



# UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Universidad del Azuay

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

*“Consumo de sustancias psicotrópicas y depresión en familiares de usuarios del  
centro Proyecto Esperanza de la ciudad de Cuenca”*

Tesis previa a la obtención del título en Psicología Clínica

Autores:

María José Novillo Zavala

Luis Miguel Minchala Naula

Directora:

Mg. María Cecilia Salazar Icaza

Cuenca-Ecuador

2020

## **DEDICATORIA**

*Dedico este trabajo a mis padres, ya que fueron el pilar fundamental para que pueda cumplir con esta meta, gracias a su apoyo y amor incondicional durante todo este trayecto de formación académica. Además, a mi querida Josseline que fue un gran apoyo durante el último trayecto de mi formación y por ser una excelente compañera de vida.*

*Luis Miguel Minchala Naula*

*Mi tesis va dedicada principalmente a Dios por permitirme cumplir un logro más en mi vida, porque sin su bendición no hubiese sido posible, por ser mi guía en los momentos más difíciles y poder superar cada obstáculo en mi vida. A mis padres que sin sus esfuerzos no hubiese sido posible alcanzar cada una de mis metas propuestas.*

*María José Novillo Zavala*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Agradezco a todos aquellos que estuvieron en mi camino de formación, profesores, compañeros, ya que fueron un apoyo dentro y fuera de las aulas de clases. A los profesores por brindarme esos conocimientos necesarios para el desarrollo de mi formación y por brindarme principios éticos que son un pilar fundamental dentro de esta profesión. Y a los compañeros que me acompañaron durante todo este camino de formación, por las amistades, anécdotas y experiencias que compartimos.*

*Luis Miguel Minchala Naula*

*Infinitamente agradecida con mi Dios por todas las bendiciones recibidas durante mi formación, por ser uno de mis principales motores en todos estos años de estudio. A mis padres, les agradezco por cada uno de sus esfuerzos, por ser mis pilares fundamentales en mi formación académica. A mis hermanas, que siempre estuvieron alentándome a seguir adelante a pesar de los obstáculos. A nuestra querida tutora de tesis Mg. Cecilia Salazar por ser nuestra guía durante este arduo camino recorrido.*

*María José Novillo Zavala*

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTOS .....	III
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	IV
ÍNDICE DE FIGURAS .....	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	VII
ÍNDICE DE ANEXOS .....	VIII
RESUMEN .....	IX
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1 .....	4
1.    Consumo de sustancias psicotrópicas.....	4
1.1.    ¿Qué es el consumo de sustancias? .....	5
1.2.    Prevalencia del consumo de sustancias en el Ecuador .....	6
2.    Consecuencia del consumo de sustancias.....	12
2.1 Consecuencias relacionadas al trabajo .....	15
2.2 Efectos que produce las sustancias .....	16
3.    Depresión como síntoma en las familias .....	20
3.1.    Depresión.....	20
3.2.    Depresión y familia .....	21
3.3.    Depresión y la relación con el consumo de sustancias.....	23
3.4.    Conclusión del capítulo .....	23
CAPÍTULO 2 .....	25
4.    Diseño metodológico.....	25
4.1.    Tipo de estudio.....	25
4.2.    Objetivo .....	26
4.3.    Área de estudio .....	27

4.4.	Participantes.....	27
4.5.	Métodos e instrumentos para la recogida de información.....	27
4.6.	Procedimiento.....	28
4.7.	Análisis estadístico.....	29
4.8.	Conclusiones de capítulo.....	29
CAPÍTULO 3.....		30
5.	Análisis de resultados.....	30
5.1.	Datos sociodemográficos.....	30
5.2.	Tipos de problemas emocionales.....	33
5.3.	Factor de riesgo de depresión por consumo de sustancias:.....	35
	Resultados.....	35
5.4.	Población con depresión:.....	36
5.5.	Relación de depresión con años de consumo:.....	36
5.6.	Depresión de acuerdo a la edad, género y nivel sociodemográfico:.....	37
5.7.	Género.....	38
5.8.	Tipos de depresión.....	38
5.9.	Socializar los resultados y las recomendaciones.....	40
5.10.	Conclusiones del capítulo.....	41
CAPÍTULO 4.....		42
6.	Discusión.....	42
CONCLUSIONES.....		45
RECOMENDACIONES.....		46
BIBLIOGRAFÍA.....		47
ANEXOS.....		51

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Consume Bebidas Alcohólicas, obtenido de INEC ( <a href="https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/">https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/</a> ) .....	7
Figura 2. Fuma cigarrillos diariamente, obtenido de INEC ( <a href="https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/">https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/</a> ) .....	8
Figura 3. Consume Bebida Alcohólicas según quintiles, obtenido de INEC ( <a href="https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/">https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/</a> ) .....	9
Figura 4. Fuma cigarrillos diariamente según quintiles, obtenido de INEC ( <a href="https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/">https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/</a> ) .....	9
Figura 5. Consume Bebidas Alcohólicas según regiones, obtenido de INEC ( <a href="https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/">https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/</a> ) .....	10
Figura 6. Consume Bebidas Alcohólicas según Zona de Planificación, obtenido de INEC ( <a href="https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/">https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/</a> ) .....	10
Figura 7. Consume Bebidas Alcohólicas según Zona de Planificación Mapa, obtenido de INEC ( <a href="https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/">https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/</a> ) .....	10
Figura 8. Fuma cigarrillos diariamente según regiones, obtenido de INEC ( <a href="https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/">https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/</a> ) .....	11
Figura 9. Fuma cigarrillos diariamente según Zona de Planificación, obtenido de INEC ( <a href="https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/">https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/</a> ) .....	12
Figura 10. Fuma cigarrillos diariamente según Zona de Planificación Mapa, obtenido de INEC ( <a href="https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/">https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/</a> ) .....	12
Figura 11. Depresión y consumo de sustancias (Ficha sociodemográfica) .....	35
Figura 12. Población con depresión (Test de Beck, Inventario CDI) .....	36
Figura 13. Género (Ficha sociodemográfica) .....	38

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos sociodemográficos (Ficha sociodemográfica) .....	32
Tabla 2. Problemas emocionales experimentados (Ficha sociodemográfica) .....	34
Tabla 3. Factor de riesgo de depresión por consumo de sustancias (Ficha sociodemográfica).....	35
Tabla 4. Población con depresión (Test de Beck, Inventario CDI) .....	36
Tabla 5. Depresión con años de consumo (Ficha sociodemográfica, Test de Beck, Inventario CDI).....	37
Tabla 6. Depresión de acuerdo a la edad, género y nivel socioeconómico (Test de Beck, Inventario CDI, Ficha sociodemográfica) .....	38
Tabla 7. Tipos de depresión de acuerdo a la edad, género y nivel socioeconómico (Ficha sociodemográfica, test de Beck, inventario CDI) .....	40

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	51
Anexo 2. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK .....	53
Anexo 3. INVENTARIO CDI .....	57
Anexo 4. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA .....	60



## RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue conocer la relación entre los problemas de consumo de sustancias y la depresión en familiares de los usuarios del centro “Proyecto Esperanza”. En nuestro estudio participaron 70 familiares. El estudio es de tipo descriptivo – cuantitativo, no experimental y transversal. Los datos se recolectaron mediante el inventario de depresión de Beck, el inventario de depresión infantil – CDI y una ficha sociodemográfica. Los resultados muestran que el 98,6% de población presenta depresión, y por otro lado se puede observar que el 1,4% de la población no presentar depresión. Se observó que el género femenino es el más propenso a sufrir depresión y es el que más predomina dentro de la investigación, ya que son las madres y las parejas sentimentales las que están al cuidado del adicto.

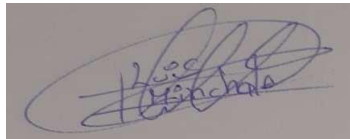
*Palabras clave: consumo de sustancias, depresión.*

## Abstract

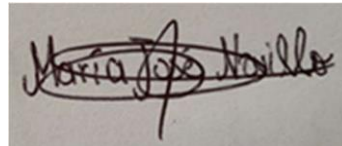
The objective of this study was to know the relationship between substance use problems and depression in the families of the users at the "Proyecto Esperanza Center". The study involved 70 family members of addicts. This is a descriptive - quantitative, non-experimental and cross-sectional research. Data was collected using the Beck Depression Inventory, Childhood Depression Inventory: CDI and a Sociodemographic Record. The results showed that 98.6% of the population has depression. On the other hand, it was found that 1.4% of the population did not show depression. It was observed that the female gender is more prone to depression since it is the mother and her sentimental partner who take care of the addict.

Key words: substance use, depression.

Translated by



Luis Miguel Minchala Naula



María José Novillo Zavala





## INTRODUCCIÓN

Dentro del presente estudio se investigará el consumo de sustancias psicotrópicas, qué son y cómo operan en el organismo, los niveles de consumo a nivel nacional y cuáles son las drogas con mayor prevalencia en el Ecuador.

Al mismo tiempo se investigará si la depresión está relacionada con el consumo de sustancias y cómo esta relación afecta al entorno familiar del adicto.

A través del tiempo, se puede ver cómo el consumo de sustancias psicotrópicas ha evolucionado, siendo en la actualidad sus niveles de consumo un problema de salud que preocupa a organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas o la Organización Mundial de la Salud. El consumo de sustancias psicoactivas puede ser analizado por las consecuencias, su percepción social, las tendencias de consumo, la dependencia, los efectos en la salud y el estado de ánimo, entre otros (Hena, 2012).

Los efectos negativos en la salud general de los consumidores de drogas, sea este por recreación o de manera adictiva, engloban varias áreas, presentando afectaciones a nivel del sistema nervioso, el sistema digestivo, el sistema circulatorio, además de la presencia de trastornos del sueño, alteraciones nutricionales como ausencia de apetito o niveles de obesidad, además de conductas anormales como exceso de trabajo o absentismo laboral. (Martínez, Medina, & Rivera, 2015).

El consumo de sustancias puede darse de diversas formas, está el consumo ocasional que se caracteriza por ser intermitente y motivado por presiones de interacción grupal, existe el consumo habitual que es diario, siendo su principal objetivo el alivio de cierto malestar psicoorgánico o mantener un ritmo de rendimiento adecuado, por último, también se presenta el consumo compulsivo que se manifiesta de manera intensa, y se presenta como un trastorno del comportamiento. Las vías de administración de las drogas pueden ser oral, pulmonar, nasal, vía rectal o genital o vía parental (Hena, 2012).

Existen factores que pueden facilitar que un individuo sea un potencial consumidor de drogas o que sea una persona sana y auster, estos factores se encuentran influenciados por el medio ambiente que rodea a la persona, la desorganización social, el área laboral, la tensión, el estrés, o la facilidad de adquisición a ciertas sustancias. En estudios realizados se encontraron evidencias de que a mayor interacción con modelos que consumen drogas, mayor prevalencia de conductas adictivas, además de que el grado de depresión y los niveles de desesperanza e ideación suicida están estrechamente ligados al consumo de sustancias psicoactivas (Martínez, Medina, & Rivera, 2015).

La depresión y otros trastornos del estado del ánimo están estrechamente correlacionados con el consumo de sustancias, los índices de diagnóstico de cuadros depresivos se han elevado en las cuatro últimas décadas, considerándose para esta última década la segunda enfermedad mental más prevalente en el mundo según la OMS. Las consecuencias de esta enfermedad influyen en el estado de ánimo, el rendimiento del individuo, sus hábitos y costumbres, relaciones familiares, entre otros.

## CAPÍTULO 1

En el capítulo se analizará el consumo de sustancias psicotrópicas, qué son y cómo operan en el organismo, los niveles de consumo a nivel nacional y cuáles son las drogas con mayor prevalencia en el Ecuador, al mismo tiempo que se hace un análisis de la depresión y su relación con la vida familiar y el consumo de drogas.

### **1. Consumo de sustancias psicotrópicas**

Analizando las sustancias psicotrópicas desde un perfil histórico, se puede decir que su consumo es tan antiguo que nos lleva a los inicios de la historia del hombre, nos transporta a siglos o incluso a milenios anteriores. Es así que podemos encontrar que su uso se remonta a fines religiosos, terapéuticos, usos lúdicos (normalizados o recriminados), y también usos en rituales influenciados por diferentes tradiciones o culturas (Navia, Farah, Yaksic, Philco, & Takayanagui, 2011).

Las sustancias psicotrópicas son diversas según el continente o la región, a pesar de su antigüedad varían de acuerdo a la época en la que se consumen, algunas son producto de sustancias naturales, aunque en la actualidad también se encuentran productos químicos. Entre las más populares están la cafeína, el alcohol, el tabaco, el cannabis, la cocaína, la heroína, los inhalantes o el éxtasis. Algunos autores coinciden considerando que el alcohol es posiblemente el más antiguo, y otros estudios afirman que es uno de los más consumidos en la actualidad (Glockner, 2011).

Dentro de la región latinoamericana, no solo podemos encontrar a consumidores de sustancias, también existen los pequeños y grandes productores. Esta realidad lleva consigo una serie de problemas tanto sociales, como políticos, y en menor escala familiares, sin dejar de mencionar los problemas económicos y educativos generados tanto por la producción en masa y el consumo irresponsable de sustancias psicotrópicas (Restrepo, 2013). Aunque por la historia sabemos que la mayoría de sociedades han consumido sustancias psicotrópicas sin que esto tenga mayor relevancia en el modus vivendi de las poblaciones en general, varios autores datan que la preocupación sobre la salud de los consumidores y su alteración en las conductas hace aproximadamente un siglo atrás. Los especialistas médicos fundan diferentes organismos para la investigación, el apoyo y la prevención del consumo, algunas a nivel local, otras a niveles nacionales, y ahora podemos ver una preocupación internacional (Marquez, 2015).

## **1.1.¿Qué es el consumo de sustancias?**

Después de introducir la historia de las sustancias psicotrópicas, es conveniente analizar qué causan, cuáles son los efectos, y los tipos de sustancias que se pueden encontrar a través del tiempo y en la actualidad. Se consideran sustancias psicoactivas a aquellos productos que modifican el funcionamiento o alteran el sistema nervioso central, además de que pueden crear una dependencia al estimular o deprimir el sistema nervioso central. Entre sus principales efectos podemos mencionar que alteran el comportamiento normal de la persona, su función del juicio es deficiente y puede llegar a modificar sus estados de ánimo y/o generar conductas adictivas (Lastre, Gaviria, & Arrieta, 2013).

El consumo de sustancias puede darse de diversas formas, está el consumo ocasional que se caracteriza por ser intermitente y motivado por presiones de interacción grupal, existe en consumo habitual que es diario, siendo su principal objetivo el alivio de cierto malestar psicoorgánico o mantener un ritmo de rendimiento adecuado, por último, también se presenta en consumo compulsivo que se manifiesta de manera intensa, y se presenta como un trastorno del comportamiento. Las vías de administración de las drogas pueden ser oral, pulmonar, nasal, vía rectal o genital o vía parental (Henaó, 2012).

Existen factores que pueden facilitar que un individuo sea un potencial consumidor de drogas o que sea una persona sana y austera, estos factores se encuentran influenciados por el medio ambiente que rodea a la persona, la desorganización social, el área laboral, la tensión, el estrés, o la facilidad de adquisición a ciertas sustancias. Se encuentran evidencias de que a mayor interacción con modelos que consumen drogas, mayor prevalencia de conductas adictivas, además de que el grado de depresión y los niveles de desesperanza e ideación suicida están estrechamente ligados al consumo de sustancias psicoactivas (Martínez, Medina, & Rivera, 2015).

Los tipos de sustancias pueden clasificarse de diferentes maneras, están por ejemplo las drogas institucionalizadas o lícitas, y las drogas no institucionalizadas o ilícitas cuyo consumo es penado por la ley. Existe otra clasificación de acuerdo al efecto de las sustancias, que divide en tres grupos, el primero son los estupefacientes entre los que se puede encontrar el alcohol, los sedantes, o los ansiolíticos, el segundo grupo son los alucinógenos, pueden ser naturales como el cannabis sativa L, o artificiales producto de la alteración de su estructura química; por último, en el tercer grupo están los volátiles como los cementos plásticos o solventes comerciales. Otros autores prefieren clasificar las sustancias psicotrópicas en drogas duras, las mismas que producen dependencia física

o psíquica como los opiáceos, narcóticos y barbitúricos, o drogas blancas como el alcohol, el tabaco, el cannabis y los alucinógenos (Navia, Farah, Yaksic, Philco, & Takayanagui, 2011).

En la actualidad el consumo de sustancias es un problema de salud pública, que engloba políticas tanto nacionales como internacionales en torno a disminuir el consumo y prevenir tanto el uso, como el tráfico de drogas ilícitas (Medina, Real, Villatoro, & Natera, 2013). Según la Organización Mundial de la Salud las sustancias psicotrópicas o sustancias psicoactivas, por sus siglas SPA, pueden causar dependencias por varias razones, algunas por elementos biológicos y genéticos, lo que nos sugiere que hay factores hereditarios que influyen en el consumo, haciendo su dependencia mayor; además mencionan otros elementos como las características psicosociales, culturales y ambientales (Lastre, Gaviria, & Arrieta, 2013).

Para fomentar la prevención del consumo, es necesario la formación en diferentes ámbitos del desarrollo del individuo. Primeramente, es primordial introducir la importancia que tiene el conocimiento de los efectos negativos del consumo de sustancias psicotrópicas, pues gracias a varios estudios se sabe que el conocimiento sobre los riesgos y el daño que las sustancias causan reduce considerablemente el consumo de las mismas de manera irresponsable. Otros estudios sugieren que la prevención del consumo se puede fomentar al incluir la formación y elaboración de programas encaminados a la reducción de los niveles de depresión y estrés en los medios laborales (Martínez, Medina, & Rivera, 2015).

En cuanto al fortalecimiento del conocimiento en función de evitar o reducir el consumo de drogas, en el ámbito individual se recomienda fortalecer las habilidades sociales y personales, en el ámbito familiar es importante desarrollar apego, formas de interacción y mejorar la comunicación; en el ámbito escolar se recomienda corregir las concepciones erróneas sobre la tolerancia al consumo, en el ámbito social se recomienda promover la instalación de advertencias sobre el consumo del alcohol, el tabaco y otras drogas (Rodríguez, Chacón, & González, 2010).

## **1.2.Prevalencia del consumo de sustancias en el Ecuador**

Según las Naciones Unidas, en su Informe Mundial sobre las Drogas (2018), el número de consumidores en el año 2016 de sustancias psicotrópicas arrojan un resultado de: 192 millones de consumidores de cannabis, 34 millones de consumidores de opioides, 34



millones de persona que consumen anfetaminas y estimulantes sujetos a prescripción médica, 21 millones de consumidores de éxtasis, 19 millones de personas consumen opiáceos y 18 millones consumen cocaína.

Por otro lado, centrándonos en la realidad de Ecuador, dentro del país las sustancias que más se consumen son el alcohol y el tabaco. Es importante mencionar que, existen diferencias de consumo que dependen de la situación geográfica, el grupo etario y el género. Analizando la realidad nacional, en una encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en el año 2014 (INEC), el consumo de bebidas alcohólicas a nivel nacional ha disminuido considerablemente en el país durante los últimos veinte años, se puede observar en los resultados de las encuestas, que los valores en los años 1998 y 1999 se aproximaban a un total de 25; mientras que en el año 2006 el nivel de consumo de bebidas alcohólicas a nivel nacional reduce a un valor de 15, alrededor de 10 puntos. En la última encuesta del 2014 el nivel nacional de consumo de bebidas alcohólicas reduce aproximadamente en un valor de 7, es decir es cuatro veces menor que hace 20 años.

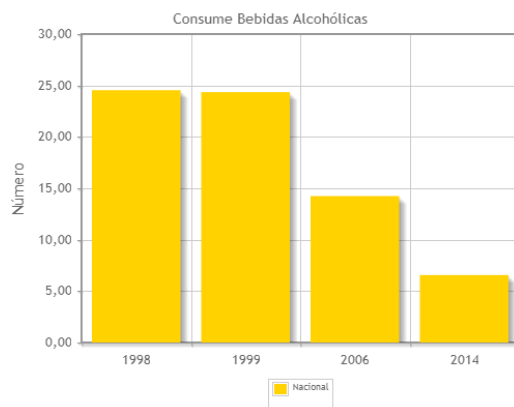


Figura 1. Consumo Bebidas Alcohólicas, obtenido de INEC

Tomado de: (INEC, 2014)

En cuanto al consumo de cigarrillos, la comparación de los valores entre el año 1998 y 2014 muestra una reducción similar a la anterior. Según el INEC (2014) en sus datos analizados para todo el país, en el año 1998 en nivel de consumo de tabaco diariamente estaba en un valor cercano a 10, reduciendo casi en 1 valor en el año 1999, por otro lado en el año 2006 el de consumo de cigarrillos a nivel nacional reduce hasta un valor aproximado a 5. Según la última encuesta, realizada en el año 2014 los resultados para consumo de cigarrillos a diario, muestra un valor cercano a 2, mostrando una reducción de casi tres veces menos en comparación al año 1998.

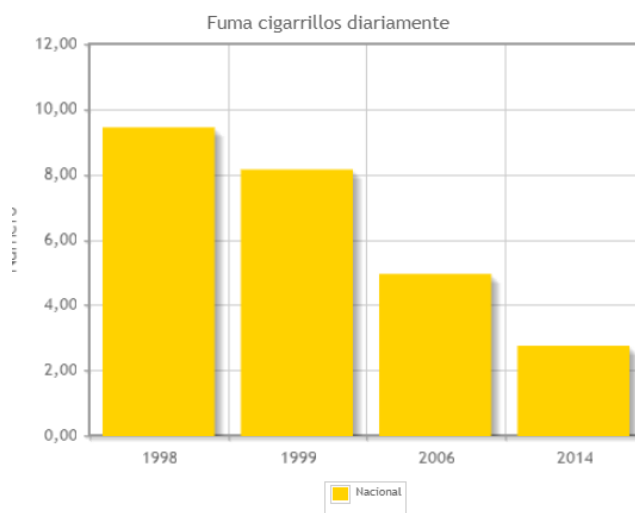


Figura 2. Fuma cigarrillos diariamente, obtenido de INEC

Tomado de: (INEC, 2014)

Según la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en el año 2012, el grupo etario que evidencia mayor consumo de las dos sustancias psicotrópicas mencionadas anteriormente es en personas entre los 20 y los 59 años, correspondiendo al 41,3% de consumidores de alcohol encuestados, y al 31.5% de consumidores de tabaco encuestados. Si se analiza el consumo de acuerdo al género, es decir comparando hombres y mujeres, son los primeros que muestran mayor porcentaje de consumo de alcohol, con un 56,5% de prevalencia en los hombres, y un 25,4% de prevalencia en mujeres, datos analizados entre personas entre los 20 y 59 años. En cuanto a los consumidores de tabaco dentro del mismo rango de edad, los hombres tienen un 38, 2% y las mujeres un 15% (Comité Interinstitucional de Drogas, 2017).

En cuanto a la distribución de ingresos, analizado según los quintiles a nivel nacional con los datos del INEC en sus encuestas del año 2014, las personas que más consumen bebidas alcohólicas pertenecen al 20% más rico, los valores van descendiendo directamente proporcional en valores de consumo y quintiles, hasta llegar a la población que menos consume bebidas alcohólicas que es el 20% más pobre con un valor de 4,64. Realizando una comparación de consumidores de cigarrillos a nivel nacional de acuerdo a la distribución de ingresos, el 20% más rico es el que más consume tabacos diariamente, y van descendiendo proporcionalmente a los quintiles, hasta llegar a los que menos consumen tabacos a diario que es el 20% más pobre (INEC, 2014).

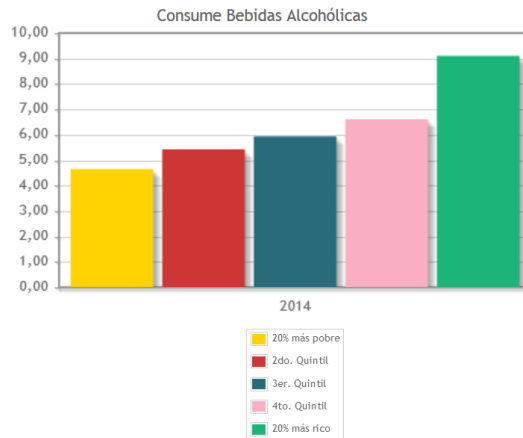


Figura 3. Consume Bebida Alcohólicas según quintiles, obtenido de INEC

Tomado de: (INEC, 2014)

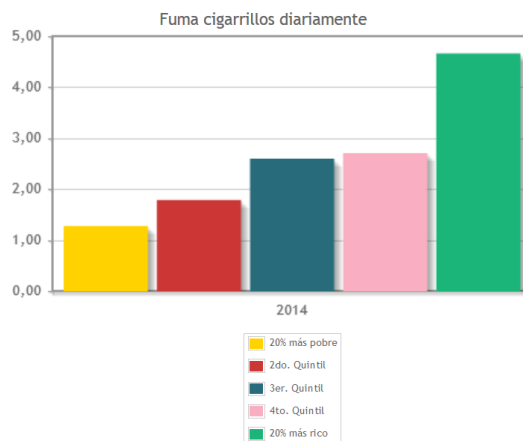


Figura 4. Fuma cigarrillos diariamente según quintiles, obtenido de INEC

Tomado de: (INEC, 2014)

Al hacer un análisis del consumo de bebidas alcohólicas según las regiones del Ecuador, es la región Sierra la que lidera el consumo con un valor que se aproxima a 9, según los datos del INEC, los mismos que ubican en segundo lugar a la región Amazonía y en tercer lugar a la región Costa, estos con valores cercanos a 5 como se detalla en el

Gráfico 5. Si se hace el análisis de acuerdo a la Zona de Planificación, Quito lleva la delantera con un valor de 9,53, ubicándose por delante de la Zona 3 con un valor de 8,20 y la Zona 6: Azuay, Morona y Cañar, zona a la que pertenece la ciudad de Cuenca, con un valor de 8,12, como se indica en el Gráfico 6 y 7. (INEC, 2014).

Según el Comité Interinstitucional de Drogas, en su Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas (2017), las provincias de Zamora Chinchipe (45,8%), Manabí (44,9%) y Santo Domingo (44%) muestran mayor número de consumidores de alcohol en la población entre los 20 años y los 59 años de edad, sin embargo su análisis manifiesta que de acuerdo a la distribución geográfica, los consumidores de alcohol a nivel nacional mantienen un valor homogéneo en todas las provincias.

En el Plan Nacional mencionado anteriormente, se realiza un análisis del número de egresos hospitalarios y atenciones ambulatorias según el consumo de drogas durante el año 2015. Del número total de casos por consumo de drogas, los consumidores de alcohol representaron el 48%. Este documento analiza al mismo tiempo las provincias con

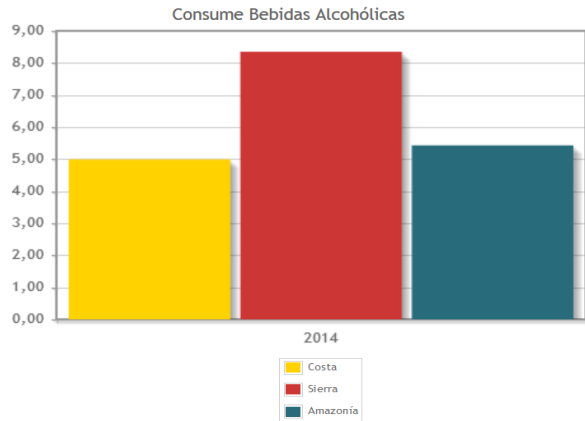


Figura 5. Consume Bebidas Alcohólicas según regiones, obtenido de INEC

Tomado de: (INEC, 2014)

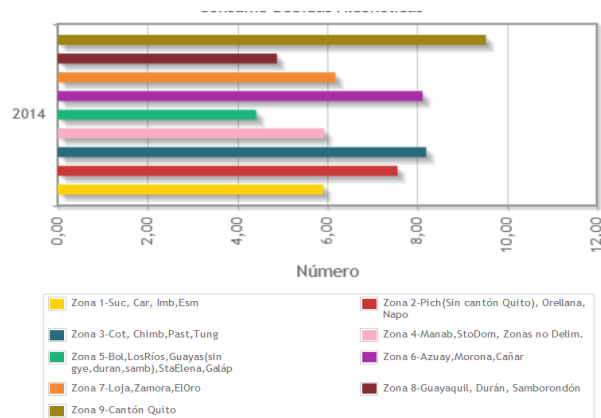


Figura 6. Consume Bebidas Alcohólicas según Zona de Planificación, obtenido de INEC

Tomado de: (INEC, 2014)

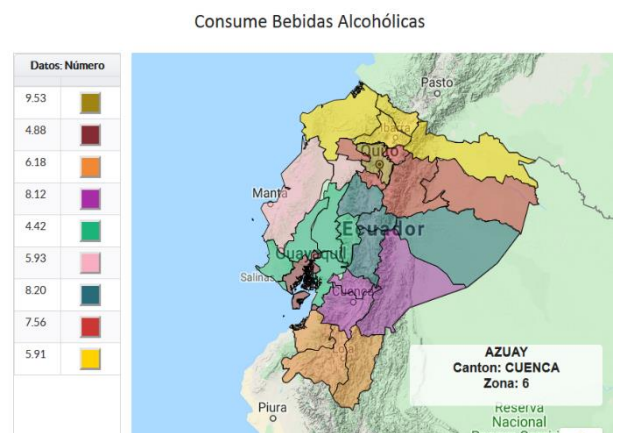


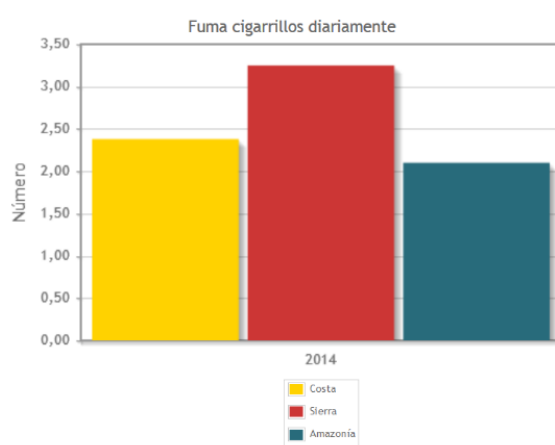
Figura 7. Consume Bebidas Alcohólicas según Zona de Planificación Mapa, obtenido de INEC

Tomado de: (INEC, 2014)

mayor tasa por cada 10.000 habitantes, refiriéndose a las primeras atenciones ambulatorias, las provincias con mayor prevalencia fueron las provincias de Cañar (9,31), Azuay (8,85) y Carchi (8,44); en cuanto a la tasa por egresos hospitalarios, las provincias con mayor tasa fueron Cañar (5,84), Azuay (5,43) y Morona Santiago (4,85).

Con respecto al consumo de tabaco, según el INEC (2014), la región del Ecuador con mayor consumo de cigarrillos diariamente es la Sierra, superando a la Costa en segundo lugar y a la Amazonía en tercer lugar como se puede observar en el Gráfico 8. Por otro lado, y de acuerdo a las zonas de planificación, la Zona 9: Cantón Quito, seguido por la Zona 1 que corresponde a Sucumbíos, Carchi, Imbabura y Esmeraldas, ubicando en tercer lugar a la Zona 8: Guayaquil, Durán, Samborondón, la Zona 6, a la que pertenece Cuenca se ubica en cuarto lugar.

De acuerdo a otro estudio referente al consumo de tabaco, en los cuales los datos son analizados según los registros hospitalarios a nivel nacional y la tasa de consumo por cada 10.000 habitantes, las provincias con mayor prevalencia de atenciones ambulatorias fueron Pastaza (0,58), Chimborazo (0,45) y Napo (0,41); mientras que según los egresos hospitalarios la provincia con mayor tasa fue Cañar (0,04), todos estos datos analizados en el año 2015 (Comité Interinstitucional de Drogas, 2017).



*Figura 8. Fuma cigarrillos diariamente según regiones, obtenido de INEC*

*Tomado de: (INEC, 2014)*

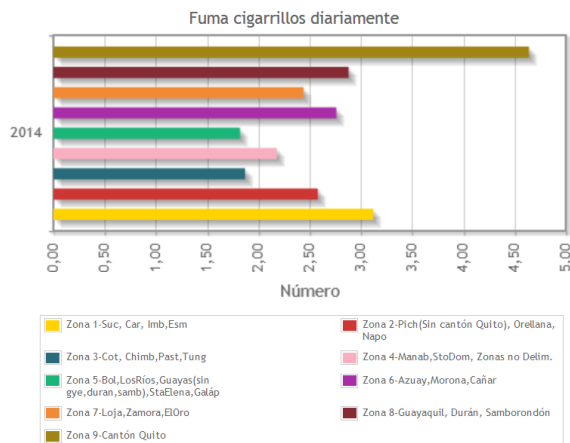


Figura 9. Fuma cigarrillos diariamente según Zona de Planificación, obtenido de INEC

Tomado de: (INEC, 2014)

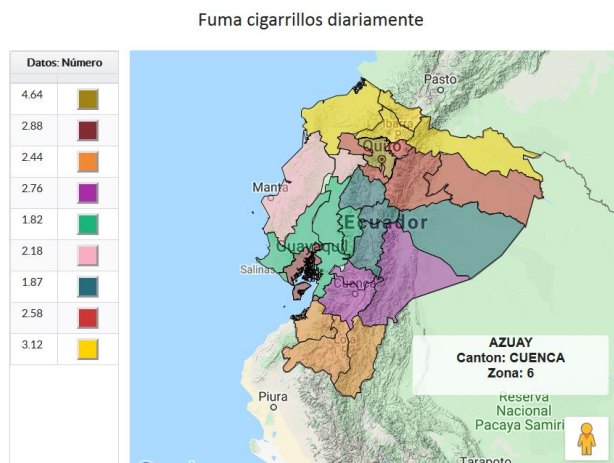


Figura 10. Fuma cigarrillos diariamente según Zona de Planificación Mapa, obtenido de INEC

Tomado de: (INEC, 2014)

## 2. Consecuencia del consumo de sustancias

A través del tiempo, se puede ver cómo el consumo de sustancias psicotrópicas ha evolucionado, siendo en la actualidad sus niveles de consumo un problema de salud que preocupa a organismos internacionales como la Organización de la Naciones Unidas o la Organización Mundial de la Salud. El consumo de sustancias psicoactivas puede ser analizado por las consecuencias, su percepción social, las tendencias de consumo, la dependencia, los efectos en la salud y el estado de ánimo, entre otros (Heno, 2012). Las afectaciones pueden ser a nivel psicológico, físico, social, económico, de salud, entre otros. Otros autores mencionan los que el consumo de drogas afectan también en ámbitos sociales, culturales, políticos y económicos, incluso cuando el mismo no se trata de una adicción, y tomando en cuenta que su uso no distingue estratos sociales, nivel de

educación y que en muchos casos las consecuencias negativas del consumo no son conocidas (Solis, 2011).

Los efectos negativos en la salud general de los consumidores de drogas, sea este por recreación o de manera adictiva, engloban varias áreas, presentando afectaciones a nivel del sistema nervioso, el sistema digestivo, el sistema circulatorio, además de la presencia de trastornos del sueño, alteraciones nutricionales como ausencia de apetito o niveles de obesidad, además de conductas anormales como exceso de trabajo o absentismo laboral. (Martínez, Medina, & Rivera, 2015).

Las representaciones sociales sobre el consumo de ciertas drogas legales o socialmente aceptadas pueden alterar la visión de la realidad sobre las consecuencias del consumo de ciertas sustancias psicotrópicas. Es así que, en el caso del consumo de alcohol se ha tolerado de manera excesiva su consumo abusivo, como parte de la cultura popular con siglos de tradición, sin tomar en cuenta los altos índices de mortalidad por accidentes de tráfico bajo efectos del alcohol, o la prevalencia de muertes o heridos de gravedad por actos violentos como consecuencia de su ingesta, estadísticas que no hacen mención a los graves problemas familiares, sociales o laborales que producen la tolerancia en su consumo. Tolerancia que puede estar basada en creencias socialmente establecidas sobre su uso, por ejemplo, que es un elemento recreativo y un medio para crear vínculos sociales o establecer momentos de diversión (Rodríguez, Chacón, & González, 2010).

Las consecuencias del consumo de sustancias pueden llegar a afectar el estilo de vida normal de las personas, los efectos pueden repercutir en enfermedades, problemas familiares, accidentes laborales, disminución de la atención, deficiencia en la productividad, absentismo, entre otros. Estudios indican que existe preocupación por los organismos internacionales de salud y de trabajo relacionado al consumo de alcohol y otras drogas como la Organización de la Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud o la Organización Internacional del Trabajo, esta última considera que el consumo de sustancias psicotrópicas como el alcohol y otras drogas es un problema que afecta en un índice considerable de trabajadores (Hinojosa, Alonso, & Yolanda, 2012).

Entre las consecuencias negativas del consumo de sustancias podemos mencionar: Alteraciones en la autoestima, pues no existen evidencia concluyente que asocie la baja autoestima con el consumo de sustancias. Problemas psicológicos, entre los principales están la ansiedad, la depresión, el estrés, o el cambio de estados de ánimo que puede pasar

de emociones placenteras a emociones adversas en poco tiempo, su principal causa es por los efectos de las sustancias en el sistema nervioso (Gutiérrez & Romero, 2014).

La dependencia es una de las principales consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas, según Henao (2012), existen tres tipos de dependencia, que se describirán a continuación. La dependencia física es aquella basada en la necesidad del ser humano en mantener en su organismo ciertos niveles de droga, entre sus componentes están el síndrome de dependencia agudo o manifestaciones con signos y síntomas físicos y psíquicos desagradables que cesan cuando se administra la sustancia, y la tolerancia como segundo componente. En segundo lugar, está la dependencia psicológica que se manifiesta como un deseo incontrolable a repetir una determinada dosis de droga, cuyo principal fin es experimentar los efectos de placer y/o evasivos. Por último, la dependencia social está relacionada al consumo con el fin de reducir la tensión física y psíquica que resultan de los problemas sociales, usualmente la administración de sustancias es usada como una distracción a las tensiones relacionada a las responsabilidades sociales.

El conocimiento sobre las consecuencias negativas a nivel personal familiar, laboral, económico y social modifica la frecuencia y la percepción que se tiene sobre el consumo. Un estudio realizado en jóvenes universitarios concluyó que estar consciente sobre los efectos negativos de las drogas pueden reducir el consumo de sustancias en un 24% en comparación de aquellos que no conocen sus efectos, el conocimiento incluye aquellos casos en que los efectos negativos son conocidos por las consecuencias del consumo en amigos o personas del círculo social más cercano. En cuanto a la percepción sobre las consecuencias, la gravedad puede variar de una sustancia a otra, por lo tanto, el riesgo percibido puede ser diferente en ciertas drogas, por ejemplo, las drogas legales son percibidas como menos riesgosas, mientras que las ilegales son poco toleradas debido a los altos riesgos percibidos. (Rodríguez, Chacón, & González, 2010)

La percepción y el conocimiento sobre las drogas son fundamentales para que una persona elija ser consumidora o ser abstemia, el concepto sobre las sustancias depende en gran cantidad de las creencias y de la construcción social de las mismas. El consumo de sustancias psicoactivas está asociado al escaso conocimiento sobre sus efectos negativos, la decisión de consumo es motivada por la irresponsabilidad y el conocimiento deficiente sobre los riesgos, al momento de tomar la decisión los consumidores se enfocan en la



curiosidad o en las consecuencias positivas que producen su administración, evitando prestar atención a las consecuencias negativas (Trujillo, Martínez, & Vargas, 2013).

Otros estudios realizan un análisis sobre el perfil de los consumidores de sustancias psicotrópicas, llegando a concluir que no existe un factor predominante que evita o que provoca el consumo de drogas, pues puede presentarse en todo contexto personal, familiar, escolar, de relaciones sociales, laborales o comunitarias. Un ejemplo claro de esta conclusión es que el consumo se da tanto en personas que conviven en familias y sociedades con escasos hábitos de consumo de drogas legales e ilegales o se puede producir en personas que se desarrollan en un medio en el que el consumo de drogas es habitual o normal (Rodríguez, Chacón, & González, 2010).

## **2.1 Consecuencias relacionadas al trabajo**

Según un estudio realizado en Madrid durante el año 2008, un porcentaje del 55,7% de trabajadores consideran como un grave problema laboral el consumo de alcohol y otras drogas, llegando a elevar el absentismo laboral, duplicando o triplicando el nivel en comparación con los trabajadores que no consumen sustancias psicotrópicas. Del mismo modo, se registra que las bajas por enfermedades aumentan hasta un nivel tres veces mayor en relación con el resto de trabajadores, y en otros casos las indemnizaciones llegan a ser en un índice cinco veces mayor que las personas que no son consumidoras. El mismo estudio muestra que el porcentaje de accidentes laborales bajo efectos del alcohol y otras sustancias se encuentra entre el 20-25%, causando lesiones a los mismos o a otros trabajadores, mencionando también que los consumidores de alcohol tienen 3 veces más accidentes en el trabajadores comparado con los empleados que no consumen sustancias (Hinojosa, Alonso, & Yolanda, 2012).

Estudios mencionan que el consumo de alcohol y otras sustancias no solo afectan el rendimiento de los trabajadores, también generan importantes perjuicios a las empresas, afectando el ambiente laboral o el nivel de productividad debido al aumento de enfermedades, absentismo, mayor nivel de accidentes en el trabajo o incapacidades laborales. Por otro lado, el uso de cannabis disminuye la atención y concentración de los empleadores, afectando negativamente en su nivel de productividad y generando problemas en su rendimiento y el de su equipo de trabajo (Hinojosa, Alonso, & Yolanda, 2012).

## **2.2 Efectos que produce las sustancias**

### ***2.2.1 Efectos del alcohol***

El alcohol etílico es una sustancia psicoactiva de mayor consumo en el mundo, su consumo continuo y frecuente puede producir riesgos para la salud agudos y crónicos. También conocido como etanol, el alcohol etílico es tóxico para el cuerpo humano, las dosis elevadas alteran considerablemente el sistema nervioso, el tubo digestivo y al sistema cardiovascular, sin embargo, en dosis mínimas y esporádicas, sus efectos adversos pueden ser rápidamente reversibles. Un importante aspecto a tomar en cuenta es que el alcohol etílico en consumo frecuente y crónico causa síndrome de dependencia, además de que desarrolla otras enfermedades relacionadas a su ingesta, como enfermedades hepáticas, y otras que afectan a casi todos los tejidos y sistemas del organismo (Cristóvão, Broche, Rodríguez, & Leonardo, 2015).

Entre los principales efectos negativos debido a su consumo podemos encontrar, deficiencias nutricionales, afectación de órganos cuya patología repercute secundariamente sobre el sistema nervioso, cirrosis hepática, alta incidencia de traumatismos craneales y hematomas, frecuencia de hemorragias subaracnoideas e intraparenquimatosas, mayor prevalencia de accidentes vascular cerebral asociado al consumo continuo, procesos infecciosos en mayor número, entre otros. Es importante mencionar los efectos sobre el sistema nervioso central, en la electrofisiología cerebral, en el metabolismo cerebral y la circulación cerebral debido al alcoholismo crónico, los mismos que pueden producir ciertas enfermedades como la encefalopatía de Wernicke, la atrofia cerebral, la esclerosis cortical laminar de Morel, la degeneración cerebelosa alcohólica, la enfermedad de Marchiafava-Bignami (EMB), la mielínolisis pontina central, la neuropatía alcohólica, la mielopatía y miopatía alcohólica, entre otras (Téllez, 2012).

En cuanto a los efectos fisiológicos se mencionan a nivel digestivo trastornos de la motilidad esofágica, aparición de reflujo gastroesofágico, gastritis, trastornos del vaciado gástrico y diarreas. A nivel cardiovascular el consumo agudo puede generar arritmias cardíacas y reducción aguda de la función contráctil del corazón. También se mencionan los posibles efectos beneficiosos de su ingesta de cantidades moderadas como antiséptico gástrico e intestinal, efectos positivos sobre el sistema cardiovascular como la reducción de la mortalidad global y de la mortalidad coronaria y efectos positivos en la enfermedad de Alzheimer (Cristóvão, Broche, Rodríguez, & Leonardo, 2015).

### ***2.2.2 Efectos de la marihuana***

La marihuana es una sustancia sustraída de la planta Cannabis, es psicoactiva y su consumo ha aumentado en las últimas décadas, especialmente en la población joven, es así como la ONU considera a la marihuana como la sustancia psicotrópica ilegal más consumida en el mundo. El consumo de esta sustancia es altamente debatido debido a los efectos negativos que puede causar al ser usada con fines recreativos, y los efectos positivos de la misma cuando se utiliza con fines medicinales (Torres & Fiestas, 2012).

Se menciona que las experiencias agradables con la marihuana no son a nivel general, algunos consumidores sienten relajación y euforia, y otras personas experimentan ansiedad, miedo, desconfianza o pánico, estos últimos siendo más comunes cuando las dosis son altas. Los efectos de su consumo en dosis altas son psicosis aguda, que incluye alucinaciones, espejismos y una pérdida del sentido de pertenencia de identidad. El THC pueden permanecer en el organismo durante días o semanas después haberse consumido marihuana, aunque sus efectos duran usualmente entre 1 a 3 días. Los cannabinoides (sustancia activa de la marihuana) funcionan como neurotransmisores pues envían mensajes químicos entre células nerviosas (neuronas) en todo el sistema nervioso. Sus efectos incluyen regiones del cerebro que influyen el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, el movimiento, la coordinación, la percepción sensorial y temporal (Volkow, 2015)

En cuanto a los efectos negativos, estudios mencionan que los cannabinoides pueden afectar de manera negativa la memoria, la atención, la emoción y la toma de decisiones, su impacto incluye problemas de tipo neurológico, deterioro agudo de habilidades de manipulación neuromotora. Sus efectos alteran procesos tanto de la memoria a corto plazo, como la memoria de trabajo y el proceso de toma de decisiones. El impacto puede llegar a alterar la atención y el proceso normal de interacción entre los eventos cognitivos y la emoción (Torres & Fiestas, 2012).

### ***2.2.3 Efectos de la heroína***

La heroína es una sustancia psicotrópica que pertenece al grupo de los opiáceos, cuyo origen deriva de una sustancia extraída de la amapola con fines recreativos y medicinales hace miles de años. Dentro de los opiáceos se encuentran los opioides, que son fármacos sintéticos y semisintéticos con altos índices de abuso en su administración, sus propiedades farmacológicas funcionan al igual que el mecanismo de acción de las

encefalinas, endorfinas y dinorfinas; por otro lado sus receptores desencadenan el cierre de canales de calcio y apertura de canales de potasio que estimulan la hiperpolarización celular, proceso que resulta en la liberación de distintos neurotransmisores (Wills, Buitrago, Romero, & Soto, 2014). Los efectos de su consumo en el sistema nervioso central pueden ser alteraciones a nivel cardiovascular, edema pulmonar, intoxicación por sobredosis, arritmia cardíaca, síndrome de abstinencia; se mencionan también enfermedades infecciosas como la hepatitis, endocarditis, sida, entre otras (Castaño & Calderón, 2010).

De esta manera, la heroína es una de las sustancias más adictivas que se conoce en la historia, su uso se debe a las sensaciones agradables y el aparente bienestar que causa, sin embargo, posterior al mismo se inicia un proceso de tolerancia y dependencia. Este ciclo de efectos afecta negativamente los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de sus consumidores, cuya amenaza es considerada grave para los sistemas de salud alrededor del mundo, situación que se agrava debido a que su consumo ha aumentado por el fácil acceso que tiene la misma en la actualidad (Castaño & Calderón, 2010).

Su ruta de administración determina en nivel de potencia de la droga para causar sobredosis y/o muerte, que puede ser endovenosa; intranasal, o de administración intramuscular o subcutánea. La heroína actúa en algunos receptores del sistema nervioso central, causando efectos analgésicos por estimulación del receptor, al mismo tiempo causa depresión respiratoria, miosis, disminución de la motilidad gastrointestinal, euforia y dependencia. Según un estudio realizado en Colombia, el mayor porcentaje de sobredosis fatales y no fatales se deben a la administración vía endovenosa; le sigue la administración intranasal, y por último la administración intramuscular o subcutánea. La tasa de mortalidad de consumidores de heroína es 6 - 20 veces mayor en comparación con la población general. También se menciona que combinación de otras drogas recreativas con la heroína aumenta la probabilidad muertes, siendo en mayor frecuencia los eventos asociados al consumo de heroína con alcohol (Wills, Buitrago, Romero, & Soto, 2014).

#### ***2.2.4 Efectos de la cocaína***

La cocaína es una sustancia psicoactiva que se caracteriza por su alto nivel de adicción, pues afecta directamente al cerebro. Su origen se debe al consumo de las hojas de coca, hace miles de años atrás, por otro lado, es importante destacar que el clorhidrato de cocaína, que es la sustancia química pura, tiene su origen hace aproximadamente un siglo,

es un polvo blanco, fino y cristalino, muy popular durante los años ochenta y noventa. El consumo de la misma provoca alteraciones en el sueño y pérdida del apetito, debido a que es un estimulante poderoso produce dependencia, cuyo estado de abstinencia puede causar desesperación (Bosque, y otros, 2014)

Los efectos de la cocaína se deben a la inhibición de los transportadores de monoaminas, como la dopamina y la noradrenalina. Su consumo crónico puede alterar el funcionamiento cerebral, debido al bloqueo de estos transportadores, entre los principales efectos negativos se mencionan: alteraciones en las vías de recompensa, las trofinas cerebrales, alteraciones cerebrovasculares; alteraciones en la citoarquitectura cortical: disminución del número de células dopaminérgicas, factores tróficos cerebrales, alteraciones de la barrera hematoencefálica (Urigüen & Callado, 2010).

### ***2.2.5 Efectos de los inhalantes***

Los inhalantes son sustancias psicoactivas volátiles, su característica principal es que se puede inhalar ya que producen vapores químicos que alteran el funcionamiento mental normal. Los inhalantes más comunes son productos comerciales y domésticos como pegamentos y colas, gasolinas, esmaltes, ambientadores, quitaesmaltes, diluyentes, lacas, pinturas, encendedores de gas, detergentes. Su concepto incluye únicamente a las sustancias que son usadas para inhalar, excluyendo a aquellas que son usadas por otra vía como el crack o el cannabis, los inhalantes son de fácil acceso debido a que son sustancias legales, de muy bajo costo o en ocasiones gratuitos. Muy contrario a lo que se piensa generalmente, estas sustancias causan efectos graves en la salud de sus consumidores, especialmente a nivel cerebral (Marín & Mendoza, 2016).

Los efectos de los inhalantes pueden alterar el sistema nervioso a nivel cerebral causando alteraciones sensoriales o psicológicas: deterioro por lesión cerebral en un 40 a 60 % de los casos. Un estudio realizado en ratones determinó que las alteraciones del sistema nervioso a nivel de nervios periféricos incluyen adormecimiento de extremidades, calambres y/o parálisis total; a nivel de la corteza cerebral produce cambios de personalidad, pérdida de la memoria, alucinaciones y algunos problemas de aprendizaje; a nivel del cerebelo causa imposibilidad para controlar los movimientos motores, pérdida de coordinación, presencia de temblores y agitación, además el lenguaje puede volverse lento y arrastrado. En el sistema circulatorio los efectos se engloban a nivel de la sangre produciendo bloqueo químico de la capacidad de transportar oxígeno; o a nivel del

corazón causando síndrome de muerte súbita, alteración del ritmo cardíaco hasta ocasionar un paro cardíaco. En el sistema respiratorio causa efectos a nivel de los pulmones produciendo daños irreversibles en los tejidos, que ocasionan asfixia; graves irritaciones en las mucosas nasales y en todo el tracto respiratorio; también puede ser causante de cáncer (Camelo, Márquez, Morales, Ortiz, & Marroquín, 2012).

### **3. Depresión como síntoma en las familias**

La depresión es un trastorno emocional que afecta al individuo, modificando convivencia personal, familiar, laboral, social, entre otras. Se hace mención al significado de la depresión, su origen y la relación existente con la convivencia familiar y el consumo de sustancias, además se hace mención sobre los trastornos emocionales que afectan a todo el núcleo familiar y su bienestar, sin importar si quien lo sufre es padre, madre o hijo, causando en varios casos discusiones, separaciones o incluso divorcios y rompimiento familiar.

#### **3.1. Depresión**

Se conoce como depresión es una enfermedad clínica severa, se trata de un trastorno del estado de ánimo que puede causar malestar emocional (González, y otros, 2012). La preocupación de los organismos internacionales por la salud mental, sus trastornos y estadísticas sugieren que existe un crecimiento en las estadísticas sobre la depresión, es así como la Organización Mundial de la Salud publicó un informe sobre la salud mental en el año 2001, según sus análisis a futuro, para el año 2020 la OMS considera que la depresión sería la segunda enfermedad mental más prevalente en el mundo. En el informe, los trastornos de tipo depresivo se ubican en el cuarto lugar al referirse a la prevalencia mundial, además se identifica como una de las causas de discapacidad y de mortalidad causada por suicidio (Martínez & Muñoz, 2010).

Actualmente, podemos encontrar a la depresión en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría, como en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los cuales se describen el cuadro clínico y sus síntomas. Entre los factores biológicos que se ven afectados por la depresión se encuentra la disfunción de los circuitos de noradrenalina, serotonina y dopamina a nivel del sistema nervioso central, además de cambios considerables en el funcionamiento del

tallo cerebral, el hipotálamo y las estructuras del sistema límbico. El hipocampo es una de las áreas cerebrales más afectadas debido a la emoción y el estrés (Orozco & Baldares, 2012).

Varios estudios concluyen que la depresión puede desarrollarse en diferentes edades y no distingue diferencias de género, aunque se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Existen varios factores que pueden provocar un cuadro de depresión, como los factores familiares, sociales, académicos, laborales, y también se mencionan los factores por consumo de sustancias psicotrópicas (Bernal & Castro, 2017).

Las causas sociales que pueden producir depresión suelen manifestarse como búsqueda de aceptación social fallida, tanto en la convivencia con sus pares como en distintos ambientes en los que se desenvuelve un individuo (Bernal & Castro, 2017). Un estudio realizado sugiere que las causas de la depresión tienen un vínculo con los conflictos en las relaciones interpersonales de un individuo tanto con sus pares, como con las personas de mayor o menor edad (Martínez & Muñoz, 2010).

Debido a que la depresión es considerada como uno de los trastornos psiquiátricos con mayor frecuencia, y su preocupación engloba la incidencia negativa que tiene en la calidad de vida de las personas que lo padecen, especialmente puede afectar áreas del funcionamiento habitual y el bienestar. Es así como se sugiere que su diagnóstico es fundamental, además de la importancia de la intervención en crisis de la depresión por la preocupación existente en las tendencias al alza de esta condición. El diagnóstico incluye un interrogatorio que establece criterios sobre el estado de ánimo, actividades cotidianas y pensamientos constantes (Orozco & Baldares, 2012).

En cuanto a las estadísticas, la OMS indica que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, considerando a la misma como la principal causa de discapacidad. En el 2020 la depresión sería la segunda causa de incapacidad en el mundo, siendo la misma similar o mayor a las discapacidades por otras enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la artritis, la diabetes mellitus, entre otras. Además, la depresión está clasificada como la enfermedad que más influye en el empeoramiento de la salud de la población (Orozco & Baldares, 2012).

### **3.2. Depresión y familia**

Algunos estudios hacen referencia al rol que la familia y el soporte social desempeñan en la calidad de vida, mencionan la influencia de los mismos para medir el bienestar, sin

importar el tamaño del círculo social respecto a la familia, amigos, compañeros o vecinos. La dinámica familiar fortalece las relaciones interpersonales e intrapersonales de los individuos, por lo tanto, si ésta es deficiente, los cuadros depresivos pueden presentarse en mayor número (Vargas, 2014).

Por otro lado, es importante mencionar que los factores familiares como divorcios en los padres, familias disfuncionales o la ausencia de una dinámica familiar afectiva y de soporte pueden desencadenar en depresión (Bernal & Castro, 2017).

Un estudio realizado en España muestra que la experiencia que viven los individuos al atravesar el divorcio de sus padres, genera mayor prevalencia de alteraciones emocionales; además menciona que los números de atención psiquiátrica y psicológica son mayores en los niños que tiene padres divorciados, y menores en los niños que tienen familias intactas (Vargas, 2014).

En cuanto a la dinámica familiar, existen factores que favorecen al desarrollo satisfactorio del estado emocional de los miembros, como la buena comunicación, cohesión familiar, necesidades afectivo-emocionales y materiales cubiertas, la convivencia y socialización de sus miembros, equilibrio y tesón para enfrentar tensiones durante el ciclo vital (Calero, Palomino-Vásquez, & Moro, 2019).

Los factores mencionados, muestran como el rol de la familia en la sociedad es fundamental pues, un funcionamiento familiar saludable facilita que una familia pueda cumplir de manera exitosa sus objetivos y funciones asignados por la sociedad y la historia, entre las principales funciones se pueden mencionar la función biosocial, la función económica, la función cultural y afectiva, la función educativa, entre otras (Palacio & Múnera, 2018).

Es importante mencionar también los factores de riesgo que pueden causar un cuadro depresivo, entre los que se encuentran dinámica familiar disfuncional, comunicación deficiente entre los miembros de la familia que pueden causar conflictos o la falta de comunicación entre padres e hijos, carencias afectivas y medidas de control utilizadas en el hogar. La comunicación familiar es uno de los factores más influyentes en el bienestar emocional, de esta manera la falta de comunicación es una de las causas predictivas para la depresión, también se encuentra la depresión parental por conflictos comunicativos o por divorcios mal estructurados (Ruíz, Jiménez, García, Flores, & Trejo, 2020).

Lo anteriormente mencionado, sumado a los recientes cambios socioculturales que modifican la estabilidad y el funcionamiento familiar cuya estructura matrimonial ha



quedado obsoleta. Debido a los nuevos modelos de convivencia, actualmente estas transformaciones han generado un modelo familiar menos estable en el que los miembros de la familia se enfrentan a cambios en la estructura familiar, a veces súbitos y dramáticos, que han causado afecciones en la dinámica familiar y en el estado de ánimo de sus miembros (García, Noriega, Martínez, & Lorente, 2018).

### **3.3. Depresión y la relación con el consumo de sustancias**

El consumo de ciertas sustancias como la marihuana o el alcohol puede desencadenar en conductas depresivas, este último influye debido a su alto grado de dependencia ya que es un depresor del sistema nervioso (Bernal & Castro, 2017). Otros estudios sugieren que la depresión y el consumo de sustancias psicoactivas están relacionados estrechamente, destacando la importancia de los factores sociales para el pronóstico de diferentes tipos de trastornos como la discriminación social, el bullying, maltrato parental o los estados de ánimo negativos (Martínez & Muñoz, 2010).

Existen diferentes conductas o formas de manifestar los diversos estados de tipo depresivo, estudios sugieren que la población en general, con un mayor porcentaje de varones, tiene comportamientos adictivos a ciertas drogas como el alcohol y el tabaco, los mismos que son usados como modelo de expresión a algunos tipos de estados depresivos (Martínez & Muñoz, 2010).

Estudios sugieren que la depresión predice problemas de consumo de alcohol, y otros han encontrado que el consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas predicen depresión, de la misma forma algunas investigaciones muestran que existe una relación recíproca entre el consumo de drogas y la depresión (Rojas, y otros, 2012). En un estudio realizado en Chile (2012), se mencionan investigaciones que relacionan el consumo de alcohol, marihuana y otras sustancias psicotrópicas como factores predecesores a episodios depresivos, se menciona también que los altos niveles de síntomas de depresión se relacionan con mayores niveles iniciales de problemas de alcohol, especialmente en mujeres.

### **3.4. Conclusión del capítulo**

El consumo de sustancias psicotrópicas se remonta hace miles de años de historia, siendo utilizado para fines religiosos, terapéuticos y en rituales tradicionales o culturales. En cambio, en la actualidad es considerado un problema de salud pública debido a su

prevalencia y por las consecuencias negativas que ocasionan a nivel físico, psicológico y social. Las diferentes sustancias al ser usadas indiscriminadamente producen diversos efectos negativos como alucinaciones y delirios, presentando afectaciones a nivel del sistema nervioso, digestivo y circulatorio. Las consecuencias del consumo irresponsable se pueden evidenciar por medio de accidentes de tránsito, problemas familiares, accidentes laborales, disminución de la atención, deficiencia en la productividad, absentismo laboral, conductas violentas, entre otras.

Se ha encontrado evidencia sobre la estrecha relación que tiene el consumo de sustancias y los trastornos emocionales como la depresión. La depresión puede fomentar el uso de algunas drogas como el alcohol o la marihuana, mientras que el consumo de las drogas como la cocaína o la heroína puede causar depresión. En cuanto a las estadísticas, la OMS indica que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, considerando a la misma como la principal causa de discapacidad laboral en el año 2020.

La depresión se puede desarrollar en todas las edades; niños, jóvenes, adultos y adultos mayores. Existen varios factores que provocan la depresión como: factores sociales, familiares, académicos, laborales y consumo de diferentes sustancias psicotrópicas. Además de que la depresión puede manifestarse como la búsqueda fallida de la aceptación social, convivencia con los pares y el ambiente en donde se desenvuelve el individuo.

Algunos estudios recomiendan el conocimiento sobre los efectos adversos del consumo de sustancias psicotrópicas, para así conocer los daños y los riesgos que las sustancias causan, por otro lado, el fortalecimiento de conductas o habilidades sociales que fomenten la buena convivencia, y reduzcan los niveles de tensión y estrés, ayudarán a reducir la prevalencia de cuadros depresivos, todo esto encaminado a la prevención del consumo de sustancias o de la incidencia de trastornos emocionales negativos.

## **CAPÍTULO 2**

En el presente capítulo se analizará el marco metodológico, que se define como el enfoque de la investigación, la metodología utilizada para trabajar en los temas y problemas planteados anteriormente, es decir, la depresión y el consumo de sustancias psicotrópicas, además se detallan los objetivos, la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, y los instrumentos metodológicos utilizados.

La metodología detallada posteriormente permitirá alcanzar los objetivos del presente estudio investigativo, es importante mencionar que las herramientas escogidas son las adecuadas para el correcto desarrollo del proyecto, además de que se ha verificado su confiabilidad beneficiando positivamente la sustentación de un trabajo claro y concreto.

Por lo expuesto anteriormente, este capítulo es relevante dentro del trabajo de investigación debido a que realiza un análisis para la correcta selección de participantes, los reactivos a realizarse, el tiempo que será empleado en los mismos y los métodos para el análisis de información y la exposición de los resultados.

### **4. Diseño metodológico**

La presente investigación es de carácter no experimental, su enfoque metodológico es cuantitativo y el alcance es exploratorio o descriptivo, además es transversal y correlacional debido a que establece la estrecha relación existente entre el consumo de sustancias y la depresión en familiares, al mismo tiempo se utiliza el método deductivo.

#### **4.1. Tipo de estudio**

Se realizan los siguientes tipos de investigación:

No experimental: el presente estudio es no experimental debido a que no se manipulan deliberadamente las variables en el momento que responden al test, no existen situaciones provocadas de manera intencional para obtener ciertos resultados, es aplicado en una muestra de población ecuatoriana, cuyos resultados son analizados posteriormente.

Enfoque cuantitativo: la investigación tiene características numéricas, es de tipo cuantitativo debido a que se obtuvo una relación numérica entre las variables del problema de investigación, es decir los análisis de resultados se desarrollan en un contexto estadístico numérico, los datos obtenidos son tabulados, procesados y examinados de manera ordenada y secuencial, siendo los resultados expresados de manera estadística para obtener respuestas con mayor fiabilidad y confianza. Se realiza una medición de la

relación entre consumo elevado de sustancias y los problemas familiares, posteriormente se mide la prevalencia de trastornos depresivos en familias de consumidores de sustancias psicotrópicas, como tercer punto se mide la relación existente entre el consumo elevado de sustancias y la depresión.

Exploratorio o descriptivo: el proyecto busca describir la relación que existe entre el consumo de sustancias y la depresión en familiares, permitiéndonos conocer la conexión que existe entre estas dos variables mediante la recolección de información y el procesamiento de los datos estadísticos. Se pretende especificar los riesgos familiares que producen el uso de drogas, identificar los trastornos emocionales existentes en los familiares de consumidores.

Transversal: se estudia a los sujetos en un mismo momento, y en un tiempo único en la historia.

Correlacional: los estudios correlacionales tienen como finalidad evaluar la relación que se produce entre dos variables. Se establece una medición del porcentaje y los grados en los que se relaciona el trastorno depresivo con el consumo de sustancias psicotrópicas, para luego analizar dicha correlación.

Método deductivo: la investigación obtiene conclusiones por medio del análisis de un problema específico, mediante la aplicación del test se estudian los factores que pueden causar trastornos depresivos, se estudian los factores de riesgo para los problemas familiares debido al consumo de sustancias, y nos permiten concluir sobre qué tipo de relación existe entre las variables mencionadas anteriormente.

## **4.2. Objetivo**

### ***3.2.1. Objetivo general:***

Conocer la relación entre los problemas de consumo de sustancias y la depresión en los familiares de los usuarios del centro “Proyecto Esperanza”.

### ***3.2.2. Objetivos específicos:***

- Determinar si el consumo elevado de sustancias es un factor de riesgo para los problemas familiares.
- Identificar trastorno depresivo en las familias de los usuarios.
- Relacionar el consumo elevado de sustancias en adictos y depresión en familiares.
- Socializar los resultados y recomendaciones al centro “Proyecto Esperanza”.

### **4.3.Área de estudio**

El área de estudio abarca el campo del psicodiagnóstico y la psicopatología.

### **4.4.Participantes**

La población inicial estaba conformada por 150 participantes, debido a que se estimaba con una población de 50 usuarios de los cuales se participarían 3 familiares de cada uno, sin embargo al momento de realizar los reactivos la población había bajado y se encontraban 35 usuarios registrados, por otro lado, se escogió a 2 familiares de cada usuario por el motivo de que la mayoría no podía asistir al centro de rehabilitación y otros estaban ocupados en sus trabajos, debido a esto la muestra está conformada por 35 usuarios del centro de rehabilitación “Proyecto Esperanza”. La muestra se constituyó por 2 familiares de cada usuario, llegando alrededor de 70 participantes que se involucrarán en la investigación.

Criterios de inclusión.

- Se incluirá a la familia nuclear de entre 10 y 65 años de edad.
- Tiempo de consumo del usuario mínimo 1 año

Criterios de exclusión.

- Se excluirá a los familiares que presenten discapacidad visual
- Usuarios y familiares que tengan tiempo inferior de consumo mínimo 1 año.

### **4.5.Métodos e instrumentos para la recogida de información**

**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK:** Es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010).

Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes: no depresión: 0-9 puntos, depresión leve: 10-18 puntos, depresión moderada: 19-29 puntos, depresión grave:  $\geq 30$  puntos. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010) (*Ver tablas 4,5 y 6*)

#### INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL-CDI:

Su objetivo es evaluar los síntomas depresivos y adolescentes, y su facilidad de lectura permite la aplicación a partir de los 7 años hasta los 17 años: el CDI puede administrarse de manera individual o colectiva, oscilando el tiempo de aplicación entre 10 a 25 minutos, en función de habilidad lectora del niño. En los 27 ítems de prueba en los que el niño tiene que elegir 1 de entre 3 opciones, aunque también pueden ser contestados por adultos de referencia (padres y maestros del niño). (Kovacs, 2015)

Las puntuaciones directas se obtienen sumando las respuestas marcadas por el sujeto de acuerdo a estas puntuaciones: La ausencia del síntoma (respuesta A) se puntúa 0, la presencia en una forma leve (respuesta B) se puntúa 1 y la presencia en una forma grave (respuesta C) se puntúa 2, por lo que la puntuación total puede oscilar entre 0 y 54 puntos. El punto de corte es de 19, por lo que a partir de esa puntuación se presenta depresión. La confiabilidad del CDI oscila entre 0.71 y 0.94, lo que nos indica que entre un 71% y un 94% de las puntuaciones son verdaderas. (Kovacs, 2015) (*Ver tablas 4,5 y 6*)

**FICHA SOCIODEMOGRÁFICA:** Incluirán las variables sociodemográficas de edad, genero, tiempo de consumo, religión, instrucción, nivel de parentesco, nivel socioeconómico, ocupación, profesión, tipo de problemas emocionales, familiares que consumen, etc. (*Ver tablas 1,2,3 y 6*)

#### **4.6.Procedimiento**

a) Se elaborará una solicitud a la directora administrativa del centro de rehabilitación “Proyecto Esperanza” para permitirnos realizar la presente investigación.

- b) Conjuntamente con la directora administrativa, establecer una fecha propicia para la aplicación de los reactivos.
- c) Luego de obtener el consentimiento informado por parte de los participantes se procederá a la revisión y calificación de los test aplicados, con el fin de analizar los resultados.
- d) Se aplicará los reactivos propuestos a los participantes.

#### **4.7. Análisis estadístico**

El método que se utilizará para la tabulación y análisis de datos será a través del programa SPSS-23, por medio de un análisis estadístico y presentados de manera descriptiva, al igual que a la elaboración de tablas y figuras en el programa de Excel.

#### **4.8. Conclusiones de capítulo**

En este capítulo se presentó el diseño metodológico y su procedimiento, el cual sirvió como guía para lograr los objetivos planteados. Igualmente se realizó una descripción del tipo de estudio, de la muestra seleccionada y de los instrumentos utilizados en esta investigación. Todo esto nos servirá para elaborar datos y formular los resultados, los cuales serán expuestos en el siguiente capítulo.

### **CAPÍTULO 3**

En el presente capítulo se realizará un análisis cuantitativo, descriptivo y correlacional de los resultados obtenidos mediante los diferentes reactivos utilizados para esta investigación, el análisis se realizó mediante el programa SPSS-23, el cual nos brinda datos certeros y reales de la investigación realizada. Partiremos con un análisis cuantitativo donde se muestra las características de la población en función a los datos sociodemográficos implementados dentro de esta investigación. Continuamos con los tipos de problemas emocionales que presentaron los participantes que fueron parte del estudio, destacando la frecuencia y el porcentaje con la que la muestra menciona experimentarlos. Se realiza un análisis cuantitativo mediante la ficha sociodemográfica sobre si los participantes consideran o no, que el consumo de sustancias es un factor de riesgo para los problemas familiares. Se realiza un análisis correlacional con los participantes, ya que mediante la ficha sociodemográfica se les pone a consideración si ellos creen que la depresión tiene que ver o está relacionado con los años de consumo de un adicto. También se realiza un análisis de depresión según el género y la edad y el nivel socioeconómico de los participantes. Por último, se procedes a realizar un análisis del tipo de depresión que padece cada participante de acuerdo a la edad, género y nivel socioeconómico.

#### **5. Análisis de resultados**

De acuerdo a los resultados obtenidos con la aplicación de los reactivos y su respectivo análisis, se observa lo siguiente:

##### **5.1. Datos sociodemográficos**

De acuerdo a la ficha sociodemográfica se observa lo siguiente: En el rango de edad se encuentra que 5 participantes que representan el 7,15% de la muestra, se encuentran en una edad de entre 10 a 19 años de edad. Por otro lado, se aprecia que 16 participantes que representan el 22,85% de la muestra están dentro del rango de edad de entre 20 a 29 años. Se observa que 4 participantes que representan el 5,72% de la muestra están entre los 30 a 39 años de edad. El 17,14% de la muestra representa a 12 participantes de entre 40 a 49 años de edad. En cuanto al 30% de la muestra que representa a 21 participantes de entre 50 a 59 años de edad. Por ultimo, 12 participantes que son el 17,14% de la muestra, se encuentran entre los 60 a 65 años de edad.



En cuanto a la variable sexo se puede apreciar que un 67,20% de la muestra que representa a 46 participantes son de sexo femenino. Por otro lado, se aprecia que 24 participantes que representan un 32,80% de la muestra son de sexo masculino.

En cuanto a la variable parentesco con el usuario, se puede observar que un 28,57% de la muestra que representa a 20 participantes son madres. Un 21,43% de la muestra que representa a 15 participantes son padres. Se aprecia que 20 participantes que representan al 28,57% de la muestra son parejas sentimentales de los usuarios. En cuanto a los hijos se observa que son 9 participantes que representan a un 12,85% de la muestra. Un 8,58% de la muestra que representa a 6 participantes son hijas de los usuarios de centro Proyecto Esperanza. Por último, se observa la ausencia de las variables hermano, hermana, y otros.

Dentro de la variable nivel socioeconómico se puede observar que 14 participantes que representan a un 20% de la muestra se encuentran en un nivel socioeconómico bajo. Por otro lado, se aprecia a 56 participantes que representan a un 80% de la muestra están dentro de un nivel socioeconómico medio. Por último, existe ausencia de participantes que pertenezca a un nivel socioeconómico alto.

En cuanto a la variable años de consumo se observa que el 12,85% de la muestra representada por 9 participantes se encuentra dentro del rango de 1-3 años de consumo. Un 22,86% de la muestra representada por 16 participantes se encuentran dentro del rango de 3-6 años de consumo. De la misma manera, se aprecia a 20 participantes que conforman el 28,57% de la muestra encontrada dentro del rango de 6-9 años de consumo. El 8,58% de la muestra representada por 6 participantes se encuentran dentro del rango de 9-12 años de consumo. Por último, dentro del rango de 12 años o más de consumo se aprecia a 19 participantes que representan al 27,14% de la muestra.

En cuanto a la variable sustancias que consumía el adicto se puede observar que el 90% de adictos consumía alcohol, un 57,14% de adictos consumía marihuana, el 54,28% de adictos consumía cocaína, el 35,71% de adictos consumía cigarrillo, un 5,71% de adictos consumía éxtasis, el 20% consumía heroína y el 14,28% consumía inhalantes. Finalmente, de acuerdo a los resultados se observa ausencia de consumo de LSD.

Tabla 1.

*Datos sociodemográficos (Ficha sociodemográfica)*

<b>Datos sociodemográficos</b>		<b>Frecuencia (N)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Edad</b>	10-19 años	5	7,15%
	20-29 años	16	22,85%
	30-39 años	4	5,72%
	40-49 años	12	17,14%
	50-59 años	21	30%
	60-65 años	12	17,14%
<b>Sexo</b>	Mujer	46	67,20%
	Hombre	24	32,80%
<b>Parentesco con el usuario</b>	Madre	20	28,57%
	Padre	15	21,43%
	Pareja	20	28,57%
	Sentimental	9	12,85%
	Hijo	6	8,58%
	Hija	0	0%
	Hermano	0	0%
	Hermana	0	0%
	Otros		
<b>Nivel socioeconómico</b>	Bajo	14	20%
	Medio	56	80%
	Alto	0	0%
<b>Años de consumo</b>	1 – 3 años	9	12,85%
	3 – 6 años	16	22,86%
	6 – 9 años	20	28,57%
	9 – 12 años	6	8,58%
	12 años o mas	19	27,14%
<b>Sustancias que consumía el adicto</b>	Alcohol	63	90%
	Marihuana	40	57,14%
	Cocaína	38	54,28%
	Cigarrillo	25	35,71%
	LSD	0	0%

Éxtasis	4	5,71%
Heroína	14	20%
Inhalantes	10	14,28%

**Fuente:** Instrumentos aplicados

**Elaborado por:** L. Minchala y M. J. Novillo

## 5.2. Tipos de problemas emocionales

De acuerdo a los resultados obtenidos de la ficha sociodemográfica sobre los tipos de problemas emocionales se observa lo siguiente:

Dentro de la variable de si alguna vez el usuario atentó contra su vida o hacia sí mismo se evidencia que el 52,86% de la muestra representada por 37 participantes manifestaron que SI. En cuanto a la variable tristeza se observa que 69 participantes que representan al 98,57% de la muestra, manifestó que SI habían experimentado sentimientos de tristeza. El 65,71% de la muestra conformada por 46 participantes expresaron haberse sentido vacíos. De la misma manera, el 15,71% de la muestra representada por 11 participantes experimentaron sentimientos de desesperanza. El 54,28% de la muestra representada por 38 participantes manifestaron sentir una disminución del interés en realizar actividades diarias. Un 34,29% de la muestra representada por 24 participantes mencionaron haber perdido peso. El 62,86% de la muestra representada por 44 participantes presentaron insomnio o hipersomnia. La muestra conformada por el 61,43% representada por 43 participantes experimentaron fatiga o pérdida de energía. El 48,57% de la muestra conformada por 34 participantes mencionaron haber experimentado sentimientos de inutilidad o culpabilidad. El 54,29% de la muestra representada por 38 participantes mencionaron haber sentido disminución en la capacidad para pensar o concentrarse. El 8,57% de la muestra conformada por 6 participantes mencionaron que habían intentado suicidarse o lo habían planificado para llevarlo a cabo. Por último, un 11,43% de la muestra representada por 8 participantes mencionaron que si existe otro consumidor dentro de su familia.

Tabla 2.

*Problemas emocionales experimentados (Ficha sociodemográfica)*

<b>Problemas emocionales experimentados</b>		<b>Frecuencia (N)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Alguna vez el usuario atentó contra su vida o hacia sí mismo	SI	37	52,86%
	NO	33	47,14%
Tristeza	SI	69	98,57%
	NO	1	1,43%
Se ha sentido vacío	SI	46	65,71%
	NO	24	34,29%
Sin esperanza	SI	11	15,71%
	NO	59	84,29%
Disminución del interés en realizar actividades diarias	SI	38	54,28%
	NO	32	45,71%
Pérdida de peso	SI	24	34,29%
	NO	46	65,71%
Insomnio o hipersomnia	SI	44	62,86%
	NO	26	37,14%
Fatiga o pérdida de energía	SI	43	61,43%
	NO	27	38,57%
Sentimiento de inutilidad o culpabilidad	SI	34	48,57%
	NO	36	51,43%
Disminución en la capacidad para pensar o concentrarse	SI	38	54,29%
	NO	32	45,71%
Intento de suicidio o un plan	SI	6	8,57%
	NO	64	91,43%

específico para llevarlo a cabo			
Existe otro consumidor dentro de su familia nuclear	SI	8	11,43%
	NO	62	88,57%

**Fuente:** Instrumentos aplicados

**Elaborado por:** L. Minchala y M. J. Novillo

### 5.3. Factor de riesgo de depresión por consumo de sustancias:

Los resultados obtenidos de acuerdo a la ficha sociodemográfica demuestran que el 100% de los participantes consideran que el consumo de sustancias es un factor de riesgo para los problemas familiares.

Tabla 3.

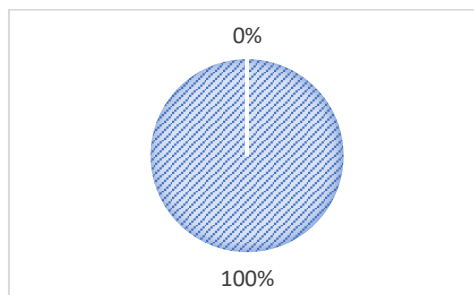
*Factor de riesgo de depresión por consumo de sustancias (Ficha sociodemográfica)*

		Total	%
Consumo de sustancias es un factor de riesgo para los problemas familiares	Si	70	100,0%
	No	0	0,0%

**Fuente:** Ficha sociodemográfica

**Elaborado por:** L. Minchala y M. J. Novillo

De acuerdo a la siguiente figura se puede observar que un 100% de la población considera que el consumo de sustancias si es un factor de riesgo para generar problemas dentro del núcleo familiar.



*Figura 11. Depresión y consumo de sustancias (Ficha sociodemográfica)*

*Elaborado por:* L. Minchala y M. J. Novillo

#### 5.4. Población con depresión:

De acuerdo al test de Beck y el inventario CDI se observará los siguientes resultados, que un 98,6% de participantes que corresponde a 69 familiares afirman haber presentado depresión, por otro lado, se logró identificar a un familiar que representa el 1,4% de la muestra que no presenta depresión.

Tabla 4.

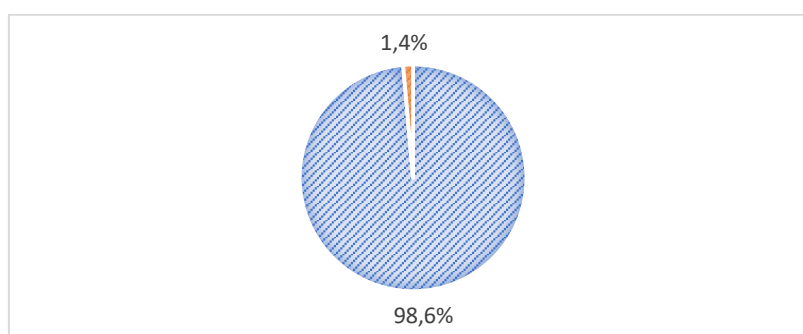
*Población con depresión (Test de Beck, Inventario CDI)*

		Total	%
Depresión	Si	69	98,6%
	No	1	1,4%

**Fuente:** Instrumentos aplicados

**Elaborado por:** L. Minchala y M. J. Novillo

Dentro de la presente figura podemos encontrar que un 98,6% de población presenta depresión, por otro lado, se puede observar que el 1,4% de la población no presenta depresión.



*Figura 12. Población con depresión (Test de Beck, Inventario CDI)*

*Elaborado por: L. Minchala y M. J. Novillo*

#### 5.5. Relación de depresión con años de consumo:

De acuerdo a la ficha sociodemográfica, al test de Beck y el inventario CDI, se observa a 9 participantes con depresión debido a que sus familiares han presentado un consumo inferior de 3 años, de igual manera se muestra a 60 participantes con depresión debido a que sus familiares presentaron un consumo superior a 3 años. Con estos resultados

podemos concluir que la relación entre la depresión y los años de consumo no es significativa ( $p=0,150$ )

Tabla 5.

*Depresión con años de consumo (Ficha sociodemográfica, Test de Beck, Inventario CDI)*

		Menos de 3 años	%	Mayor de 3 años	%	Total	%
Depresión	Si	9	13%	60	85,69%	69	98,57%
	No	0	0%	1	1,31%	1	1,43%
Total		9	13%	61	87%	70	100%

**Fuente:** Instrumentos aplicados

**Elaborado por:** L. Minchala y M. J. Novillo

### **5.6. Depresión de acuerdo a la edad, género y nivel sociodemográfico:**

De acuerdo a la ficha sociodemográfica, el test de Beck y el Inventario CDI, se observa que el rango de edad media en el cual se encontró un mayor número de casos está dentro de los 44 años de edad, por tal motivo 24 participantes (95, 8%) representa al género masculino y 46 participantes (100%) representan al género femenino, de los cuales 15 participantes (100%) pertenecen a un nivel socioeconómico bajo y 54 participantes (98,2%) pertenecen a un nivel socioeconómico medio, de esta manera podemos encontrar que un 98,2% de los participantes presentan depresión sin importar el nivel socioeconómico, género o la edad. Por otro lado, el 1,8% de la muestra representado por un adolescente masculino de 14 años de nivel socioeconómico medio no presenta depresión.

Tabla 6.

*Depresión de acuerdo a la edad, género y nivel socioeconómico (Test de Beck, Inventario CDI, Ficha sociodemográfica)*

		Edad	Género				Nivel socioeconómico			
			Masculino		Femenino		Bajo		Medio	
		Media	Total	To		To		To		
				%	tal	%	tal	%	tal	%
Depresión	Si	44	23	95,8	46	100,	15	100,	54	98,2
				%		0%		0%		%
	No	14	1	4,2	0	0,0	0	0,0	1	1,8
				%		%		%		%

**Fuente:** Instrumentos aplicados

**Elaborado por:** L. Minchala y M. J. Novillo

### 5.7. Género

Mediante la siguiente figura podemos observar la variable género. De esta forma podemos apreciar que el 32,80% de participantes son del sexo masculino y que 67,20% de participantes son de sexo femenino.

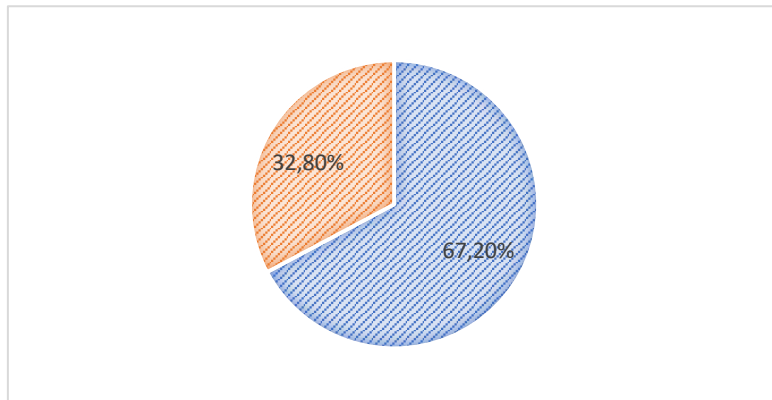


Figura 13. Género (Ficha sociodemográfica)

Elaborado por: L. Minchala y M. J. Novillo

### 5.8. Tipos de depresión

De acuerdo al test de Beck, inventario CDI y la ficha sociodemográfica se puede observar los siguientes tipos de depresión:



**Sintomatología de depresión:** De acuerdo a los resultados se aprecian que 3 participantes (12,5%) con una edad media de 16 años y nivel socioeconómico medio (5,5%) presentan una sintomatología de depresión de acuerdo al inventario CDI.

**Depresión mínima:** Se observa 15 participantes (62,5%) del género masculino y 28 participantes (60,9%) del género femenino presentan una edad media de 42 años, de los cuales 10 participantes (66,7%) pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, y un total de 33 participantes (60,0%) presentan un nivel socioeconómico medio.

**Depresión media:** Los resultados demuestran que 4 participantes (16,7%) del género masculino y 12 participantes (26,1%) del género femenino presentan una edad media de 49 años, de los cuales 4 participantes (26,7%) pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, y un total de 12 participantes (21,8%) presentan un nivel socioeconómico medio.

**Depresión grave:** se encontró que 1 participante (4,2%) del género masculino y 6 participantes (13,0%) del género femenino presentan una edad media de 55 años, de los cuales 1 participante (6,7%) pertenece a un nivel socioeconómico bajo, y un total de 6 participantes (10,9%) presentan un nivel socioeconómico medio.

**No depresión:** Por último, se encuentra 1 participante (4,2%) del género masculino de 14 años de edad y de nivel socioeconómico medio.

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante las diferentes variables se puede constatar que los participantes del sexo femenino son las que más presentan depresión en comparación al sexo masculino, esto puede deberse a múltiples factores como: el nivel socioeconómico, edad, etc.

Tabla 7.

*Tipos de depresión de acuerdo a la edad, género y nivel socioeconómico (Ficha sociodemográfica, test de Beck, inventario CDI)*

			Edad		Género				Nivel socioeconómico				
			Media		Masculino		Femenino		Bajo		Medio		Total
Tipo de depresión	de	Sintomatología de depresión	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total
			16	3	12,5%	0	0,0%	0	0,0%	3	5,5%		4,28%
		Depresión leve	42	15	62,5%	28	60,9%	10	66,7%	33	60,0%		61,43%
		Depresión moderada	49	4	16,7%	12	26,1%	4	26,7%	12	21,8%		22,86%
		Depresión grave	55	1	4,2%	6	13,0%	1	6,7%	6	10,9%		10%
		No	14	1	4,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%		1,43%

**Fuente:** Instrumentos aplicados

**Elaborado por:** L. Minchala y M. J. Novillo

### 5.9.Socializar los resultados y las recomendaciones

Los datos obtenidos durante la investigación serán socializados con el centro Proyecto Esperanza de la ciudad de Cuenca, mediante un informe y los resultados obtenidos por la aplicación de los test y la ficha sociodemográfica.

## **5.10. Conclusiones del capítulo**

A lo largo de este capítulo se presentó el análisis estadístico de los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos planteados anteriormente, de esta manera podemos concluir lo siguiente:

En cuanto a los resultados cuantitativos de la investigación se aprecia que un 100% de participantes mencionaron que el consumo elevado de sustancias si es un factor de riesgo para los familiares del adicto. Por otro lado, se identificó que un 98,6% de participantes presentaron depresión, y un 1,4% de los participantes no presentó depresión.

Dentro del objetivo de relacionar el consumo elevado de sustancias en adictos y depresión en familiares se observa que la frecuencia o el tiempo de consumo no es relevante para generar un estado de depresión en los familiares del adicto, ya que, el tiempo de consumo sea de 1 año o varios años de consumo igualmente genera un estado de depresión en los familiares, es decir el tiempo de consumo no es relevante para generar depresión en las familias.

## CAPÍTULO 4

### 6. Discusión

La depresión es un trastorno emocional cuyos índices van en aumento a nivel mundial y local, generando preocupación en las organizaciones de salud. Por tal motivo hemos expuesto nuestro interés en el presente estudio para conocer la relación entre los problemas de consumo de sustancias y la depresión en familiares de los usuarios del centro Proyecto Esperanza. En el presente capítulo se realizará una discusión sobre los resultados obtenidos anteriormente, además de establecer una comparativa con otros estudios y validar el presente, junto con los postulados teóricos que se han manifestado en capítulos anteriores.

El objetivo general del presente estudio es conocer la relación entre los problemas de consumo de sustancias y la depresión en los familiares de los usuarios del centro Proyecto Esperanza, para alcanzar el mismo se realizará un análisis de los objetivos específicos. El primero es determinar si el consumo elevado de sustancias es un factor de riesgo para los problemas familiares, después de hacer un análisis de los resultados obtenidos, podemos mencionar que dentro del centro de adicción Proyecto Esperanza, un 100% de participantes consideran, que el consumo de sustancias si es un factor de riesgo para desarrollar el trastorno de estado de ánimo. Cabe destacar que un (1) participante dentro de toda la muestra no presentó síntomas de depresión. Resultados similares a diferentes investigaciones realizadas, como un estudio en la ciudad de Sao Paulo (Brasil), el cual conto con 100 participantes de familiares de consumidores de sustancias, en el cual el objetivo del estudio fue “evaluar la sintomatología depresiva en familiares de dependientes químicos y su relación con variables sociodemográficas de los participantes”. En dicho estudio se pudo apreciar que todos los participantes afirmaron que el consumo de sustancias químicas es un detonante para producir varias enfermedades psicológicas, debido a la complejidad y la dificultad en resolver las diferentes temáticas que acarrea el drogadicto y la familia. (Maciel, 2014)

De acuerdo al segundo objetivo de la presente investigación, identificar trastorno depresivo en las familias de los usuarios, este estudio determinó que el rango de edad media de participantes que presentan depresión es de 44 años, comparado con el rango de edad media de 14 años para aquellos que no presentan depresión. En cuanto al género de los participantes que presentan depresión, los resultados de esta investigación son del 32,80% para el género masculino y 67,20% son del género femenino. Resultados

similares a una investigación realizada en el estado de Mato Grosso (Brasil) sobre “calidad de vida y los síntomas depresivos en cuidadores y los adictos a las drogas” en donde la mayoría de participantes que presentaron depresión son de género femenino (90,8%) y un (9,2%) de participantes son de género masculino, ya que, las parejas o las madres de los adictos son las cuidadoras principales y las más proclives a padecer este estado de ánimo. (Marcon, Rubira, Espinosa, & Barbosa, 2012)

Referente al mismo objetivo, el presente estudio muestra que el 61,4% de los participantes son diagnosticados con depresión leve, el 22,9% presentan depresión moderada, el 10% de la población tiene depresión grave, el 1,43% no presenta depresión. En comparación con un estudio en la ciudad de Sao Paulo (Brasil) sobre “evaluar la sintomatología depresiva en familiares de dependientes químicos y su relación con variables sociodemográficas de los participantes” donde los resultados son similares, ya que, la mayoría de participantes fueron de sexo femenino, en cuanto al diagnóstico de depresión, se observó que un 66% de participantes presentó sintomatología depresiva, 35% presentaron síntomas leves, 27% presentó síntomas moderados y el 4% presentó síntomas graves. (Maciel, 2014)

En otro estudio en la ciudad de Arequipa (Perú) sobre “nivel de depresión en familiares directos de adictos al alcohol y a otras drogas en grupos de familia”, se encontró resultados similares donde se muestran que, el 33.3% de la población presenta depresión leve, el 25,6% presenta depresión moderada, el 24,4% de participantes manifiesta depresión grave y el 16,7% de la población en el estudio presenta un nivel de depresión nula. (Zúñiga, 2013)

Finalmente, el tercer objetivo busca relacionar el consumo elevado de sustancias en adictos y depresión en familiares, en esta investigación se determinó que los años de consumo no son un factor que influye de manera directa en el desarrollo de este estado de ánimo. Sin embargo, se puede observar que en el centro de adicción la mayoría de participantes que presentan depresión (87%), corresponden a familiares de usuarios cuyo consumo es mayor a 3 años, el 13% restante corresponde a familiares de adictos con un tiempo de consumo menor a 3 años, resultados similares a los encontrados en un estudio del estado de Mato Grosso (Brasil) sobre “calidad de vida y los síntomas depresivos en cuidadores y los adictos a las drogas”, donde se constató que el (70,9%) de participantes presenta síntomas psicológicos independientemente del tiempo de consumo del adicto, ya que, los familiares al enterarse que tiene un adicto dentro de su núcleo familiar se vuelven

vulnerables psicológicamente a padecer diferentes estados de ánimo, debido a que los familiares tratan de buscar estabilidad en el hogar, sin embargo presentan sentimientos de incapacidad y culpa al no poder ayudar en la rehabilitación del adicto. (Marcon, Rubira, Espinosa, & Barbosa, 2012)

## CONCLUSIONES

La mayoría de los familiares de adictos que pertenecen al centro Proyecto Esperanza presentan algún cuadro de depresión, por lo tanto, existe una respuesta favorable para la hipótesis planteada en el presente estudio.

No existe relación significativa entre el tiempo de consumo y el desarrollo de depresión en los familiares de usuarios del centro, independientemente del tiempo de consumo del adicto ya sea un año o doce años.

De acuerdo al nivel de depresión, se observó que depresión leve, es el tipo de depresión con más casos dentro de la investigación, con el 61,4%, es decir más de la mitad de los participantes., seguido de depresión moderada (22,9%) y finalmente con depresión grave (10%).

De acuerdo a las variables sociodemográficas se pudo ver una diferencia significativa en el género de la muestra obtenida, pues el 67,2% fue del género femenino frente a un 32,8% del género masculino, es decir existe una tendencia de mayor depresión en familiares mujeres.

El género femenino es el más propenso a sufrir un tipo de depresión, ya que, son las madres o las parejas de los adictos quienes pasan a ser cuidadores de los adictos y por tal motivo tienen que buscar una solución al problema que se está generando dentro del núcleo familiar, sin embargo, al verse incapaces de ayudar al adicto en su proceso de rehabilitación, empiezan a presentar sentimientos de culpa.

## **RECOMENDACIONES**

Debido a que el tipo de depresión con mayor porcentaje fue la depresión leve, con el 61,4%, se puede recomendar terapias familiares para mejorar el estado de ánimo o incluso terapias grupales con la participación de los familiares para evitar que los cuadros de depresión se agraven. En cuanto a los tipos de depresión moderada y grave, se recomienda terapia psicológica individual.

La segunda recomendación gira en torno a las variables sociodemográficas, debido a que la mayoría de familiares con depresión son mujeres, se podría recomendar un tratamiento individual o grupal pero solo con participantes del género femenino y de esta manera reducir sus cuadros de depresión.

Una tercera recomendación sería realizar pruebas diagnósticas a la persona que tiene contacto directo con la persona adicta, con la finalidad de prevenir cuadros depresivos tanto al cuidador como al núcleo familiar.

Finalmente, se podría recomendar llevar a cabo terapias familiares, de esta manera reforzar los lazos familiares, la confianza y la comunicación dentro del núcleo familiar, además de realizar seguimiento a los familiares que presenten síntomas depresivos moderados o graves.



## BIBLIOGRAFÍA

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bernal, J., & Castro, J. (2017). Depresión y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. Bogota: Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano .
- Bosque, J., Fuentes, A., Díaz, D., Espínola, M., González, N., Loredó, A., . . . Vázquez, L. (2014). La cocaína: consumo y consecuencias. *Salud mental*, 381-389.
- Calero, C., Palomino-Vásquez, K., & Moro, L. (2019). Depresión en adolescentes asociados a migración familiar, familia disfuncional y bullying en Huánuco 2018. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 180-187.
- Camelo, S., Márquez, M., Morales, A., Ortiz, A., & Marroquín, A. (2012). Márquez Granados, M. P., Ortiz Ruiz, A. V., Morales Osorio, A. M., & Marroquín Ariza, A. (2012). Efectos de la inhalación aguda y crónica de pegante de contacto con tolueno en el ap al de un grupo de ratones machos. Universidad de la Sabana.
- Castaño, G., & Calderón, G. (2010). Consumo de heroína en Colombia, prácticas relacionadas e incidencia en la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 311-322.
- Comité Interinstitucional de Drogas. (2017). Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas. Quito: República de Ecuador.
- Cristóvão, J., Broche, Y., Rodríguez, & Leonardo. (2015). Efectos nocivos del consumo prolongado de alcohol sobre el sistema nervioso central. *Arch Neurocién*, 79-85.
- García, J. M., Noriega, M. L., Martínez, M. C., & Lorente, A. P. (2018). Educación y relaciones familiares: ansiedad, depresión y otras variables. *Revista Internacional Jurídica y Empresarial*, 21-44.
- Glockner, J. (2011). Drogas y conducta. *Elementos: ciencia y cultura*, 59-64. Obtenido de Historia de las drogas y de la guerra contra su difusión: [http://www. works. bepress. com/jose\\_theodoro\\_carvalho/1](http://www.works.bepress.com/jose_theodoro_carvalho/1).
- González, A., Juárez, F., Solís, C., Forteza, C., Tapia, A., Medina, M., & Fernández, H. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud mental*, 51-55.
- Gutiérrez, M., & Romero, I. (2014). Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 608-619.

Henao, S. (2012). Representaciones sociales del consumo de drogas en un contexto universitario, Medellín, Colombia, 2000. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 26-37.

Hinojosa, L., Alonso, M., & Yolanda, C. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 19-25.

INEC. (2014). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Recuperado el Diciembre de 2019, de Vdatos: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/vdatos/>

Kovacs, M. (2015). *Cuestionario de depresión infantil*. Madrid: TEA Ediciones.

Lastre, G., Gaviria, G., & Arrieta, N. (2013). Conocimiento sobre el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería . *Ciencia e Innovación en Salud*, 46-51.

Maciel, S. C. (2014). Síntomas depresivos en familiares de dependientes químicos. *Pepsic*, 11.

Marcon, S. R., Rubira, E. A., Espinosa, M. M., & Barbosa, D. A. (2012). Calidad de vida y los síntomas depresivos en cuidadores y los adictos a las drogas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 167-174.

Marín, J., & Mendoza, H. (13 de septiembre de 2016). Consumo de Inhalantes en diferentes escenarios de la ciudad de León en el periodo comprendido de mayo a septiembre del año 2013. León, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Marquez, I. (2015). *Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Martínez, Á., & Muñoz, A. (2010). Un infinito que no acaba. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). *Salud mental*, 145-152.

Martínez, P., Medina, M., & Rivera, E. (2015). Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Rev Fac Med UNAM*, 191-197.

Medina, M., Real, T., Villatoro, J., & Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública de México*, 67-73.

Navia, M., Farah, J., Yaksic, N., Philco, P., & Takayanagui, A. (2011). Conocimiento sobre el fenómeno de las drogas en entre estudiantes y docentes de la Facultad de Medicina Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 722-729.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *ONU*. Obtenido de Informe Mundial sobre las Drogas : [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf)

Orozco, W., & Baldares, M. (2012). Abordaje de la depresión: intervención en crisis. *Revista Cúpula*, 19-35.

Palacio, P., & Múnera, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Revista virtual de la Institución Universitaria de Envigado*, 173-198.

Peña Romero, M. F. (2017). Depresión en la familia de los adolescentes consumidores de sustancias del programa ambulatorio intensivo del Centro de Salud Urbano Puyo, periodo diciembre 2016-mayo 2017. Riobamba, Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo.

Restrepo, A. (2013). Guerra contra las drogas, consumidores de marihuana y legalización. *URVIO: Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, 69-80.

Rodriguez, C., Chacón, A., & González, T. (2010). Prevención integral de consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios: una propuesta de intervención grupal. *Acta Colombiana de Psicología*, 19-33.

Rojas, G., Gaete, J., Guajardo, V., Martínez, V., Barroilhet, S., Meneses, J., . . . Araya, R. (2012). Consumo de sustancias y síntomas depresivos en escolares de liceos municipales de Santiago. *Revista médica de Chile* , 184-191.

Ruíz, C., Jiménez, J., García, M., Flores, L., & Trejo, H. (2020). Factores del ambiente familiar predictores de depresión en adolescentes escolares: análisis por sexo. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 104-122.

Solis, M. (2011). Estudio del consumo de drogas en estudiantes universitarios. *Revista Ciencia Unemi*, 8-17.

Suárez Pesántez, K. V. (2018). Depresión, ansiedad y autoestima y su relación con estilos de afrontamiento de los familiares de usuarios de sustancias Estudio realizado en dos centros de rehabilitación de la ciudad de Cuenca. Loja, Loja: Universidad Técnica Particular de Loja.

Téllez, J. (2012). Manifestaciones clínicas en consumo crónico. En J. Téllez, *Aspectos toxicológicos, psicológicos y sociales relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas* (págs. 63-76). Bogota: Editorial Universidad Nacional de Colombia.

Torres, G., & Fiestas, F. (2012). Efectos de la marihuana en la cognición: una revisión desde la perspectiva neurobiológica. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 127-134.

Trujillo, H., Martínez, J., & Vargas, C. (2013). Relaciones asociativas entre las creencias acerca del uso social de las drogas y el consumo en estudiantes jóvenes. 11-20. Granada, España: *Universitas Psychologica* 12.3.

Urigüen, L., & Callado, L. (2010). Cocaína y cerebro. *Trastornos Adictivos*, 129-134.

Vargas, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*, 57-59.

Volkow, N. (2015). La marihuana. *National Institute on drug abuse, advancing addiction science*, 1-21.

Wills, B., Buitrago, A., Romero, N., & Soto, M. (2014). Infarto agudo de miocardio inducido por heroína. *Revista Colombiana de Cardiología*, 327-331.

Zúñiga, L. (2013). Nivel de depresión en familiares directos de adictos al alcohol y a otras drogas en grupos de familia AL- ANON y NAR-ANON. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín .

(<https://www.xecuadorencifras.gob.ec/vdatos/>)

## ANEXOS

### **Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO CON FAMILIARES DE USUARIOS QUE SE ENCUENTRAN DENTRO DE CENTRO DE TRATAMIENTO “PROYECTO ESPERANZA”**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:** CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS Y DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE USUARIOS DEL CENTRO “PROYECTO ESPERANZA” DE LA CIUDAD DE CUENCA.

El propósito de la información que usted leerá a continuación es ayudarle a tomar la decisión de permitir su participación – o no -, en una investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse y por favor lea cuidadosamente este documento.

#### **Objetivo de la investigación**

Usted ha sido invitado (a) a participar de una investigación. El propósito de esta es *Conocer la relación entre los problemas de consumo de sustancias y la depresión en los familiares de los usuarios del centro “Proyecto Esperanza”*.

#### **Procedimiento de la investigación**

Si usted acepta participar, se le aplicarán 2 test de depresión (Hamilton y Beck) y una encuesta, con el fin de lograr el propósito planteado.

Los estudiantes responsables de estas evaluaciones son. María José Novillo y Luis Minchala.

#### **Beneficios**

No existen beneficios económicos para usted o para la institución por la participación en este estudio. Sin embargo, el hecho que responda los cuestionarios será un aporte para esta investigación, pues contribuirá con los resultados al desarrollo científico de la psicología de nuestro país. Todos los resultados serán entregados al centro de tratamiento “Proyecto Esperanza”, para que, en caso de ser necesario, sean utilizados con fines terapéuticos

#### **Riesgos**

Durante el proceso si Ud. siente que genera recuerdos de situaciones o momentos dolorosos, Ud. podrá retirarse y asistir con un profesional del centro para su respectiva contención emocional.

### **Confidencialidad de la información personal y médica**

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad. Se utilizarán exclusivamente con fines de tratamiento y de investigación. Todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

### **Voluntariedad de la participación**

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted puede colaborar con la investigación si es su voluntad hacerlo. También podrá retirarse del estudio en el momento en que estime conveniente.

Las autoridades de la institución tienen conocimiento y han autorizado para la realización de la presente investigación.

Si decide retirarse del estudio, la información obtenida no será utilizada para la investigación, ni guardada.

En caso de que usted no esté conforme o tenga alguna duda, comentario con respecto a las evaluaciones favor diríjase con María José Novillo, al correo electrónico majit.o06@hotmail.com o al celular 0962791661.

### **DECLARACION DE CONSENTIMIENTO**

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que tengo por participar. También se me ha indicado que me puedo retirar en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado (a) a hacerlo.

Al momento de la firma, me entregan una copia firmada de este documento.

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

Firma: \_\_\_\_\_

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

Pcl. Luis Minchala  
Investigador responsable

Pcl. María José Novillo  
Investigador responsable

## ***Anexo 2. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK***

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana, incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

- 1) No me siento triste
  - 1 Me siento triste
  - 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo salir de mi tristeza
  - 3 Me siento tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
  
- 2) No me siento especialmente desanimado (a) con respecto al futuro
  - 1 Me siento desanimado (a) con respecto al futuro
  - 2 Siento que no puedo esperar nada del futuro
  - 3 Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar
  
- 3) No creo que sea un fracasado
  - 1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal
  - 2 Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
  - 3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona
  
- 4) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes
  - 1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo
  - 2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada
  - 3 Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) de todo
  
- 5) No me siento especialmente culpable
  - 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo
  - 2 Me siento bastante culpable casi siempre

- 3 Me siento culpable siempre
- 6) No creo que esté siendo castigado (a)
- 1 Creo que puedo ser castigado (a)
- 2 Espero ser castigado (a)
- 3 Creo que estoy siendo castigado (a)
- 7) No me siento decepcionado (a) de mí mismo (a)
- 1 Me he decepcionado a mí mismo (a)
- 2 Estoy disgustado (a) conmigo mismo (a)
- 3 Me odio
- 8) No creo ser peor que los demás
- 1 Me critico por mis debilidades y/o errores
- 2 Me culpo siempre por mis errores
- 3 Me culpo por todo lo malo que me suceden
- 9) No tengo ninguna idea de matarme
- 1 Pienso en matarme, pero no lo haría
- 2 Me gustaría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad
- 10) No lloro más que de costumbre
- 1 Ahora lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Ahora lloro todo el tiempo.
- 3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera
- 11) Las cosas no me irritan más que de costumbre
- 1 Las cosas me irritan un poco más que de costumbre
- 2 Estoy bastante irritado (a) o enfadado (a) una buena parte del tiempo
- 3 Ahora me siento irritado (a) todo el tiempo
- 12) No he perdido el interés por otras personas



- 1 Estoy menos interesado (a) en otras personas que de costumbre
- 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas
- 3 He perdido todo mi interés por otras personas

13) Tomo decisiones como siempre

- 1 Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes
- 2 Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones
- 3 Ya no puedo tomar ninguna decisión

14) No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre

- 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo (a) sin atractivos
- 2 Siento que hay cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo (a)
- 3 Creo que me veo feo (a)

15) Puedo trabajar tan bien como antes

- 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo
- 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
- 3 No puedo trabajar en absoluto

16) Puedo dormir tan bien como siempre

- 1 No duermo tan bien como solía hacerlo
- 2 Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta mucho volver a dormir
- 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme

17) No me canso más que de costumbre

- 1 Me canso más fácilmente que de costumbre
- 2 Me canso sin hacer casi nada
- 3 Estoy demasiado cansado (a) para hacer cualquier cosa

18) Mi apetito no ha variado

- 1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser
- 2 Mi apetito es mucho peor ahora

3 Ya no tengo apetito

19) No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo últimamente

1 He perdido más de 2 kilos y medio

2 He perdido más de 5 kilos

3 He perdido más de 7 kilos y medio

20) No estoy preocupado por mi salud más que de costumbre

1 Estoy preocupado (a) por problemas físicos como: dolores, molestias estomacales o estreñimiento

2 Estoy muy preocupado (a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa

3 Estoy tan preocupado (a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más

21) No he notado cambio alguno recientemente en mi interés por el sexo

1 Estoy menos interesado (a) en el sexo de lo solía estar

2 Ahora estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora

3 He perdido por completo mi interés por el sexo

---

**Firma del responsable**

### **Anexo 3. INVENTARIO CDI**

"Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge en cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, luego coloca una marca como una 'X' en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti"

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado

1.  Estoy triste de vez en cuando.  
 Estoy triste muchas veces.  
 Estoy triste siempre.
2.  Nunca me saldrá nada bien  
 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.  
 Las cosas me saldrán bien
3.  Hago bien la mayoría de las cosas.  
 Hago mal muchas cosas  
 Todo lo hago mal
4.  Me divierten muchas cosas  
 Me divierten algunas cosas  
 Nada me divierte
5.  Soy malo siempre  
 Soy malo muchas veces  
 Soy malo algunas veces
6.  A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.  
 Me preocupa que me ocurran cosas malas.  
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7.  Me odio  
 No me gusta como soy  
 Me gusta como soy
8.  Todas las cosas malas son culpa mía.  
 Muchas cosas malas son culpa mía.  
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.

9.  No pienso en matarme  
 pienso en matarme, pero no lo haría  
 Quiero matarme.
10.  Tengo ganas de llorar todos los días  
 Tengo ganas de llorar muchos días  
 Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
11.  Las cosas me preocupan siempre  
 Las cosas me preocupan muchas veces.  
 Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
12.  Me gusta estar con la gente  
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente  
 No quiero en absoluto estar con la gente.
13.  No puedo decidirme  
 Me cuesta decidirme  
 me decido fácilmente
14.  Tengo buen aspecto  
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.  
 Soy feo
15.  Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes  
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes  
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16.  Todas las noches me cuesta dormirme  
 Muchas noches me cuesta dormirme.  
 Duermo muy bien
17.  Estoy cansado de cuando en cuando  
 Estoy cansado muchos días  
 Estoy cansado siempre
18.  La mayoría de los días no tengo ganas de comer  
 Muchos días no tengo ganas de comer  
 Como muy bien
19.  No me preocupa el dolor ni la enfermedad.  
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad  
 Siempre me preocupa el dolor y la

enfermedad

20.  Nunca me siento solo.
- Me siento solo muchas veces
- Me siento solo siempre
21.  Nunca me divierto en el colegio
- Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
- Me divierto en el colegio muchas veces.
22.  Tengo muchos amigos
- Tengo muchos amigos, pero me gustaría tener más
- No tengo amigos
23.  Mi trabajo en el colegio es bueno.
- Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
- Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
24.  Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
- Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
- Soy tan bueno como otros niños.
25.  Nadie me quiere
- No estoy seguro de que alguien me quiera
- Estoy seguro de que alguien me quiere.
26.  Generalmente hago lo que me dicen.
- Muchas veces no hago lo que me dicen.
- Nunca hago lo que me dicen
27.  Me llevo bien con la gente
- Me peleo muchas veces.
- Me peleo siempre.

**Anexo 4. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**

Nombre del entrevistador:

.....

Fecha: .....

Lugar de nacimiento:

.....

Fecha de nacimiento:

.....

Religión:

.....

**1. Edad ..... años cumplidos**

**2. Género**

Masculino

Femenino

**3. Instrucción**

Ninguno	
Centro de alfabetización	
Jardín de Infantes	
Primaria (1ro a 6to grado)	
Educación Básica - 1ro a 10mo	
Secundaria (1ro a 6to curso)	
Bachillerato - 1ro a 3ro BGU	
Superior no Universitario	
Superior Universitario	
Post - grado	

**4. Cuál es su nivel de parentesco con el usuario**

- |                          |                    |                          |                           |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Madre              | <input type="checkbox"/> | Hermano                   |
| <input type="checkbox"/> | Padre              | <input type="checkbox"/> | Hermana                   |
| <input type="checkbox"/> | Pareja sentimental | <input type="checkbox"/> | Otros (Especifique) ..... |
| <input type="checkbox"/> | Hijo               |                          |                           |
| <input type="checkbox"/> | Hija               |                          |                           |

**5. Cuál es su nivel socioeconómico**

- Bajo
- Medio
- Alto

**6. Años de consumo del familiar**

- 1 - 3 años
- 3 - 6 años
- 6 - 9 años
- 9 - 12 años
- 12 años o más

**7. Mencione cuál es su ocupación o profesión**

.....

**8. Cuál de las siguientes sustancias consumía su familiar**

- Alcohol
- Marihuana
- Cocaína
- Cigarrillo
- LSD
-

- Éxtasis
- Heroína
- Inhalantes

**9. Considera Ud. que el consumo de sustancias es la causa principal por la que se da los problemas en el hogar**

- Sí  No

**10. Alguna vez su familiar ha intentado atentar contra su vida o hacia sí mismo**

- Sí  No

**11. Qué tipo de problemas emocionales Ud. ha experimentado, seleccione con los que se identifica (respuesta múltiple)**

- Tristeza
- Se ha sentido vacío
- Sin esperanza
- Disminución del interés en realizar actividades diarias
- Pérdida de peso
- Insomnio o hipersomnia
- Fatiga o pérdida de la energía
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad
- Disminución en la capacidad para pensar o concentrarse
- Intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo

**12. Ud. ha recibido un diagnóstico depresivo o tratamiento para la depresión**

- Sí  No

**13. Ud. ha asistido a una asesoría para la depresión**



Sí  No

**14. Existe otro consumidor dentro de su familia nuclear**

Sí  No

**Especifique:** .....