cerebral, como resultado, los jóvenes que usan marihuana regularmente corren el riesgo de tener efectos nocivos en su salud mental y funcionamiento cognitivo, así como en el desarrollo de la dependencia de esta droga. (Centro Canadiense de Abuso de Sustancias, 2015; Volkow et al., 2011)

Los adolescentes que más consumen drogas son los de sexo masculino e iniciaron el consumo en la edad intermedia (14 a 16 años), esto es confirmado por Guadalupe (2017), quien manifiesta que la edad en que utilizan por primeras drogas ilegales los adolescentes estudiantes del país es de 14 años, la marihuana a los 14,88 años, la cocaína a los 14,72 años. No obstante, difiere parcialmente de lo estudiado por Sánchez, Villarreal, Ávila, Vera, & Musitu (2014), quienes evaluaron un modelo explicativo del consumo de drogas ilegales en 1285 adolescentes de edades entre 12 a 20 años, de 4 centros educativo de Monterrey, identificando que no existe diferencia entre los sexos de los adolescentes que usan drogas, aunque concuerda en que el rango de inicio de experimentar con drogas ilícitas es de 14 a 17 años. De acuerdo a Ramos & Moreno (2010), el consumo de drogas ilegales hasta los 14 años, la cantidad y frecuencia de consumo es relativamente baja, a partir de esa edad es mayor el consumo

de estas sustancias hasta un máximo que se logra al inicio de la edad adulta de 18-25 años, luego existe un decrecimiento significativo, además aclara que la relación entre las variables de edad de inicio y sexo con respecto al consumo de drogas ilegales no se ha profundizado en las investigaciones.

Según Schinke, Fang, & Cole (2008), adolescentes de sexo masculino están expuestos a más factores de riesgos para la ingesta de drogas, contextuales y personales, en comparación con las pares femeninas, que son más protegidas por la sociedad, comunidad, personales y familiares, esta protección impide que las adolescentes corran el riesgo de exponerse al consumo de drogas.

La mayoría de los adolescentes proviene de una ambiente familiar favorecido (82,4%), con un buen funcionamiento familiar (factor afectivo funcional, factor afectivo disfuncional, patrones de comunicación disfuncional, patrones de comunicación funcionales, resolución de problemas y patrones de control de conducta) y con una estructura de familia monoparental. De acuerdo a Díaz & Amaya (2012), los adolescentes que tiene mayor tendencia al consumo de drogas ilegales y legales o que consumen estas sustancias, son los que provienen de un estructura familiar de un solo padre-madre (monoparental), con divorcios y segundos casamiento.

UNODC (2013), aducen que aproximadamente el 77,5% de los adolescentes con problema por consumo de drogas pertenecen a familia donde uno de los miembros presentan antecedentes de consumo de sustancias ilegales, al igual que proceden de familias monoparentales o separadas, estos son factores de riesgos.

Es necesario considerar que en la actual investigación los resultados mediante la Evaluación del Funcionamiento Familiar indican que provienen de una familia favorecida, carecen de la otra figura paterna que los guíe, además es posible que el

estilo de crianza sea negativa, fallas en las relaciones afectivas, falta de control del padre-madre (Fischer, Forthun, Pidcock, & Dowd, 2007). Sin embargo, Díaz & Amaya (2012) expresa que la historia parental y la estructura familiar no son factores que influyen directamente al consumo de drogas en los adolescentes, que dependen del tipo de relaciones intrafamiliares y de que los padres consuman drogas. Es por esto que las buenas relaciones intrafamiliares y funcional son la clave para mantener a los adolescentes alejados de las drogas, establecer los límites claros, las reglas y normas en el hogar, mantener la jerarquía, una adecuada comunicación, es la mejor manera de confrontar este gran problema en la sociedad. (Gomez et al., 2008)

En cuanto a la calidad de vida de los adolescentes del presente estudio, se evidenció mediante la aplicación del test de calidad de vida Kiddo- Kindl, que la mayoría exhiben niveles altos porcentuales de un buen bienestar con amigos, colegio, autoestima, los menores valores son bienestar físico y emocional, la calidad de vida es un percepción de cada ser humano sobre la satisfacción de la vida, según Fernandez, Fernandez, & López (2016), el consumo de droga afecta áreas personales, biológicas, psíquica y social, que son los conflictos en esas áreas que lleva al consumidor de droga a buscar ayuda mediante tratamiento, generalmente los adolescentes que consumen drogas presentan una deficiencia de afecto y comprensión familiar que los lleva a buscar alternativas para sentirse seguro y escapar de la realidad, esta lucha constante de sentimientos que tiene los adolescentes, lo hacen proclive a buscar en la droga la mejor opción o salida a la desesperación o angustia, debido a que estas sustancias tiene la función de liberar de forma artificial las tensiones, de esta manera evade la vida real y los problema familiares mediante el consumo de drogas (UNODC, 2013), es por eso que reportan que el bienestar emocional de los adolescentes es de 67,1%, este factor es considerado como lo más parecido a la felicidad, en función de la actitud positiva. De

acuerdo a Pérez (2013), los adolescentes que consumen drogas presentan alteraciones de la percepción y de las experiencias de diferentes emociones, es decir exhiben una tendencia de problemas de cómo experimentan o perciben las emociones, tanto negativas como positiva, por la interacción en el organismo de la sustancia adictiva. Sin embargo, los resultados del estudio actual difieren parcialmente de la investigación de Fernandez et al.(2016), quienes identificaron la calidad de vida de 100 pacientes en tratamientos por consumo de drogas ilegales, en Lugo- España, mediante un cuestionario SF-36, describieron que el rol emocional (60,2%), el componente mental (63,3) y la salud general (58,1%) de los pacientes son los factores de la calidad de vida más afectados por el consumo de drogas, entre los menos propensos están la función física (87,0%), rol físico (75,6%) y función social (74,8%). Concordando con el presente estudio en el rol emocional, donde se reporta los menores valores de bienestar de la percepción de calidad de vida y difieren en la función física, debido a que el actual estudio los valores del bienestar físico son los que más incide el consumo de droga, una posible razón es por el método de recolección de datos o la población de estudio.

Es importante señalar que el 100% de los adolescentes que participaron en el presente estudio experimentan ansiedad de acuerdo a los parámetros del Test de ansiedad de Hamilton, donde el 67,1% de los jóvenes presentan ansiedad leve, 17,6% ansiedad moderada y 15,3% ansiedad severa. Al revisar la literatura se demuestra que los valores de ansiedad en adolescentes dependen de las sustancias que consumen, la mayor ansiedad lo padecen adolescentes que utilizan drogas legales (alcohol y tabaco) que presentan valores de ansiedad entre 22 al 68%, seguido de los que consumen opiáceos que los trastornos son entre 16-28%, también los que usan sustancias psicoactivas con el 24%. (Iruiria, Caballero, & Ovejero, 2009). Estos hallazgos no muestran similitud con lo investigado por Grant et al. (2004), quienes presentaron datos

representativos a nivel de EE.UU sobre la prevalencia y la comorbilidad de los trastornos por consumo de alcohol y drogas DSM-IV y los trastornos del estado de ánimo y ansiedad (incluidos aquellos que no son inducidos por sustancias y que no se deben a una afección médica general), en un seguimiento de 12 meses, demostraron que las prevalencias de trastornos del estado de ánimo y ansiedad fueron del 9,21% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 8,78% - 9,64%) y del 11,08% (IC 95%: 10,43% - 11,73 %), respectivamente. La tasa de trastornos por uso de sustancias fue del 9,35% (IC 95%, 8,86% -9,84%). Solo unas pocas personas con trastornos del estado de ánimo o ansiedad se clasificaron como personas que solo tenían trastornos inducidos por sustancias, es importante señalar que en este estudio se hizo la diferencia entre la ansiedad por consumo de sustancias y las generadas por otras razones (independientes).

Al contrastar la ansiedad con el sexo, se evidenció que existe relación entre estas variables ($p < 0,05$), donde las adolescentes de sexo femenino presentan ansiedad severa, en comparación con los hombres que padecen de ansiedad leve. Estos resultados concuerdan con Ospina, Hinestrosa, Paredes, Guzmán, & Granados (2011), identificaron que entre las mujeres en edad de adolescencia son más ansiosa que los hombre ($p = 0,0002$), asocian esta diferencia con que las mujeres están más influenciadas a consumir drogas por los problemas personales y los afectos negativos, elevando los niveles de ansiedad, mientras que los hombres el consumo de droga es para lograr experiencias positivas. Según Pérez (2013), las mujeres son más propensas al consumo de drogas por la descompensación del eje hipotálamo- pituitaria adrenocortical, por lo que son más atraídas a estas emociones negativas, debido a que existe una relación entre la mayor cantidad de emociones en ese eje.

Además, se demostró asociación entre la ansiedad con la edad de los adolescentes, en específico los de adolescencia temprana experimentan una ansiedad

moderada ($p < 0,05$), según Behrendt, Wittchen, Höfler, Lieb, & Beesdo (2009), quienes investigaron sobre el riesgo y la velocidad de transición del uso temprano de las sustancias (SU) al trastorno por consumo de sustancias (SUD) en función de la edad de primer uso, estudiando a 3021 adolescentes de la comunidad del área metropolitana de Munich (Alemania) con edades entre 14-24 años al inicio del estudio fueron seguidos prospectivamente durante 10 años. SU y SUD fueron evaluados usando el DSM-IV/ M-CIDI, evidenciando que el inicio temprano del uso de drogas ilegales está relacionado con un riesgo elevado de trastorno por consumo de sustancias, el comienzo del consumo de sustancias al inicio de la fase de la adolescencia se asocia con un riesgo elevado de sufrir de ansiedad, depresión, alteraciones del sistema nerviosos, debido a que el cerebro de los adolescente están en pleno desarrollo, lo que incide en que se genere un mayor abuso de las drogas, hasta llegar a la dependencia de ellas para poder vivir, así como el desarrollo de trastorno por uso de opiáceos en la adultez (Alcívar et al., 2015; Velásquez & Ortiz, 2014).

El estudio de la ansiedad de los adolescentes con respecto al consumo de drogas es contradictorio, de acuerdo a la revisión bibliográfica, en primer lugar los jóvenes consumen drogas como medio para calmar la ansiedad social, familiar y propia de la misma edad, no obstante en el período de abstinencia causa ansiedad por no consumo de las sustancias y durante el consumo frecuente, los adolescentes sienten niveles de ansiedad en algunos casos leves hasta moderado. Es por lo antes expuesto que se requiere identificar la ansiedad en función del tipo de droga consumida y si está en un período de abstinencia o no. Según Grant et al. (2004), el diagnóstico de los actuales trastornos del estado de ánimo o de ansiedad entre los consumidores de sustancias activas se complica por el hecho de que muchos síntomas de intoxicación y abstinencia de drogas se asemejan a los síntomas del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad.

Sobre esto el Centro Canadiense de Abuso de Sustancias (2015), expresan que las conexiones entre el consumo de marihuana y otras enfermedades mentales, especialmente la ansiedad, son menos claras, inicialmente se pensó que los adolescentes con ansiedad y trastornos del estado de ánimo se automedicaron con marihuana para mejorar los síntomas, es decir existe una relación compleja, de modo que la ansiedad puede mejorarse o reducirse después del uso de marihuana. Esta droga podría conducir a una desregulación del sistema de respuesta al estrés del cuerpo, que tiene implicaciones para el desarrollo del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad, es por esto que se requiere estudiar más sobre los factores biológicos y ambientales, para lograr una mejor comprensión de esta relación (Steiner & Wotjak, 2008).

Lo que sí está claro es la asociación del consumo de drogas con el padecer depresión e incidir en la calidad de vida, información confirmada en el actual estudio, donde el 74,1% de los adolescentes que asisten a centros de acogida y adicciones presentan depresión, dividida en los siguiente niveles de acuerdo a la escala de Hamilton; 28,2% depresión ligera, 20% depresión muy severa, 12,9% modera y 12,9% severa. Además, se evidenció que los que tenían un buen bienestar físico no presentaban depresión (p: 0.003). En función de la literatura se ha demostrado esta relación el consumo de droga en adolescentes con la depresión, conjuntamente con el comportamiento delictivo, como predictores del desajuste social psicológico de los jóvenes que consumen sustancias ilegales (Sánchez et al., 2014).

La investigación de Harder, Stuart, & Anthony (2008), difiere de lo determinado en el presente estudio, este autor identificó los problemas de cannabis en adolescentes y depresión en adultos jóvenes, evidenciando que no existe una asociación causal que vincule los problemas de la droga (cannabis) en la adolescencia con la depresión, atribuyendo este comportamiento a que la depresión causa que los individuos manejen

sus síntomas a través de la automedicación mediante el uso de cannabis, la otra opción es la influencia genética o ambiental como causa de depresión y consumo de cannabis, considerando que la depresión a menudo comienza antes que el uso de sustancias.

Es necesario enfatizar que en los adolescentes que visitan los centros de acogidas, presentan un alto valor de depresión lo cual está relacionado con el bienestar emocional y físico, desde la perspectiva emocional se involucra factores familiares, sociales y sentimientos. Según Torikka (2017), los adolescentes que consumen sustancias que provienen de un deficiente funcionamiento social y familiar están en riesgo de ideación suicida (un precursor conocido de los intentos de suicidio), se ha establecido que la satisfacción autoinformada con las relaciones en la familia reduce la probabilidad de pensamientos suicidas y el mejor entorno para un adolescente es una familia con ambos padres biológicos. La discordia familiar y las relaciones negativas con los padres se asocian con un mayor riesgo de suicidio en los adolescentes deprimidos y parece esencial tener en cuenta las relaciones intrafamiliares en los adolescentes deprimidos para evitar las conductas suicidas. Sin embargo, en la actual investigación no fue posible demostrar estadísticamente la relación de la ansiedad y depresión de los adolescentes que consumen drogas con el ambiente familiar.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

- La mayor población del estudio se encuentra en la adolescencia tardía, 48,2%, correspondiendo el 78.8% al género masculino, a pesar de lo cual más de la mitad se encuentra en educación básica 57.6%. En su mayoría eran solteros 94.1%, con residencia urbana 64.7%.
- De este grupo el 72,9%, son consumidores de drogas, ellos inician su consumo en la adolescencia intermedia ósea entre los 14 a 16 años, con un porcentaje de 36,1%.
- Los resultados del consumo de sustancias demostraron que en la población de estudio, 27,1% no consumen drogas. El 28,2% presento un trastorno leve, el 25,9% un trastorno moderado, y el 21,2%, presento un trastorno grave de adicción.
- La droga que más consumen es la marihuana y la cocaína con un 96,8%, y 62,9% respectivamente.
- Se identificó como se relaciona el consumo de sustancias y el ambiente familiar ya que de los jóvenes incluidos en el estudio, se demostró que 51,8%, es decir 44 de los 85 jóvenes, se encuentran dentro de familias monoparentales.
- Contrario a lo esperado, 82,4%, disfruta de un ambiente familiar favorecedor según el test de funcionamiento familiar.
- El funcionamiento familiar adecuado se relaciona a ansiedad severa en, 84.6%, el 86,7% presenta ansiedad moderada, y el 80.7% ansiedad leve.

- En la percepción de calidad de vida en el factor de autoestima se arrojaron resultados esperados, teniendo los adolescentes con ansiedad leve mejor autoestima 94,7% en relación a los que presentan ansiedad severa 53,8%.
- En la calidad de vida, relacionada con bienestar emocional se encontró diferencias significativas también entre los grupos, evidenciándose mejor bienestar emocional en ansiedad severa 84.6%, que en la ansiedad leve 57,9%.
- En la percepción de autoestima en la calidad de vida, los adolescentes con baja autoestima y ansiedad severa fue de 46.2%, comparado a los que presentaron ansiedad leve 5.3%.
- Todos los adolescentes incluidos en el estudio tienen ansiedad, la mayoría de tipo leve 67,1%. Y de estos la población femenina presenta ansiedad severa 61,5%, es significativamente mayor que la población masculina 38,5%.
- El test de depresión de Hamilton evidencia que el 25,9% no presenta signos o síntomas de depresión; de aquellos que la presentan, la mayoría es de tipo menor 28.2%.
- En la población encuestada 81% del género masculino, no presento depresión, mientras, que 27,3% de adolescentes del sexo femenino si la padecen.
- En la calidad de vida se evidenció que el bienestar físico adecuado, presentó diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes sin diagnóstico de depresión, comparado con los adolescentes con depresión 79,4%.
- De la población de estudio, la mayoría no ha recibido tratamiento anterior para las adicciones 65.9%. De estos 5,9%, ha recibido hasta 3 tratamientos con ingresos anteriores. El ingreso al centro de acogida y adicciones en la población de estudio fue hecho en su mayoría por familiares 50.6%.

RECOMENDACIONES

Terminado el presente estudio se realiza las siguientes recomendaciones:

- Para futuros estudios relacionados con el tema, se debería estudiar de forma individual a la población de adolescentes en centro de acogida sin problemas de adicciones con la presencia de ansiedad y depresión, y los adolescentes en centros de rehabilitación con drogodependencia, ya que en el estudio es difícil distinguir si los altos niveles de ansiedad y depresión estuvieron antes del consumo de sustancias, o son una consecuencia de ello.
- También se recomienda al estudiar la calidad de vida, en los centros de acogida, aumentar los criterios de exclusión, para homogenizar la muestra, muchos adolescentes se encuentran casi desde el nacimiento, que lo dificulta aplicar un solo test, por no existir una clara diferenciación entre familia, amigos y colegio, pudiendo dar datos sesgados.
- En relación sobre el funcionamiento familiar y consumo de sustancias con ansiedad y depresión es necesario reestructurar su abordaje, en la actualidad las familias monoparentales son cada vez más comunes, siendo percibidas como normal, al igual que las familias nucleares donde padre y madre trabajan, dejando el cuidado de sus hijos a terceras personas, cada situación alejándose de su concepto original y teniendo un impacto diferente en los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Abaitua, B., & Ruiz, M. (1990). Expectativas de autoeficacia y de resultados en la resolución de tareas de anagramas. *Rev. de Psicol. Gral. y Aplic.*, 43(1), 45–52.
- Aguilar, E., Mendoza, M., Valdez, G., López, M., & Camacho, R. (2012). Disfunción cerebral en las adicciones. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17(2), 119–124.
- Alcívar, C., Calderón, J., & Jácome, N. (2015). ¿Uso de las Drogas afectan la Sociedad o “contribuyen al turismo”? y sus riesgos en jóvenes y adolescentes. In CCCSS *Contribuciones a las Ciencias Sociales* (p. 21).
- American Psychiatric Association. (2016). MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE TRASTORNOS MENTALES, QUINTA EDICIÓN DSM-5. Retrieved September 23, 2018, from https://www.google.com.ec/search?rlz=1C1CHBF_esEC813EC814&biw=1129&bih=571&ei=p2unW_TYJ9LCzwLMtp7ACg&q=Suplemento+del+MANUAL+DIAGNÓSTICO+Y+ESTADÍSTICO+DE+TRASTORNOS+MENTALES%2C+QUINTA+EDICIÓN+DSM-5@+septiembre+2016&oq=Suplemento+del+MA
- American Psychiatric Association. (2017). *Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales* (5a ed.). Arlington: APA.
- Araiza, V., Silva, A., Coffin, N., & Jiménez, L. (2009). Hábitos de estudio, ambiente familiar y su relación con el consumo de drogas. *Psicología y Salud*, 19(2), 237–245.
- Barradas, M. (2014). *Depresión en Estudiantes Universitarios: Una Realidad Indeseable* (1a ed.). México D.F: Palibrio.
- Batalla, A., Bhattacharyya, S., Yücel, M., Fusar-Poli, P., Crippa, J., Nogué, S., ... Martin-Santos, R. (2013). Structural and functional imaging studies in chronic cannabis users: a systematic review of adolescent and adult findings. *PLoS One.*, 8(2), e55821.
- Batlle, S. (2014). *Trastorno por consumo de sustancias en niños y adolescentes*. Barcelona.
- Behrendt, S., Wittchen, H., Höfler, M., Lieb, R., & Beesdo, K. (2009). Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: Is early onset associated with a rapid escalation? *Drug and Alcohol Dependence* 99, 28(1), 68–78.
- Brenes, S., & Esquivel, L. (2016). Dependencia a opioides y su tratamiento. *Revista Clínica de La Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 1(1), 87–92.
- Bulbena, A., Bobesb, J., Luquec, A., Dal-Réc, R., Ballesterosd, J., Ibarrad, N., & GVEEP. (2003). Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)*, 121, 367–374. Retrieved from https://www.google.com.ec/search?rlz=1C1CHBF_esEC813EC814&biw=1034&bih=620&ei=I1SnW6W6IJD4zgKTjp3ICA&q=+Validación+de+las+versiones+en+español+de+la+montgomery+Anxiety+Rating+Scale+para+la+evaluación+de+la+depresión+y+de+la+ansiedad.+M
- Caudevilla, F. (2017). *Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*.
- Centro Canadiense de Abuso de Sustancias. (2015). *The Effects of Cannabis Use during*

Adolescence. Toronto.

- Centurión, C., & Rodríguez, M. (2017). Conocimiento y consumo de drogas ilegales en estudiantes de un colegio público. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 15(2), 14–20.
- CONSEP. (2012). *Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años*. Quito: Imprenta Full Color.
- Damez-Werno, D., Sun, H., Scobie, K., Shao, N., Rabkin, J., Dias, C., ... Gancarz, A. (2016). Histone arginine methylation in cocaine action in the nucleus accumbens. *Proc Natl Acad Sci*, 113(34), 9623–9628.
- Degenhardt, L., Chiu, W.-T., Sampson, N., Kessler, R., Anthony, J., Angermeyer, Matthias Bruffaerts, R., ... Wells, E. (2008). Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *Plos Medicine*, 3(1), 21–28.
- Díaz, K., & Amaya, M. (2012). Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes. *Av. Enferm*, 30(3), 37–59.
- DiClemente, C., Nidecker, M., & Bellack, A. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 25 – 35.
- Enciclopedia Británica. (2009). La Familia: conceptos, tipos y evolución. In *Enciclopedia Británica* (1a ed., p. 6).
- Espada, J., Botvin, G., Griffin, K., & Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles Del Psicólogo*, 23(84), 9–17.
- Estévez, E., Jiménez, T., & Musitu, G. (2011). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes* (3a ed.). Nau Llibres.
- Estrada, L. (2015). *La familia*. México D.F.
- Fantin, M., & García, H. (2011). Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. *Liberabit. Revista de Psicología*, 21(1), 141–151.
- Fernandez, V., Fernandez, A., & López, J. (2016). La calidad de vida desde la perspectiva de las adicciones. *Rev Calid Asist*, 31(1), 3---9.
- Fischer, J., Forthun, L., Pidcock, B., & Dowd, D. (2007). Parent Relationships, Emotion Regulation, Psychosocial Maturity and College Student Alcohol Use Problems. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(7), 912–926.
- Forselledo, A., & Esmoris, V. (1994). *Consumo de Drogas y Familia Situación y Factores de Riesgo. Asociación Uruguaya para la Prevención del Alcoholismo y la Farmacodependencia*. Montevideo.
- García, V., Rodríguez, S., Córdova, A., & Fernández, M. (2016). Diagnóstico macrosocial de riesgo del consumo de drogas en México. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(3), 2516–2526.
- Gerali, S. (2011). *Qué hacer cuando los adolescentes se deprimen y contemplan el suicidio* (1a ed.). Madrid: Vida Publishers.
- Gómez, C., & Hernández, G. (2015). *Psiquiatría clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos* (3a ed.). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

- Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Uribe, M., & Santacruz, H. (2008). *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos* (3a ed.). Bogotá: Médica Panamericana.
- Gómez, D., Gutiérrez, M., & Londoño, S. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia: Avances de La Disciplina.*, 7(1), 45–51.
- González-Brambila, J., Angel-Ayala, M., & Guzmán-Alvarado, M. (2016). Uso y abuso Indebido de los medicamentos. *Revista Científicas*, 43(2), 23–32.
- Goti, J. (2008). *Casi un 70% de los jóvenes con trastorno psiquiátrico consume tabaco, alcohol y cannabis, según un estudio Catalán.*
- Grant, B., Stinson, F., Dawson, D., Chou, S., Dufour, M., Compton, W., ... Kaplan, K. (2004). Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 61(8), 80–816.
- Guadalupe, C. (2017, September). Consumo de drogas, cifras que todo padre debe saber. *El Universo*, p. 1.
- Hanson, K., Cummins, K., Tapert, S., & Brown, S. (2011). Changes in neuropsychological functioning over 10 years following adolescent substance abuse treatment. *Psychol Addict Behav*, 25(1), 127–142.
- Harder, V., Stuart, E., & Anthony, J. (2008). Adolescent Cannabis Problems and Young Adult Depression: Male-Female Stratified Propensity Score Analyses. *Am J Epidemiol*, 168(6), 592–601.
- Hidalgo, M., & Ceñal, M. (2014). Adolescencia aspectos físicos psicologicos y sociales. *Anales de Pediatría Continuada*, 12, 42–46. Retrieved from https://www.google.com.ec/search?rlz=1C1CHBF_esEC813EC814&biw=1129&bih=571&ei=7munW-f5OYqYZwLatYCQAw&q=adolescencia+aspectos+fisicos+psicologicos+y+sociales%2C+ceñal&oq=adole&gs_l=psy-ab.1.0.35i39k1j0i67k113j0i20i263k1j0i5.737792.743225.0.747471.60.1
- Irurtia, M., Caballero, V., & Ovejero, A. (2009). Trastorno de ansiedad provocada por sustancias psicoactivas. *Behavioral Psychology*, 17(1), 155–16.
- Lisdahl, K., Gilbert, E., Wright, N., & Shollenbarger, S. (2013). The impacts of adolescent alcohol and marijuana use onset on cognition. *Send to Front Psychiatry*, 1(4), 53–59.
- Lizasoain, I., Moro, M., & Lorenz, P. (2002). Cocaína: Aspectos farmacológicos. *ADICCIONES*, 14(1), 57–64.
- Loor, P., & Tigua, J. (2015). *Factores que Influyen en la Sustancia Psicotrópicas en los Adolescentes de 13 A 14 años de edad del Colegio Vicente Rocafuerte, 2014-2015.* Universidad de Guayaquil.
- Loor, W., Hidalgo, H., Macías, J., García, E., & Scrich, A. (2018). Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *AMC*, 22(2), 130–138.
- López, F., León, R., Godo, J., Muela, J., & Araque, F. (2003). Factores familiares que inciden en las drogodependencias. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 13(1), 203–230.
- Losada, A., Marmo, J., Violante, R., Potes, M., & Bello, A. (2017). *Análisis familiar. Visión*

integradora de familias de la ficción (1a ed.). México D.F: Limusa.

- Lucchese, M., Burrone, M., Enders, J., & Fernández, A. (2013). Consumo de sustancias y escuela: un estudio en adolescentes escolarizados de Córdoba. *Revista de Salud Pública*, XVII(1), 32–41.
- Luna Portilla, M. del R., Arellano López, J., & Velasco Campos, M. L. (2006). *Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF)*. Pax-México. Retrieved from https://www.google.com.ec/search?rlz=1C1CHBF_esEC813EC814&biw=1129&bih=571&ei=rmqnW_7xDcfazgKFhJKIDw&q=Cuestionario+de+Evaluación+del+Funcionamiento+Familiar+%28EFF%29+Velasco+Campos%2C+María+Luisa+%26+Luna+Portilla%2C+María+del+Roció
- Martínez-González, J., Vilar- López, R., Becoña- Iglesias, E., & Verdejo-García, A. (2016). Self-deception as a mechanism for the maintenance of drug addiction. *Psicothema*, 28(1), 13–19.
- Masferrer, L., Font-Mayolas, S., & Gras, M. (2012). Satisfacción con la vida y consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. *Dianet. : Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría*, 102(1), 2–8.
- Medina-Mora, M., Rafful, C., Villatoro, J., Oliva, N., Bustos, M., & Moreno, M. (2015). Diferencias sociodemográficas entre usuarios de inhalables, usuarios de otras drogas y adolescentes no consumidores en una muestra mexicana de estudiante. *Revista Internacional de Investigación En Adicciones*, 1(1).
- Meier, M., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R., ... Moffitt, T. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 109(40), E2657-64.
- Miñarro, J., Aguilar, M., & Rodríguez, M. (2014). Efectos a Largo Plazo del Consumo de Éxtasis. In *XII Jornadas sobre Drogodependencias: Ocio y Drogas de Síntesis* (p. 14). Valencia.
- Modino, I. (2012). Un centro de psicología para toda la familia.
- Moreno, A. (2015). *La adolescencia* (2a ed.). Barcelona: Ediciones Gárficas Rey, S.L.
- Morla, R., Saad, E., & Saad, J. (2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV(2), 141–166.
- National Institute on Drug Abuse. (2013). *Tendencias nacionales sobre el consumo de drogas*.
- NHI. (2014). *Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento. La Ciencia de la Adicción* (1a ed.). Atlanta: Institutos Nacionales de Salud.
- Nonnemaker, J., Crankshaw, E., Shive, D., Hussin, A., & Farrelly, M. (2011). Inhalant use initiation among US adolescents: evidence from the National Survey of Parents and Youth using discrete-time survival analysis. *Addict Behav*, 36(8), 878–881.
- Oliva, E., & Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11–20.
- OMS. (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública*. Washington: OPS.
- ONUDD. (2006). *Jóvenes y drogas en países sudamericanos: Un desafío para las políticas*

públicas (1a ed.). Lima.

- Ospina, F., Hinestrosa, M., Paredes, M., Guzmán, Y., & Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Red de Salud Pública*, 13(6), 908–920.
- Palomo, T., & Jiménez, M. (2009). *Manual de psiquiatría* (1a ed.). Madrid: Grupo ENE Publicidad S.A.
- Paullier, J. (2012). “Calidad de Vida, un constante aprendizaje”, de Juan Carlos Paullier.
- Pérez, M. (2013). Aleteraciones emocionales en pacientes drogodependientes. *XV Jornadas de La Asociación Proyecto Hombre*, 81(1), 13–15.
- Prochaska, J., Norcross, J., & Diclemente, C. (2013). Applying the stages of change. *Psychotherapy in Australia*, 19(2), 10–15.
- Ramos, J. (2014). *Curriculum Vitae de Jesús Ramos Brieva*.
- Ramos, P., & Moreno, C. (2010). Situación actual del consumo de sustancias en los adolescentes españoles: tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales. *Salud y Drogas*, 10(2), 13–36.
- Raspado, M. (2015). *La ansiedad: estrategias prácticas para manejarla paso a paso* (1a ed.). México D.F: BibliotecaOnline.
- Rivera, A. (2017, August). Se duplica consumo de drogas en jóvenes de 12 a 17 años: SSA. *El Universal*, p. 1.
- Rodríguez, E. (2016). <https://lamenteesmaravillosa.com/asi-afecta-consumo-drogas-la-salud-mental-la-adolescencia/>.
- Rodríguez, F., Sanchiz, M., & Bisquerra, R. (2014). Consumo de alcohol en la adolescencia. Consideraciones médicas y orientaciones educativas. *Salud Mental*, 37(1), 255–260.
- Rodríguez, R. (2012). Los productos de Cannabis sativa: situación actual y perspectivas en medicina. *Salud Mental*, 35(3), 32–42.
- Rojas, M. (2013). *abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar, valero 2013 - Buscar con Google*. Perú. Retrieved from https://www.google.com.ec/search?rlz=1C1CHBF_esEC813EC814&ei=MeelW4GiK43CzgLKhluwBw&q=abuso+de+drogas+en+adolescentes+y+jóvenes+y+vulnerabilidad+familiar%2C+valero+2013&oq=abuso+de+drogas+en+adolescentes+y+jóvenes+y+vulnerabilidad+familiar%2C+va
- San Molina, L., & Arranz, B. (2010). *Comprender la depresión : ¿qué es?, frecuencia y sus causas, síntomas, diagnóstico y tipos de depresión, alivio y tratamiento* (1a ed.). Barcelona: Amat Editorial.
- Sánchez-Sosa, J., Villarreal-Gonzalez, M., Ávila, M., Vera, A., & Musitu, G. (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados., sanchez-sosa - Buscar con Google. *Psychosocial Intervention*, 23, 69–78. Retrieved from https://www.google.com.ec/search?rlz=1C1CHBF_esEC813EC814&ei=0uilW__eINL8zgKMyYa4AQ&q=Contextos+de+socialización+y+consumo+de+drogas+ilegales+en+adolescentes+escolarizados.%2C+sanchez-sosa&oq=Contextos+de+socialización+y+consumo+de+drogas+ilegal
- Sánchez, J., Villarreal, M., Ávila, M., Vera, A., & Musitu, G. (2014). Contextos de

- socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 69–78.
- Schinke, S., Fang, L., & Cole, K. (2008). Substance Use among Early Adolescent Girls: Risk and Protective Factors. *J Adolesc Health*, 43(2), 191–194.
- Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. (2012). *Consumo de drogas ilícitas en adolescentes*. Quito.
- Soriano, Á. (2013). Evaluación estructural y funcional familiar.
- Steiner, M., & Wotjak, C. (2008). Role of the endocannabinoid system in regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis. *Prog Brain Res*, 170(1), 397–432.
- Torikka, A. (2017). *Depression and Substance Use in Middle Adolescence*.
- Tuesca-Molina, Rafael Centeno, H., Ossa, M., García, N., & Lobo, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla. *Revista Científica Salud Uninorte*, 24(1), 35–42.
- UNODC. (2013). *Abuso de droga en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar* (1a ed.). Lima: Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC).
- UNODC. (2016). *Factores etiológicos en el uso indebido de sustancias*. México D.F.
- Urzua, A., & Mercado, G. (2008). La Evaluación de la Calidad de Vida de los y las Adolescentes a través del Kiddo – Kindl. *Terapia Psicológica*, 26, 133–141. Retrieved from https://www.google.com.ec/search?rlz=1C1CHBF_esEC813EC814&biw=1129&bih=571&ei=l2inW8DIFYjCzwLauJKoDg&q=La+Evaluación+de+la+Calidad+de+Vida+de+los+y+las+Adolescentes+a+través+del+Kiddo+-+Kindl&oq=La+Evaluación+de+la+Calidad+de+Vida+d
- Velásquez, M., & Ortíz, J. (2014). Abuso de Drogas: Generalidades Neurobiológicas y Terapéuticas. *Actualidades En Psicología*, 28(117), 21–25.
- Volkow, N., Wang, G.-J., Fowler, J., Tomasi, D., & Telang, F. (2011). Addiction: Beyond dopamine reward circuitry. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 108(37), 15037–15042.
- Zavaleta, A. (2015). El impacto del narcotráfico en la salud pública. Coca y derivados cocaínicos.

ANEXOS

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Escala de Ansiedad de Hamilton		
Nombre del paciente: _____		
Fecha de evaluación _____ Ficha clínica: _____		
1 Ansiedad	Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.	Puntaje
	0 El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1 Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2 El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3 La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	4 La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
2 Tensión	Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.	Puntaje
	0 El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1 El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2 El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3 La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	

	4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
3 Miedo	Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	
4 Insomnio	Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.		Puntaje
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5	Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de		Puntaje

Dificultades en la concentración y la memoria	asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.		
	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.		
6 Animo deprimido	Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.		Puntaje
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.		
7 Síntomas somáticos generales (musculares)	Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.		
	0	No se encuentran presentes	Puntaje
	1	Presencia dudosa	
2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.		

	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	

8 Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinnitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.		Puntaje
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
9 Síntomas cardiovasculares	Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	

10 Síntomas respiratorios	Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..		Puntaje
	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
11 Síntomas gastrointestinales	Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	

12 Síntomas genito urinarios	Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	

	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
13		Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.	Puntaje
Síntomas autonómicos	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
14		Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, palido, hiperventilando o transpirando	Puntaje
Conducta durante la entrevista	0	El paciente no parece ansioso	
	1	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	2	El paciente está moderadamente ansioso	
	3	El paciente está claramente ansioso	
	4	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON

Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado	1
- Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto	3
- El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea	4
Sensación de culpabilidad	
- Ausente	0
- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones	2
- La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras	4
Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no merece la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz	
- Ausente	0
- Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora	1
- Dificultades para dormirse cada noche	2
Insomnio intermedio	
- Ausente	0
- El paciente se queja de estar inquieto durante la noche	1
- Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se	2

califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)	
<p>Insomnio tardío</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ausente - Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>Trabajo y actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ausente -Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones - Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación - Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Palabra y pensamiento normales - Ligero retraso en el diálogo - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Agitación psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabellos, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc. 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Ansiedad psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad 	<p>0</p>

- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla	3
- Terrores expresados sin preguntarle	4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, indigestión; Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias; Respiratorios: hiperventilación, suspiros, Frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
- Ausente	0
-Ligera 2.	1
- Moderada	2
- Grave	3
- Incapacitante	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
-Ninguno	0
-Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2
Síntomas somáticos generales	
-Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad	1
- Cualquier síntoma bien definido se califica 2	2
Síntomas genitales (tales como disminución de la libido y trastornos menstruales)	
-Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2

Hipocondría	
-No la hay	0
- Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.	3
- Ideas delirantes hipocondríaca	4
Pérdida de peso	
-Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana	0
- Pérdida de peso de más de 500 g en una semana	1
-Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)	2
Introspección (Insight: conciencia de enfermedad)	
-Se da cuenta de que está deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.	1
- Niega que esté enfermo	2

TEST DE CALIDAD DE VIDA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES KIDDO-KINDL.

INSTRUCCIÓN: Favor marcar con una X

Durante la semana pasada:

1.- Me sentí enfermo	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre.
2.- Me dolió algo					
3.- Estuve muy cansado o agotado					
4.- Tuve mucha fuerza o energía					

Durante la semana pasada....

1.- Me reí y divertí mucho	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre.
2.- Me aburrí mucho					
3.- Me sentí solo/a					
4.- Me sentí miedoso o inseguro					

Durante la semana pasada....

1.- Me sentí orgulloso/a de mí mismo/a	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre.
2.- Me gusto a mí mismo					
3.- Me sentí bien conmigo mismo					
4.- Tuve muchas buenas ideas					

Durante la semana pasada....

1.- Me lleve bien con mis padres	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre.
2.- Me sentí a gusto en casa					

3.-Tuvimos fuertes discusiones o peleas en casa.					
4.-Me sentí agobiado por mis padres.					

Durante la semana pasada...

1.- Hice cosas con mis amigos.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre.
2.- Les caí bien a los demás.					
3.-Me lleve bien con mis amigos/as.					
4.-Me sentí diferente de los demás.					

La semana pasada cuando estuve en el colegio..

1.- Pude hacer bien las tareas escolares.	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre.
2.- Me interesaron las clases.					
3.-Me preocupe por mi futuro.					
4.-Tuve miedo de sacar malas notas.					

CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

INSTRUCCIÓN: Totalmente de acuerdo (5), de acuerdo (4), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (2), totalmente en desacuerdo (1).

PREGUNTAS A REALIZAR	PUNTUACION				
	1	2	3	4	5
1.- Mi familia me escucha	1	2	3	4	5
2.- Si tengo dificultades, mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme	1	2	3	4	5
3. En mi familia ocultamos lo que nos pasa	1	2	3	4	5
4. En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos	1	2	3	4	5
5. No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
6. Raras veces platico con mi familia sobre lo que me pasa	1	2	3	4	5
7. Cuando se me presenta algún problema, me paraliza	1	2	3	4	5
8. En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	1	2	3	4	5
9. Mi familia es flexible en cuanto a las normas	1	2	3	4	5
10. Mi familia me ayuda desinteresadamente	1	2	3	4	5
11. En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	1	2	3	4	5
12. Me siento parte de mi familia	1	2	3	4	5
13. Cuando me enojo con algún miembro de la familia, se lo digo	1	2	3	4	5
14. Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas	1	2	3	4	5
15. Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas	1	2	3	4	5
16. Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia	1	2	3	4	5
17. En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa	1	2	3	4	5
18. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	1	2	3	4	5
19. Me siento apoyado(a) por mi familia	1	2	3	4	5
20. En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	1	2	3	4	5
21. Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia	1	2	3	4	5
22. Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia	1	2	3	4	5
23. Si falla una decisión, intentamos una alternativa	1	2	3	4	5
24. En mi familia hablamos con franqueza	1	2	3	4	5

25. En mi casa mis opiniones no son tomadas	1	2	3	4	5
26. Las normas familiares están bien definidas	1	2	3	4	5
27. En mi familia no expresamos abiertamente los problemas	1	2	3	4	5
28. En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos	1	2	3	4	5
29. Somos una familia cariñosa	1	2	3	4	5
30. En casa no tenemos un horario para comer	1	2	3	4	5
31. Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuáles son las consecuencias	1	2	3	4	5
32. Mi familia no respeta mi vida privada	1	2	3	4	5
33. Si estoy enfermo, mi familia me atiende	1	2	3	4	5
34. En mi casa, cada quien se guarda sus problemas	1	2	3	4	5
35. En mi casa nos decimos las cosas abiertamente	1	2	3	4	5
36. En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos	1	2	3	4	5
37. Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia	1	2	3	4	5
38. En mi familia expresamos la ternura que sentimos	1	2	3	4	5
39. Me molesta que mi familia me cuente sus problemas	1	2	3	4	5
40. En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta	1	2	3	4	5

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM V PARA TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS:

Diagnóstico se efectúa con 2 o más criterios de 11, en un período de 12 meses:

CONTROL DEFICITARIO	<p>Consumo de grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado de lo previsto.</p> <p>Deseos insistentes de dejar o regular su consumo y relata esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar este.</p> <p>Inversión de gran parte del tiempo intentando conseguir la droga, consumiéndola o recuperándose.</p> <p>Deseo intenso de consumo</p>
DETERIORO SOCIAL	<p>El consumo recurrente puede llevar al incumplimiento de deberes en los ámbitos académicos, laborales o domésticos.</p> <p>Puede seguir consumiendo a pesar de los problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo.</p> <p>Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias.</p>
CONSUMO DE RIESGO	<p>Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en situaciones en las que provoca un riesgo físico.</p> <p>La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psíquico recurrente o persistente que probablemente se pueda originar o exacerbar por dicho consumo.</p>
CRITERIO FARMACOLÓGICO	<p>Tolerancia.</p> <p>Abstinencia.</p>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación, una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la Dra. Ana Maria Escobar y la Dra. Mariuxi Peñaloza, postgradistas de Pediatría, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, para obtener el título de Pediatra. La meta de este estudio es demostrar la relación del ambiente familiar, el consumo de sustancias y la calidad de vida con la presencia de cuadros de ansiedad y depresión de los jóvenes que acuden a los centros de acogida que han sido seleccionados, para la realización de este estudio.

Si su usted accede a que su hijo participe en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario y responder unos test. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. La participación en 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.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

He entendido todo lo que me ha sido explicado, entiendo 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.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Dra. Ana Maria Escobar, al teléfono 0995983889. Dirección: Pontevedra y Vizcaya. La Floresta. Quito- Ecuador. O a la Dra. Mariuxi Peñaloza Brito. Dirección San Carlos. Quito- Ecuador. Teléfono: 0984719651

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

ASENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este estudio es demostrar la relación del ambiente familiar, calidad de vida, consumo de sustancias con cuadros de ansiedad y depresión en adolescentes como tú. Somos médicos postgradistas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y hemos seleccionado a tu centro de acogida para nuestro estudio, por tal razón queremos que participes en el mismo. Tu participación en el estudio consistiría en responder nuestros test y cuestionarios, durante los cuales vamos a estar presentes y guiarte para que lo hagas de la mejor manera posible y en el menor tiempo posible.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá 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 si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema. Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados de mediciones, sólo 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 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:

Dra. Ana Maria Escobar, al teléfono 0995983889. Dirección: Pontevedra y Vizcaya. La Floresta. Quito- Ecuador.

Dra. Mariuxi Peñaloza Brito. Dirección San Carlos. Quito-Ecuador. Teléfono: 0984719651.

