



**UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS “ENRIQUE ORTEGA MOREIRA”**

**IDENTIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD COMO TRASTORNOS
COMORBIDOS EN LOS PACIENTES CON DEPENDENCIA A LAS DROGAS
MAYORES A 19 AÑOS DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS EN EL PERIODO DE
ABRIL 2014- ABRIL 2019**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE SE PRESENTA COMO REQUISITO PARA EL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTORA: DOMENICA JUSTINE ESPINOSA MERA

TUTOR: DR. CARLOS ORELLANA

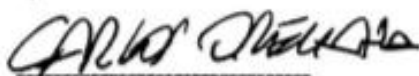
SAMBORONDÓN, MAYO 2019

HOJA DE APROBACION DEL TUTOR

Guayaquil 31 de Agosto de 2019

Yo Carlos Orellana, en calidad de tutor del trabajo de investigación sobre el tema **IDENTIFICACION DE LA DEPRESION Y ANSIEDAD COMO TRASTORNOS COMORBIDOS EN LOS PACIENTES CON DEPENDENCIA A LAS DROGAS MAYORES A 19 AÑOS DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS EN EL PERIODO DE ABRIL 2014- ABRIL 2019** presentado por la alumna Domenica Espinosa Mera

Certifico que el trabajo ha sido revisado según todos los lineamientos establecidos y reúnen los criterios científicos y técnicos de un trabajo de investigación científica, así como los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por H. Consejo de facultad " Enrique Ortega Moreira" de Medicina, de la universidad de Especialidades Espíritu Santo.



Dr. Carlos Orellana

DEDICATORIA

A Dios por ser mi motor y darme la fuerza para poder continuar en los momentos más difíciles de la carrera.

A mi familia que me permitió la educación en una buena universidad y me apoyo durante en toda la carrera.

A mi mamá que me preparaba café todas las noches de desvelo y estudio durante estos largos 5 años.

A mi tutor Carlos Orellana por dedicar su tiempo y por sus grandes ideas en cuanto a mi tesis.

Al Instituto de Neurociencias por permitirme realizar este trabajo y adquirir conocimientos

Contenido

CAPITULO I	7
Antecedentes Científicos	7
Planteamiento del problema	8
Justificación	9
Objetivos generales y específicos	11
Pregunta de Hipótesis	11
CAPITULO II	12
Marco teórico	12
Consumo de Drogas en el Ecuador	13
Trastornos mentales y uso de drogas	13
Diagnostico en patología dual	16
Diagnósticos F10-F19 (CIE 10)	19
Trastorno de depresión	23
Trastornos de ansiedad	24
Dependencia a las drogas ligada al sexo	24
Trastornos por alcohol	25
Trastornos por Cannabis	27
Trastornos por cocaína	28
Trastorno por consumo de opioides	30
Policonsumo de drogas	31
Aspecto legal	32
CAPITULO III	33
Metodología	33
Muestra:	33
Descripción instrumentos y herramientas:	34
Operacionalización de las variables:	35
Aspectos éticos	37
CAPITULO 4	38
Interpretación de los resultados	38
Discusión	48
Limitaciones	52
Conclusión	53

Recomendaciones 54

Resumen

Se define diagnóstico dual como la coexistencia de dos trastornos al mismo tiempo en el mismo paciente. Es decir, en el presente estudio, pacientes ingresados por diagnóstico de trastorno por consumo de drogas que al mismo tiempo presentan trastorno psiquiátrico depresivo o trastorno de ansiedad. Se analizó una muestra de 99 pacientes elegidos al azar con criterios de inclusión, entre los cuales se determinó prevalencia de sus comorbilidades. Se dio a notar una mayor prevalencia de trastorno depresivo entre los pacientes de UCA, sin embargo, no se pudo analizar cual trastorno podría derivar a la aparición del otro.

Abstract

Dual diagnosis is defined as the coexistence of two disorders at the same time in the same patient. That is, in the present study, patients admitted for a diagnosis of drug use disorder who at the same time have depressive psychiatric disorder or anxiety disorder. A sample of 99 patients chosen randomly with inclusion criteria was analyzed, among which the prevalence of their comorbidities was determined. A higher prevalence of depressive disorder was noted among UCA patients; however, it was not possible to analyze which disorder could lead to the appearance of the other.

CAPITULO I

Antecedentes Científicos

Los datos de United Nation Office of Drugs and Crime (UNODC) en 2018 indica que 275 millones de personas mundialmente utilizaron alguna vez drogas, estas personas sobrepasaban los 15 años. De estas personas 13 millones tienen algún trastorno debido al consumo de drogas y llegarían a necesitar tratamiento. Al menos unos 13,8 millones de adolescentes entre 15 y 16 años comenzaron a consumir cannabis el último año. (1)

Los datos de UNODC muestran datos mundiales sobre el consumo de drogas basado en personas que reciben tratamiento por trastorno por drogas. Las estadísticas de Ecuador en el 2015 nos indican que las drogas más usadas por estos pacientes fueron los opioides 38,3%, seguido de cocaína 15,6%, cannabis 5,5%, alucinógenos 1,3%, solventes e inhalantes 0,6%. (1)

Un estudio llevado a cabo en Paraguay en el 2017 publicado por la revista Científica UNIBE demostró que de los pacientes entre 18 y 19 años que consumían regularmente sustancias psicotrópicas poseían en su mayoría (86%) trastorno de ansiedad moderado y 14% poseían ansiedad en niveles altos. En cuanto al consumo de drogas y la depresión encontraron que un 28% la presentaba en un nivel moderado y un 14% en un nivel extremo. Y se relacionó estos dos trastornos con una ideación suicida que podría ser disminuida mediante la promoción de apoyo a los jóvenes. (2)

La existencia de una patología dual o comorbilidad se define en la psiquiatría como la existencia de consumo de sustancias o drogas y la aparición de un trastorno psiquiátrico que pueden ser al mismo tiempo o después del inicio del consumo. Se menciona como

riesgo varios factores como los genéticos que predisponen a los pacientes, los ambientales o sociales y los sistemas de neurotransmisores cerebrales usados en los trastornos psiquiátricos y en el uso de drogas. (3)

Existen varios estudios realizados en la Universidad de Especialidades Espíritu Santo sobre la dependencia a las drogas. El más actual en el año 2018 fue realizado en el Instituto de neurociencias sobre síndrome de abstinencia de marihuana, cocaína y heroína en adolescentes que concluyó sobre las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia siendo la más frecuente mialgia y algunas de las manifestaciones dependían de la clase de droga como episodios de ansiedad por marihuana. (4)

El estudio de características clínicas de pacientes drogodependientes llevado a cabo por Jorge Solorzano en la Universidad de Especialidades Espíritu Santo detectó síntomas de depresión en un 44,4% de los pacientes consumidores y ansiedad en un 49,2%, ideas suicidas en un 12,7% de los pacientes siendo esta una característica de gran relevancia. (5)

No se conocen cifras exactas y actualizadas sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos diagnosticados mediante criterios en las personas consumidoras de drogas en Ecuador. Mundialmente se conducen varios estudios alrededor del mundo para cuantificar los pacientes con diagnóstico dual.

Planteamiento del problema

Existe información controversial sobre el uso de drogas y su asociación con las enfermedades psiquiátricas. Según el CIE 10, algunos autores proponen que las enfermedades psiquiátricas son agravadas e intensifican sus síntomas con el consumo regular de ciertas drogas psicótropas.(6)

También se conoce a ciencia cierta que el pronóstico de los pacientes con enfermedades psiquiátricas que empiezan a consumir drogas es mucho peor ya que suele empeorar y complica más el tratamiento de estos pacientes porque estos necesitan tratamiento individual para cada trastorno. (6) (7)

Al mismo tiempo otros autores han realizado investigaciones que afirman que consumir drogas psicótropas puede ser factor de riesgo para desarrollar enfermedades como la depresión y ansiedad. El problema de estas teorías es saber cuándo empezó la enfermedad adictiva a las drogas, si la enfermedad psiquiátrica fue causada por el consumo de drogas o las drogas causaron desencadenamiento de los trastornos. (8)

La literatura nos expone ambos casos, pero no existe datos de cuál de los factores aparece primero en nuestra población Ecuador. Se busca conocer cuál es el efecto de las drogas sobre la manifestación de trastornos de depresión y ansiedad. Con esta información se podría prevenir el desarrollo de trastornos psiquiátricos mediante las campañas anti-drogas en sujetos saludables psicológicamente.

Justificación

La depresión y la ansiedad son dos de las patologías mentales más frecuentes en el mundo. Según la Organización mundial de la Salud (OMS) 322 millones de personas viven con depresión y es la mayor causa de discapacidad laboral. (9)

En cuanto a la ansiedad OMS refiere 264 millones de personas la padecen mundialmente. (10) Al investigar las comorbilidades de dependencia a las drogas estas dos enfermedades entrarían como unas de las más prevalentes en este grupo, motivo por el cual se debe priorizar la salud mental. (11)

De acuerdo a la OMS más de 90 millones sufren trastornos por uso de drogas y alcohol y este número seguirá aumentando a lo largo del tiempo y esto implica una carga gigantesca en costo de discapacidad y miseria.(9) OMS reporta en 2018 que el alcohol es el responsable de 3 millones de muertes en el mundo y es causal de más de 200 enfermedades y trastornos, entre ellos los trastornos mentales y comportamentales entre los cuales se ha encontrado relación causal.(12)

Según el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefaciente y Psicotrópicas (CONSEP) las cifras de atenciones hospitalarias por drogas en 2015 fueron 99.855 en el Ecuador.(13) Una cifra alarmante, muchas de estas adicciones vienen acompañadas de comorbilidades psiquiátricas entre las cuales es importante recalcar las más comunes como depresión, trastorno de ansiedad, entre otras, de las cuales no se tienen estadísticas exactas ni estudios. (14)

Con este trabajo se busca abarcar un tema prioritario de investigación en el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el área 11 de Salud mental y trastornos del comportamiento proporcionando estadísticas sobre las comorbilidades existentes en los pacientes ingresados por diagnóstico de F10, F11, F12, F14 y F19 trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas. (15)

El fin de esta investigación es establecer prevalencias de depresión y ansiedad en pacientes que son ingresados por motivos de dependencia a las drogas en el periodo entre abril 2014 y abril 2019, para dar a conocer el problema de salud que conlleva un doble diagnóstico. Dar a conocer cuántos de estos pacientes viven con un trastorno psiquiátrico de fondo como problema.

Como propósito de esta investigación se busca con esta investigación contribuir a la identificación de trastornos psiquiátricos en estos pacientes drogodependientes y

crear información para prevenir y alterar a poblaciones más jóvenes sobre los riesgos del consumo de drogas, tomando en cuenta mayormente a la población psiquiátrica.

Objetivos generales y específicos

General:

Identificar la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión, en una muestra aleatoria de pacientes con dependencia a las drogas de la Unidad de Conductas Adictivas en el Instituto de Neurociencias en el periodo de abril 2014 – abril 2019.

Específicos:

1. Estimar la prevalencia de ansiedad en una muestra aleatoria pacientes con dependencia a drogas, de la Unidad de Conductas adictivas, del Instituto de Neurociencias de la Junta De Beneficencia de Guayaquil.
2. Calcular la prevalencia de depresión en una muestra de los pacientes con dependencia a drogas, de la Unidad de Conductas adictivas, del Instituto de Neurociencias de la Junta De Beneficencia de Guayaquil.
3. Describir las drogas más consumidas por la muestra de pacientes con dependencia a drogas, de la Unidad de Conductas Adictivas, del Instituto de Neurociencias de la Junta De Beneficencia de Guayaquil.

Hipótesis

El consumo de drogas influye sobre el incremento de la prevalencia de depresión y ansiedad, en los pacientes internados en la Unidad de Conductas Adictivas en el Instituto de Neurociencias.

CAPITULO II

Marco teórico

La definición del concepto de droga por la National Institute on Drugs Abuse en 2018 se refiere a una sustancia química capaz de lesionar al cerebro y producir un obstáculo entre la comunicación y el procesamiento de la información en las neuronas. Crea adicción debido a la alta sensación de placer al liberar dopamina, llevando a ciertos individuos a la búsqueda de más satisfacción. (16)

El uso de drogas ha existido en la especie humana por miles de años. Se inicio el consumo de derivados del opio hace más de 3500 años, en la biblia se relata el consumo de vino. Existen referencias del uso de cannabinoides en la antigua China como medicamento paliativo. En los hemisferios occidentales se mascaba hojas de cocaína y tabaco. A lo largo del tiempo se van descubriendo más vías para consumir drogas por las cuales se ha popularizado más el consumo y están surgiendo trastornos a nivel psiquiátrico. (17)

Se define como dependencia las drogas a un conjunto de factores como el psicológico, que envuelve crear un hábito y anhelo a consumir la sustancia, dependencia fisiológica después de múltiples consumo y dependencia conductual como actividades de búsqueda. (17)

Estudios realizados por Sudie E Back sobre la coexistencia de enfermedades psiquiátricas como la ansiedad y depresión y el consumo de drogas, sostienen que estas enfermedades suelen derivar o ser la causa del desorden con las drogas ya que el individuo tiene más riesgo de recurrir a las drogas. El problema que genera esta

coexistencia es en el diagnóstico al no poder distinguir síntomas y en el tratamiento debido a la falta de adherencia por el paciente. (18)

Consumo de Drogas en el Ecuador

El consumo problemático de drogas genera noticias frecuentemente. Según el Diario El telégrafo hoy en día en el Ecuador existe un incremento notable en la población consumidora de drogas ilegales, habiendo una pérdida en la percepción de riesgo sobre todo en la población adolescente. La edad promedio de inicio de consumo de drogas en el Ecuador es a los 14 años según el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefaciente y Psicotrópicas (CONSEP), con mayor incidencia de consumo a menor edad está la heroína conocida como 'Hache', seguida de la cocaína y marihuana. (19)

En una conferencia de Diario El Universo dictado por el Psiquiatra José Rodríguez Calle se expuso la necesidad de un ambiente familiar satisfactorio para los jóvenes en desarrollo debido a que la enfermedad de adicción a las drogas es cerebral. Si la persona no tiene un buen ambiente en el hogar esto conllevará a la depresión y el estado depresivo crea un factor de riesgo para consumo de sustancias. (20)

Según el Tratado de psiquiatría de Massachussets el consumo de drogas en los pacientes psiquiátricos es un problema de salud pública. En promedio un 50% de los pacientes tratados por algún trastorno mental llegarán a generar algún trastorno por consumo de sustancias por lo cual los análisis y la detección de consumo de drogas en pacientes psiquiátricos debe ser parte de las evaluaciones rutinarias en estos pacientes. (21)

Trastornos mentales y uso de drogas

En los últimos tiempos se ha despertado el interés en estudiar las comorbilidades entre los pacientes con abuso de sustancias psicótropas y los trastornos psiquiátricos, llamándose a esta coexistencia 'diagnostico dual'. Según el NIAD, la mayoría de los estudios coinciden en que existe una elevada prevalencia de este tipo de comorbilidades en los pacientes drogodependientes.(22)

Se denomina como patología dual a la existencia de un trastorno psiquiátrico y el abuso o consumo recurrente de sustancias psicotrópicas y alcohol. No se encuentra aun claramente la relación de estos trastornos, pero podría involucrar: factores ambientales como estrés o trauma, genéticos como predisposición a trastornos psiquiátricos o adicción y neurobiológicos. (3)

El NIAD define el termino comorbilidad como la existencia de dos trastornos al mismo tiempo que ocurren en la misma persona en tiempos iguales o uno después del otro. Esta coexistencia implica también que la interacción entre ambas patologías puede empeorar el pronóstico y la evolución de estas. (22)

Se considera fundamental la relación de los distintos sistemas del cerebro en el uso de sustancias psicotrópicas y las enfermedades psiquiátricas, en ambas se ven involucrados los sistemas de neurotransmisores. El sistema dopaminérgico (involucrado en adicción y esquizofrenia), sistema serotoninérgico (involucrado en depresión y uso de alcohol), sistema GABAérgico (involucrado en adicción a benzodiazepinas, ansiedad y adicción a alcohol). (3)

Llegar a una conclusión acertada se dificulta en los estudios debido a ciertos factores como: duración del seguimiento, predisposición del paciente a colaborar, dificultad de diferenciación de diagnóstico. El encontrar este tipo de coincidencia en los diagnósticos empeora el cuadro del paciente y dificulta los tratamientos de ambas patologías. (8)

Tratando de explicar la asociación del diagnóstico dual se han propuesto varias teorías:

1. **Automedicación:** Paciente con enfermedad psiquiátrica recurren al consumir drogas con la finalidad de aliviar sus síntomas psicopatológicos o de contrarrestar los efectos secundarios que le provoca su actual tratamiento.
2. **Vulnerabilidad:** susceptibilidad de los pacientes psiquiátricos al uso de drogas debido a la discapacidad que le provoca su enfermedad, lo hace más predispuesto desde el primer contacto con drogas a desarrollar un consumo problemático de estas.
3. **Estilo de vida:** los factores estresores de la vida del paciente dependiente a las drogas van a incluir problemas sociales, familiares, financieros, entre otros.
4. **Alteraciones del sistema nervioso central (SNC)** debidas al consumo crónico de sustancias psicótropas que pueden dejar secuelas estructurales y/o funcionales.
5. **Afectaciones por otras enfermedades:** los consumidores de drogas suelen estar afectados por otras enfermedades orgánicas como VIH que puede llegar a afectar el sistema nervioso central

Según la revista de la Universidad Iberoamericana en Paraguay los trastornos psiquiátricos se pueden presentar en los pacientes dependientes a las drogas, con más frecuencia se encuentran: Depresión, ansiedad y trastorno de la personalidad.(2)

Las patologías duales tienen su explicación dependiendo del tipo de droga que el paciente utilice de esto dependerá la patología psiquiátrica ya que muchas de las drogas psicoactivas utilizan vías neurotransmisoras que están relacionadas con trastornos depresivos. Las vías utilizadas son la noradrenérgica, dopaminérgica y serotoninérgica.
(2)

Diagnóstico en patología dual

Diagnostico dual significa la presencia de dos trastornos en un mismo individuo, en este caso un diagnóstico de trastorno de dependencia a las drogas junto con algún trastorno mental. La comorbilidad de estos diagnósticos se asocia a mayor evolución, peor pronóstico, menor adherencia al tratamiento, más gastos sanitarios y médicos, y mayor gravedad del cuadro. Se tienen escasos datos sobre diagnósticos duales en Ecuador y la mayoría del mundo. (7)

Es difícil el diagnostico de los trastornos mentales por varias causas tomando en cuenta que la información para el diagnóstico la mayor parte del tiempo la obtendremos de los pacientes y esta puede ser incompleta e incluso falsa en ciertas ocasiones por pacientes interesados, así como son los consumidores de medicación psicótropa. Tomando en cuenta que varios de estos síntomas como depresión y ansiedad pueden estar presentes en los estadios de intoxicación aguda o en abstinencia por alteración de estado afectivo, esto dificulta la diferenciación de diagnósticos y la aplicación de criterios clínicos como lo son los de DSM-IV. (7)

Aplicar los criterios de DSM5 a un paciente drogodependiente en sus diferentes estadios sufriendo un episodio depresivo puede llevarnos a sobre diagnosticar depresión a un paciente que solo son efectos propios del consumo repetitivo de sustancias. Es muy frecuente encontrar los mismos síntomas depresivos en un paciente drogodependiente que sufre los efectos de abstinencia de drogas y en un paciente con trastorno depresivo sin que sea verdaderamente un cuadro depresivo, vamos a observar en ambos: perdida de interés, incapacidad de encontrar placer en las actividades, pérdida de peso y de sueño, incapacidad de concentración. (7)

Los cuadros de intoxicación aguda suelen estar seguidos de un cuadro depresivo que suele durar entre semanas hasta un mes después del episodio debido a un efecto fisiológico de la sustancia psicótropa que causa un verdadero malestar en el paciente. Entre las drogas capaces de producir esta sintomatología tenemos: alucinógenos, alcohol, anfetaminas, cocaína, inhalantes, opiáceos y sedantes.

Para ayudarnos a diferenciar trastorno inducidos por drogas de trastornos mentales independientes debemos tomar en cuenta. (8)

- Buscar más fuentes de información terciarias como de familiares, amigos, historias clínicas anteriores
- Debe existir un seguimiento más estricto del paciente
- No establecer rápidamente diagnóstico de síndromes, que son solo síntomas depresivos o de ansiedad.
- Fijar cronológicamente la aparición de los síntomas
- Solo establecer diagnóstico de trastornos mentales en periodos donde el paciente está estable (consumo habitual o abstinencia total)
- Tomar en cuenta antecedentes psiquiátricos personales y familiares

El diagnóstico diferencial lo hace la evolución a través del tiempo: el trastorno inducido desaparece, transcurridos días u horas dependiendo de la abstinencia o retirada total de la sustancia, en un tiempo menor de un mes, de acuerdo a las tablas del CIE 10/DSM-S. Por el contrario, Los trastornos independientes perduran semanas o meses, más de un mes para cumplir el criterio del CIE 10/DSM-5. (23)

Registro más preciso del diagnóstico dual

Según la clasificación de las sustancias adictivas oficialmente reconocidas en los actuales sistemas, 10 clases de drogas distintas en el DSM-5 (7) y 9 grupos de sustancias en la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP-VR) (24), estas provocan 2 tipos de trastornos:

A) TRASTORNOS DERIVADOS DEL CONSUMO

1.- Consumo perjudicial.

De acuerdo a la GLADP-V, aunque el consumo riesgoso (desde el punto de vista individual) no es propiamente un trastorno, se sugiere al clínico que considere esta categoría que, de manera estricta, forma parte de los factores personales riesgosos, codificados como 72.0 (tabaco), 72.1 (alcohol), 72.2 (otras drogas), y por lo mismo, es más frecuentemente consignada en el Eje III (factores contextuales) de la GLADP-VR.

2.- Dependencia.

Para su correcto diagnostico debe presentar los siguientes criterios (24):

- a. Pérdida de Control.
- b. Problemas Sociales
- c. Consumo en situaciones de riesgo
- d. Fenómenos de neuroadaptación:
 - Tolerancia
 - Sind. De abstinencia.

De acuerdo a su evolución se pueden registrar como (7):

- Remisión total temprana (1 -12 meses), el usuario sale completamente del problema y no queda ningún criterio de trastorno derivado del consumo.
- Remisión Parcial (1-12 meses), al usuario le quedan uno o más Criterios de dependencia.
- Remisión Total sostenida más de 12 meses en un medio Protegido, el usuario no ha presentado ningún criterio durante un año, en el interior de un centro de tratamiento.

B) TRASTORNOS INDUCIDOS POR LAS SUSTANCIAS (7)

1.- Intoxicación.

- 2.- Síndrome de Abstinencia, con trastornos inducidos específicos para cada sustancia.
- 3.- Otros Trastornos.

De acuerdo a James Morrison (25) en su libro “Guía para el diagnóstico clínico”, Editorial manual Moderno, México, se estipulan ocho tipos de trastornos inducidos por el uso de sustancias:

1. Delirium.
2. Trastorno psicótico.
3. Trastorno del estado de ánimo, bipolar o depresivo.
4. Trastorno neurocognitivo mayor o leve.
5. Trastorno de ansiedad.
6. Trastorno obsesivo compulsivo y relacionados.
7. Trastornos del sueño/vigilia.
8. Disfunción sexual.

Diagnósticos F10-F19 (CIE 10)

El manual diagnóstico CIE 10 de psiquiatría es el que estaremos usando para esta revisión es Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud, Decima Revisión. La clasificación fue creada por la OMS en el año 1992 con un fin estadístico y es aceptada mundialmente. Contiene diferentes categorías, entre estas las enfermedades mentales que contienen los trastornos mentales inducidos por drogas. (6)

Los diagnósticos incluidos entre F10 y F19 tienen la definición de trastornos mentales del comportamiento debido a uso de sustancias psicoactivas. Se incluye todas las formas clínicas, variedad de trastornos en diferentes gravedades atribuibles al consumo de sustancias psicoactivas que pueden o no haber sido prescritas por un médico, sin embargo, la mayoría son drogas de uso ilícito. (6)

El tercer carácter del diagnóstico nos va a indicar la sustancia de uso y el cuarto la forma clínica o el cuadro del paciente. Al identificar la sustancia psicoactiva debe tomarse en cuenta un gran número de elementos con la mayor cantidad de información posible. Se debe incluir antes de dar un diagnóstico: historia clínica del paciente, análisis de sangre y líquidos corporales, motivo de ingreso, comportamiento, síntomas psicológicos y físicos, drogas que posee el paciente, declaraciones de terceros que estén informados del caso. (6)

Se debe clasificar al paciente según la droga que haya causado el síndrome clínico que presenta, aunque se use regularmente varias sustancias. Solo utilizar F19 (uso de drogas múltiples) en casos donde el uso de sustancias psicoactivas sea caótico y donde la separación de la mezcla de drogas sea imposible. (6)

Los diagnósticos a tomar en cuenta en esta investigación son:

- **F 10:** Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.
- **F 11:** Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides
- **F 12:** Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides
- **F 14:** Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.
- **F 19:** Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas. (6)

Las subdivisiones de la categoría F10- F19 son:

. 0 intoxicación Aguda:

Es un estado de perturbación del nivel de conciencia de la persona posteriormente al consumo de la sustancia psicoactiva donde se ven afectados los niveles de percepción, comportamiento, respuestas fisiológicas y psicológicas. Todas las alteraciones son específicamente efectos agudos de la droga que pueden tener una recuperación completa. Esta etapa puede llegar a tener complicaciones psicológicas como alucinaciones, delirio y también complicaciones medicas como traumatismos, convulsiones, aspiración de vomito, estas pueden variar según la droga y la vía de administración.

.1 Uso nocivo

Consumo de sustancias psicoactivas con patrón dañino para la salud mental y física. Como por ejemplo trastorno depresivo derivado de la ingesta masiva de alcohol.

.2 Síndrome de dependencia

Posteriormente al consumo habitual de una sustancia psicoactiva se generan diferentes fenómenos del comportamiento en una persona: incapacidad de autocontrolar la ingesta de la sustancia, persistencia del consumo sin importar las consecuencias mentales o físicas, aumento de la tolerancia a la droga, prioridad de utilización de la droga que a otras actividades.

.3 Estados de abstinencia

Luego de la abstinencia absoluta aparecerán un conjunto de síntomas que van a depender de la droga usada y de la dosis que se ha estado utilizando, este periodo es de duración limitada y puede tener convulsiones en estados complicados.

.4 Estado de abstinencia con delirio

Estado de abstinencia que se complica con un diagnóstico F05 (delirio) , muy común en el uso de alcohol (delirium tremens). Puede presentar también convulsiones.

.5 Trastorno psicótico

Durante o después del consumo de psicotrópicos pueden existir fenómenos psicóticos que no se dan en estado de intoxicación y tampoco por abstinencia. Durante estos trastornos van a existir alucinaciones que principalmente van a ser auditivas, existirá distorsión de las percepciones, delirios paranoides o de persecución, excitación y algunos casos obnubilación de la conciencia.

.6 Síndrome amnésico

El consumo de sustancias psicótropas conlleva a pérdida de la memoria reciente y la memoria a largo plazo. Se ve mayormente afectada la memoria reciente por lo cual va a dificultarse el aprendizaje de cosas nuevas y el sentido de orientación (tiempo, persona, espacio).

.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío

Prolongación de los cambios del comportamiento, personalidad, afectividad inducidos por las sustancias psicótropas o el alcohol. Los síntomas duran mucho más del periodo en el cual puede actuar la sustancia. Se establecerá como efecto residual si el comienzo del trastorno se da al tiempo del consumo. Se deben diferenciar los 'flashback' que son de corta duración y son recuerdos de las experiencias con las sustancias de consumo.

(6)

Trastorno de depresión

El trastorno depresivo es un trastorno del estado de ánimo importante. Existen diferentes tipos de trastornos depresivos que son clasificados según el CIE-10 y su diagnóstico está dado por el DSM-5 Manual de criterios y diagnóstico. A continuación, se mencionarán los trastornos más acordes a nuestra investigación. (26) Para clasificar los trastornos deben ser revisados los criterios a cumplir según DSM- y CIE-10. (6,27)

En el trastorno depresivo cabe recalcar los tipos: Bipolaridad I y II, trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno depresivo inducido por sustancias y medicamentos. Todos estos trastornos muestran tener relación con el consumo abusivo de alcohol y sustancias psicotropas. (7)

En la literatura Kaplan y Sadock mencionan que la mayoría de los casos son de inicio precoz durante la adolescencia y antes de los 20 años. Entre el 5-10% de los pacientes con distimia sufren de dependencia a las drogas. “El abuso de alcohol y de otras sustancias es frecuente en los pacientes con un trastorno ciclotímico, que usan sustancias para automedicarse (alcohol, benzodiazepinas y marihuana) o para conseguir una mayor estimulación (cocaína, anfetaminas y alucinógenos) cuando son maníacos”. (17)

Las personas que sufren trastorno del estado de ánimo tienen mayor riesgo de padecer otros trastornos psiquiátricos asociados. Entre los cuales el abuso al alcohol se encuentra entre los más frecuentes, seguido de trastorno de angustia, trastorno de ansiedad social u trastorno obsesivo compulsivo. Y de la misma manera aquellos individuos que abusan del alcohol o sustancias psicotropas presentan más riesgo a sufrir

trastornos del estado de ánimo. El uso de sustancias empeora el pronóstico de estas enfermedades y aumenta la tasa de suicidios. (17)

Trastornos de ansiedad

La ansiedad normal es experimentada por todas las personas con síntomas de desgrado, taquicardia, opresión torácica, malestares digestivos, inquietud, palpitaciones, síncope. Estos síntomas varían dependiendo de la persona, pero es considerado un mecanismo de alerta a una amenaza externa o interna. (17)

Frente a un momento de stress la percepción de la situación va a depender de las defensas psicológicas y del mecanismo con que afronta la situación el individuo, si este equilibrio no está la ansiedad resulta en una patología crónica. Del trastorno de ansiedad se pueden destacar los tipos: ansiedad social, trastorno de pánico, ansiedad generalizada y ansiedad inducida por sustancias y medicamentos. (7)

Muestran los estudios que 1 de cada 3 adictos presenta síntomas de ansiedad que derivan del inicio del consumo de drogas o sustancias. Sin embargo, los trastornos de pánico y ansiedad generalizada aparecen después del abuso de alcohol. La abstinencia de sustancias causa síntomas de ansiedad al paciente y calman solo con el consumo, lo que provoca un círculo vicioso. (3)

Dependencia a las drogas ligada al sexo

Entre los factores predisponentes para aparición de episodios depresivos en pacientes alcohólicos está el sexo femenino como uno de los principales. (3) El informe mundial sobre las drogas de 2018 de United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) informa una mayor prevalencia de consumo de opioides y tranquilizante en los hombres que en

las mujeres, estos están más expuestos a consumir cannabis, cocaína y opioides a lo largo de su vida. Al contrario, en cuanto a las mujeres se encuentra una gran proporción de mujeres recibiendo tratamiento por abuso de sedantes que por consumo de otras sustancias. (28)

Las mujeres empezaron a tener contacto con drogas más tarde que los hombres, sin embargo, mostraron conductas más adictivas y progresiva. Muchos de estos casos en mujeres derivan de comorbilidades como trastornos de depresión, ansiedad, abuso físico/sexual, estrés post-traumático. En cuanto a los hombres estos demostraron mayor riesgo de consumir drogas tras sufrir trastornos externalizantes como trastornos por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de la personalidad. (8)

Trastornos por alcohol

El alcohol siendo una droga de sencilla molecularidad llega a ser controversial en cuanto a su impacto psicológico, social y clínico. Cuando el alcohol es consumido en pocas dosis el cerebro lo recibe de una manera positiva empezando por la euforia, la desinhibición y un conjunto de síntomas que hacen sentir bien a la persona, consecutivamente en altas dosis se produce un estado de amnesia y lagunas mentales que en exceso pueden llegar a sobredosis o incluso al coma y a la muerte. Los trastornos por el alcohol en el organismo de un adicto llegan a ser letales como en casos de cirrosis o cáncer. (21)

El abuso del alcohol lleva a una serie de cambios en el encéfalo que se traducirán en la adicción. Todo esto conllevando a un problema social y familiar empeorando la vida de la persona y su salud física y mental. En el consumo crónico de alcohol pueden producirse incluso síndromes psiquiátricos que llegan a producir síntomas psicóticos, se trastorna el estado de ánimo y puede existir trastorno de ansiedad. Estos síntomas pueden desaparecer con la abstinencia al alcohol y pueden ser verificados 4 semanas

después de mantenerse sobrio para diferenciarse de un trastorno psiquiátrico independiente de los generados por las drogas. (29)

Como síntomas psiquiátricos agudos inducidos por el alcohol tenemos el delirium por abstinencia caracterizado por desorientación en espacio, tiempo y persona, incluyen temblores, insomnio, hiperactividad, alucinaciones. Las alucinaciones más comunes con las visuales, pero también se presentan las olfativas y auditivas. (21)

Se pueden generar en personas de cualquier edad, no se tiene conocimiento de quien más frecuentemente desarrolla delirium, pero se cree que se manifiesta más comúnmente si ya anteriormente ha existido síntomas. Es común que se desarrollen estos síntomas en pacientes que hacen convulsiones por abstinencia. Se incluye entre los trastornos mentales más importantes inducidos por el alcohol a la encefalopatía hepática que genera ataxia, oftalmoplejía y confusión mental grave que solo se resuelven con tratamiento en meses o semanas. (21)

De acuerdo al American Addiction Centers algunas personas ingieren alcohol para sobrellevar la depresión por el efecto sedativo que proporciona y para distraerse. El consumo de alcohol puede distraer al individuo de los síntomas de depresión, pero a lo largo del tiempo el abuso del alcohol empeora la depresión y trae efectos negativos, dejando un círculo vicioso de recurrencia al alcohol por efecto paliativo. Según las estadísticas un tercio de las personas que sufren depresión tienen trastorno de abuso de alcohol. (30)

Varias de estas personas tienen genética predisponente a abuso de alcohol y a la depresión. El inicio de una puede desencadenar el comienzo de la otra. El National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) propone que el abuso de alcohol puede llevar a desarrollar trastorno de depresión y este trastorno producir mayor ingesta

de alcohol debido al ciclo de la resaca que produce el alcohol. Se estableció una conexión entre la neurofisiología y los cambios metabólicos que produce el alcohol y los mecanismos de aparición del trastorno depresivo. Poniendo al alcohol como un gran factor para desarrollo de trastorno depresivo mayor. (31)

La Asociación Americana de Ansiedad y depresión (ADAA) calcula que al menos 20% de las personas con ansiedad social sufre de dependencia al alcohol y la conexión de estas dos es más fuerte entre las mujeres. Para reducir los síntomas de la ansiedad social estas personas beben alcohol, pero al siguiente día los síntomas empeoran sin importar la cantidad que se haya ingerido. (32)

Trastornos por Cannabis

En cuanto al consumo de cannabis la información se vuelve polémica debido a la cantidad de estudios que apoyan al uso de marihuana por efectos antidepresivos y ansiolítico. Según los estudios de la Universidad de Washington la cantidad de personas mayores de 12 años que consumen marihuana fue de 22.2 millones en el 2015 debido a la pérdida de percepción de riesgo en cuanto a su uso en la última década. El uso ha incrementado debido a los trastornos mentales viendo la marihuana como una droga medicinal. (20)

Es conocido que la marihuana tiene principales 2 componentes: Tetrahidrocannabinol (THC) que es responsable de los efectos psicotrópicos y de intoxicación y el Cannabidiol (CBD) que actúa en el sistema nervioso central y tiene efecto no psicoactivo analgésico ayudando a varias enfermedades como epilepsia, esquizofrenia, ansiedad y depresión. El CBD demostró en varios estudios atenuar los efectos del THC como intoxicación, sedación y taquicardia. (33)

Los receptores cannabinoides parecen modular el stress y los sistemas de dopamina balanceando el estado de distrés y el bienestar. Produce estado de calma y contento mediado por los efectos ansiolíticos y los efectos complacientes de la dopamina. Por otro lado, hablando de trastorno depresivo mayor y distimia los resultados de la marihuana demostraron ser perjudiciales y asociarse a mayor riesgo de depresión severa en adultos. (34)

La Clínica Mayo informa que algunas investigaciones indican que los fumadores de marihuana son diagnosticados con más frecuencia de depresión que las personas que no fuman, pero no se encuentra información de que la marihuana produzca depresión de forma directa esta asociación podría ser por casualidad. Sin embargo, se relaciona el riesgo de desarrollar psicosis o esquizofrenia en las personas consumidoras de cannabis. Sería necesario realizar más estudios para confirmar el riesgo.(35)

El consumo de cannabis crónico demostró aumentar el riesgo de aparición de psicosis al doble o al triple a lo largo de la vida de un individuo predispuesto. Si el consumo empieza antes de los 15 años de edad el riesgo de desarrollar psicosis antes de los 26 aumenta hasta 4 veces más. Suele aparecer como una relación dosis-dependiente. El cannabis no es una causa directa de la aparición de psicosis sin embargo puede afectar a ciertos factores que si tienen influencia. El consumo crónico de cannabis en pacientes psicóticos aumenta también el riesgo de recidiva y los ingresos hospitalarios.(35)

Trastornos por cocaína

El problema psiquiátrico generado por la cocaína de consumo crónico es la psicosis que se manifiesta como alucinaciones auditivas y visuales y delirios paranoides de persecución. La alucinación más común es llamada 'bichos de la coca' que se refiere a una sensación de como si algo se arrastrara debajo de la piel. (21)

El estudio llevado a cabo por el Servicio de Psiquiatría en el Hospital 12 de octubre en la población española sobre diagnósticos duales en pacientes con diagnóstico de abuso o dependencia a la cocaína reveló un 73% de pacientes con patología dual. Las más comunes en estos pacientes siendo más prevalente los trastornos de ansiedad/depresión y trastornos de personalidad en esta población. (36)

Para este estudio se utilizó la escala PDQ4 (Personality disorder Questionnaire) y la entrevista Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI). De entre los pacientes encuestados todos tenían trastorno por uso de drogas, 488 había consumido o consumía cocaína. El estudio reveló que 3 de cada 4 adictos a la cocaína presentaba algún tipo de trastorno mental en su mayoría trastorno de personalidad como depresión, trastorno antisocial, límite, evitativo. (36)

La depresión es el cuadro mayormente presente en los pacientes consumidores de cocaína sobre todo en los periodos de abstinencia. Se puede diagnosticar trastorno del estado de ánimo en aquellos casos donde los síntomas depresivos son mayormente intensos y la duración es mayor a lo habitual, en muchos casos el paciente puede llegar a ser hospitalizado. (4) Los trastornos asociados al consumo excesivo de cocaína son: trastorno de ansiedad, trastorno de la personalidad, episodio de depresión mayor, trastorno bipolar tipo II. (17)

El estudio de Morales señala que un 50% de los consumidores cumple con criterios de trastorno depresivo y un 20% criterios de trastorno bipolar, en cuanto a la ansiedad un 50% de los consumidores sufren ataques de pánico por miedo a morir repentinamente. Los trastornos mentales que surgen a raíz de la adicción a la cocaína no suelen detenerse una vez que la persona abandona el consumo, sería necesaria ayuda psiquiátrica y psicológica. (37)

Trastorno por consumo de opioides

Los opioides son un gran grupo de fármacos utilizados con varios propósitos como la heroína de uso recreativa y los opioides sintéticos que se usan bajo prescripción médica como la morfina, fentanilo, codeína, hidrocodona y oxicodona. El uso de opioides se sugiere por tiempo limitado y bajo vigilancia médica ya que su uso a largo plazo o en dosis mayores a las indicadas puede llevar a adicción. Incluso aún bajo receta médica como tratamiento para varias patologías el uso regular puede volverse adictivo generando un problema de salud en ciertos pacientes. (38)

En países más desarrollados como Estados Unidos y Canadá existe la adicción a opioides hace ya mucho tiempo y fueron los países más consumidores entre los años 2013-2015 según estadísticas de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). 1,400 muertes registradas en Vancouver fueron a causa de opioides de venta en el mercado negro. En Ecuador, los opioides no son las sustancias de mayor dependencia, sin embargo, cada día su uso aumenta mayormente en los adolescentes. (39)

Kaplan y Sadock menciona que el 90% de los individuos con trastorno de dependencia a los opioides tiene algún otro trastorno mental asociado. Entre los cuales encontramos trastorno depresivo mayor (8,7% hombres, 23,7% mujeres), ansiedad (6,1 hombres, 10,7% mujeres), trastorno antisocial, etc. El 15% de estos pacientes intenta suicidarse al menos una vez y la mayoría siente baja autoestima y desesperanza. (17)

Actualmente en el Ecuador se ha detectado el consumo de una nueva droga llamada 'hache' compuesta de varios ingredientes perjudiciales para la salud y sustancias adulteradas, entre estos: heroína, analgésico local, antidepresivo, cafeína, diltiazem

(fármaco antihipertensivo), veneno para ratas, residuo de cemento y muchos más. Es muy económica y popular entre estudiantes de clase social baja en Ecuador. (40)

Policonsumo de drogas

La OMS nos define el termino policonsumo cuando un individuo consume más de un tipo de droga. El policonsumo puede darse simultáneamente, es decir al mismo tiempo (mezcla de sustancias), o en diferentes tiempos, pero en un periodo de tiempo similar y lleva a crear una dependencia de estas sustancias.(41)

El estudio de Journal of Addictions Nursing acerca del uso de múltiples drogas en estudiantes españoles detecto consumo de drogas en un grupo de edad promedio de 21 años y policonsumo en un 44,3% de la muestra. Se clasifico a los estudiantes por el grupo de drogas que usa. Grupo A: alcohol y cigarrillos (17,8%), grupo B: cannabis, cigarrillos y alcohol (20,1%), grupo C: cannabis, cigarrillo, alcohol y otras drogas ilegales (5,7%). El grupo más común entre las mujeres fue el grupo A y entre los hombres el grupo C. el estudio concluyo con un alto porcentaje de usuarios de múltiples drogas, pero con diferentes características por lo cual sugiere hacer una intervención específica y diferente según el tipo de policonsumo. (42)

Se asoció al policonsumo de drogas al mantener relaciones afectivas o amistosas, mayormente en el consumo de alcohol, marihuana, cocaína, opiáceos. El consumo por amistad aumentaría la práctica del policonsumo y el entrar a un grupo de amigos sería la razón para comenzar el hábito. (42)

Según Morales en su estudio para criminología se debe considerar también el ambiente cultural el socio-económico, pues en muchas sociedades hay drogas que son consideradas inofensivas y en otras son totalmente no aceptadas. Influirá también el

ambiente familiar y situaciones como: maltrato familiar, abusos sexuales, separaciones, entre otras. (37)

Aspecto legal

Se debe considerar para esta investigación los artículos de la Ley Orgánica del Ecuador.

Art. 38.- Declárase como problema de salud pública al consumo de tabaco y al consumo excesivo de bebidas alcohólicas. así como al consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, fuera del ámbito terapéutico. (43)

Es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, en coordinación con otros organismos competentes, adoptar medidas para evitar el consumo del tabaco y de bebidas alcohólicas, en todas sus formas, así como dotar a la población de un ambiente saludable, para promover y apoyar el abandono de estos hábitos perjudiciales para la salud humana, individual y colectiva. (43)

Los servicios de salud ejecutarán acciones de atención integral dirigidas a las personas afectadas por el consumo y exposición al humo del tabaco, el alcoholismo, o por el consumo nocivo de psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia, orientadas a su recuperación, rehabilitación y reinserción social. (43)

Art. 51.- Está prohibido la producción, comercialización, distribución y consumo de estupefacientes y psicotrópicos y otras sustancias adictivas, salvo el uso terapéutico y bajo prescripción médica, que serán controlados por la autoridad sanitaria nacional, de acuerdo con lo establecido en la legislación pertinente. (43)

CAPITULO III

Metodología

Diseño de la investigación:

El diseño de este estudio es descriptivo, retrospectivo, corte transversal

Lugar de Estudio:

Unidad de Conductas Adictivas del Instituto de Neurociencias de la Junta Benéfica de Guayaquil en el periodo abril 2014 – abril 2019

Población y muestra:

Universo: Pacientes mayores de 19 años con diagnósticos de F10, F11, F12, F14 y F19 según la clasificación CIE-10 trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas

Muestra:

99 pacientes con criterios de inclusión

Se entre 1026 casos que fueron el universo de la base de datos de UCA en 5 años con diagnósticos de inclusión, 621 fueron excluidos mediante los criterios de exclusión.

De los restantes 405 casos que cumplían con todos los criterios de inclusión se obtuvo una muestra de 99 casos aleatorios, mediante muestreo probabilístico por racimos. Este

se realizó mediante la selección sistemática de elementos muestrales descrita en el libro de Hernandez Sampieri, Metodología de la investigación.(44)

Se utilizó la fórmula $K = N/n$, donde K = intervalo de selección sistemática, N = población, n = la muestra.

$$K = \frac{405}{100} = 4,05, \text{ redondeando a } 4$$

Se revisó exhaustivamente la historia clínica de los 100 pacientes mediante la fórmula cada 4 pacientes, se excluyó uno por historia clínica mal detallada donde nos quedaron 99 pacientes. No se pudo realizar un mayor número de pacientes debido a que la población era extensa y existía tiempo limitado para la revisión exhaustiva.

Criterios de inclusión:

- Mayor de 19 años
- Diagnostico entre F10, F11, F12, F14 y F19 del CIE 10 de UCA
- Paciente reincidente
- Historias clínicas que incluyan trastorno de ansiedad
- Historias clínicas que incluyan trastorno depresivo
- Pacientes con trastorno esquizofreniforme

Criterios de exclusión:

- Diagnostico F13, F15, F16, F17, F18
- Datos incompletos

Descripción instrumentos y herramientas:

El instrumento utilizado fue la base de datos de Microsoft Excel 2018 disponible en el departamento de estadística del hospital de Neurociencias y la revisión de las historias

clínicas de los pacientes seleccionados al azar, con el propósito de identificar diagnósticos duales descritos por los profesionales de salud.

Dentro de las historias clínicas los psiquiatras describieron trastornos del ánimo persistentes en los pacientes drogodependientes, los cuales son descritos en el estudio como segundo diagnóstico.

Es importante recalcar que la base de datos obtenida en Excel solo reflejaba 1 diagnóstico del CIE10, por lo cual para obtener el segundo diagnóstico fue vital la revisión profunda de historias clínicas, también fue esencial en para analizar los tipos de droga que usaban los pacientes regularmente aparte de los diagnósticos.

De la historia clínica de los pacientes se obtuvo también la información de las variables predisuestas: edad, sexo, diagnóstico de ingreso, antecedentes familiares, comorbilidad, edad de inicio de consumo, droga de consumo. Para las estadísticas se medirán frecuencia y porcentajes de las variables cualitativas, en las variables cuantitativas.

Se identifica que tipo de trastorno psiquiátrico se presentó más frecuentemente entre estos pacientes. con los datos recolectados se evaluará la posible relación entre los trastornos de depresión y ansiedad con el consumo excesivo de sustancias.

Operacionalización de las variables:

Variable	Medición	Indicador	Instrumentación	Definición	Medición
Edad	Cuantitativa a Ordinal	1= 19 años 2= 20-35 años 3= 35- 50 años 4= 50- 65 años 5= mayor 65 años	Base de datos	Tiempo concurrido desde el nacimiento hasta el inicio del proyecto, clasificado según las diferentes agrupaciones de la base de datos del hospital.	Frecuencia Porcentaje

Sexo	Cualitativa Nominal	1= Masculino 2= Femenino	Base de datos	Características cromosómicas del paciente	Porcentaje frecuencia
Antecedentes familiares psiquiátricos	Cualitativa Nominal	1 = Depresión 2 = Ansiedad 3 =Dependencia a las drogas 4 = Esquizofrenia 5= Otras 6 = Ninguna	Historia Clínica	Registro de enfermedades o trastornos psiquiátricos diagnosticados entre miembros de una familia	Porcentaje Frecuencia
Diagnóstico	Cualitativa Nominal	1= F10 2= F11 3= F12 4= F13 5= F14 6= F19	Base de datos	Diagnóstico definitivo que da motivo a hospitalización del paciente de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10)	Frecuencia Porcentaje
Comorbilidad	Cualitativa Nominal	1=Trastorno Depresivo a) Depresión mayor b) bipolaridad 2= Ansiedad 3= Esquizofrenia 4= Otras	Historia Clínica	Mas de dos enfermedades o trastornos que ocurren en un mismo individuo y pueden agravar la evolución de ambas enfermedades	Frecuencia Porcentaje
Droga de consumo	Cualitativa Nominal	1=Alcohol 2= Hache 3= Marihuana 4=Benzodiacepina 5= Cocaína 6= Varios	Base de datos	Sustancia natural o sintética que el individuo administra a su organismo mediante diferentes vías con el fin de estimular su sistema nervioso central	Frecuencia Porcentaje Frecuencia relativa Frecuencia absoluta
Edad de inicio de consumo	Cualitativa Nominal	1= Entre 12-17 2= Entre 18-21 3= Entre 22-28	Historia clínica	Edad en la que el paciente empezó a usar frecuentemente las drogas	Porcentaje Frecuencia

Aspectos éticos

Esta investigación está aprobada por el director técnico del Instituto de Neurociencias y el departamento de docencia e investigación, se solicitó específicamente los datos necesarios para estudiar las variables propuestas y la historia clínica para complementar. Se ha firmado un acuerdo de confidencialidad con el hospital en el cual se prohíbe la divulgación de información a terceros durante y después de la investigación.

El estudio estará destinado a un grupo vulnerable de pacientes que van a ser favorecidos con esta investigación con respecto a conocimiento y prevención. Los datos serán tomados de la base de datos del Instituto de Neurociencias y de las historias clínicas de los pacientes elegidos. Esta investigación al tratarse de un estudio retrospectivo y no experimental no necesita consentimiento informado por parte de los pacientes.

Así mismo no se hará uso de datos como nombre, número de cédula, número de teléfono o dirección domiciliaria, con el propósito de mantener la privacidad de los pacientes.

CAPITULO 4

Descripción de la muestra

La muestra de este estudio está constituida por un total de 99 pacientes escogidos al azar entre los ingresados en el instituto de Neurociencias de Guayaquil entre los años 2014- 2019 en la Unidad de conductas Adictivas (UCA) con repetitivos ingresos y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

Interpretación de los resultados

A. EDAD

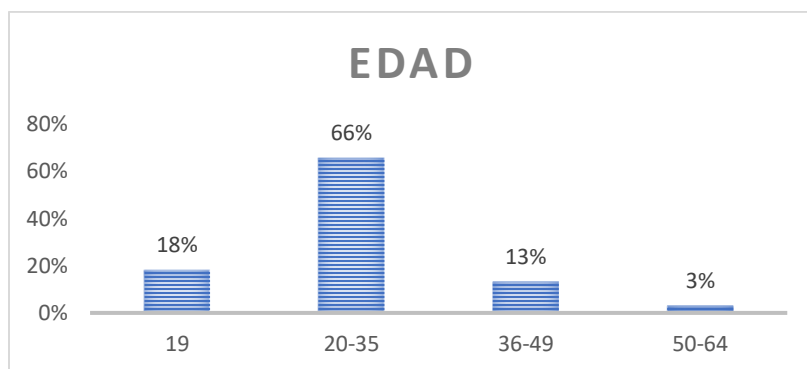


Ilustración 1: Grupos de edades. Fuente: instituto Neurociencias.

De acuerdo con los pacientes analizados, las edades más frecuentes de los pacientes en UCA que cumplen con los criterios. Están entre 20 y 35 años con el 66% seguida de un grupo preocupante de 19 años con el 18%. Pacientes en edades mucho mayores como 36-49 años fueron solo el 13% y un 3% fueron pacientes de 50-64 años.

B. SEXO

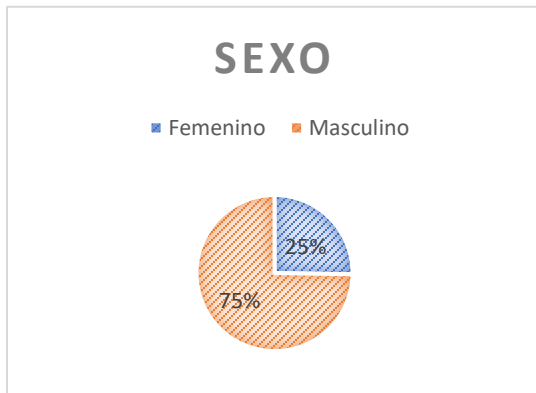


Ilustración 2: SEXO masculino y femenino (porcentaje) Fuente: Instituto Neurociencias. Autora: Domenica Espinosa

El sexo más representativo de la muestra fue el masculino representa el 75%, el 25% fueron mujeres.

C. DIAGNOSTICO

Table 1: Diagnósticos. Fuente: Instituto de Neurociencias. Autora: Domenica Espinosa.

CIE10 Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje %
F19	44	43,56%
F11	25	24,75%
F14	13	12,87%
F10	10	9,9%
Otros	7	6,93%
Total general	99	100%

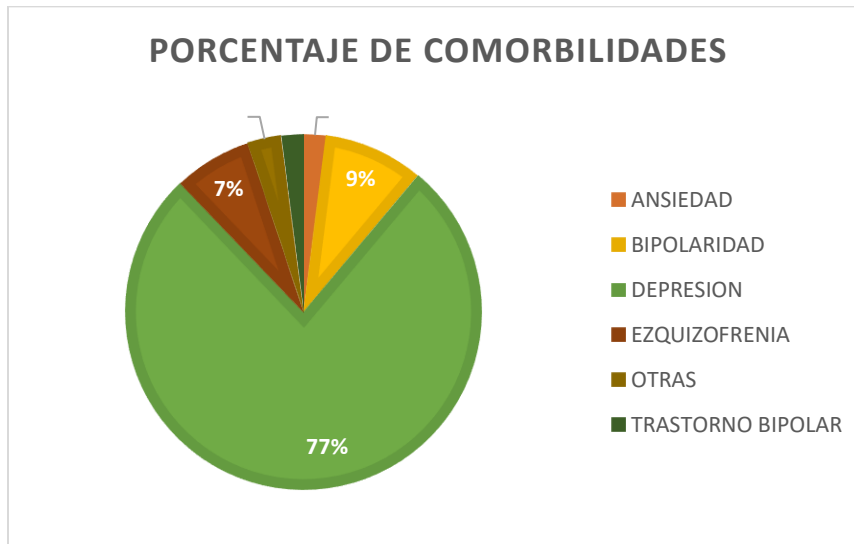
El diagnostico más prevalente de la muestra fue F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples con un 44%, seguido por F11 con un 25%, F14 con un 13%, y el menos frecuente fue F10 con 7%.

D. Comorbilidad Psiquiátrica

Table 2: Comorbilidades psiquiatricas. Fuente: Instituto de Neurociencias. Autora: Domenica Espinosa

COMORBILIDAD	Frecuencia	Porcentaje
ANSIEDAD	3	2.97
BIPOLARIDAD	8	7.9
DEPRESION	77	76.2
TRASTORNO ESQUIZOFRENIMORFE	7	6.93
OTRAS	2	1.98
TRASTORNO BIPOLAR	2	1.98
Total	99	100.0

Ilustración 3: Comorbilidades divididos por porcentajes. Fuente: Instituto de Neurociencias. Autora: Domenica Espinosa



Según los datos recopilados la comorbilidad psiquiátrica más frecuente entre los pacientes de la Unidad de Conductas adictivas que presentaban doble diagnóstico fue la depresión 77%, seguido de la bipolaridad (9%) considerado un tipo de trastorno depresivo, la ansiedad (3%) Entre otras comorbilidades se encontró: trastorno de la personalidad.

E. Antecedentes familiares

Table 3: Antecedentes Familiares. Fuente: Instituto de Neurociencias. Autora: Domenica Espinosa

ANTECEDENTES FAMILIARES	Frecuencia	Porcentaje
ANSIEDAD	1	0,99
DEPENDENCIA A LAS DROGAS	4	3,96
DEPRESION	1	0,99
ESQUIZOFENIA	3	2,97
NINGUNA	89	88,11
OTRAS	1	0,99
Total	99	100,0

De los pacientes de la muestra se encontró según las historias clínicas, que en su mayoría los pacientes no tenían antecedentes psiquiátricos de los pacientes. El antecedente familiar psiquiátrico más frecuente fue la dependencia a las drogas (4%), seguido de la esquizofrenia (3%) y la depresión (1%).

F. Edad de inicio de consumo

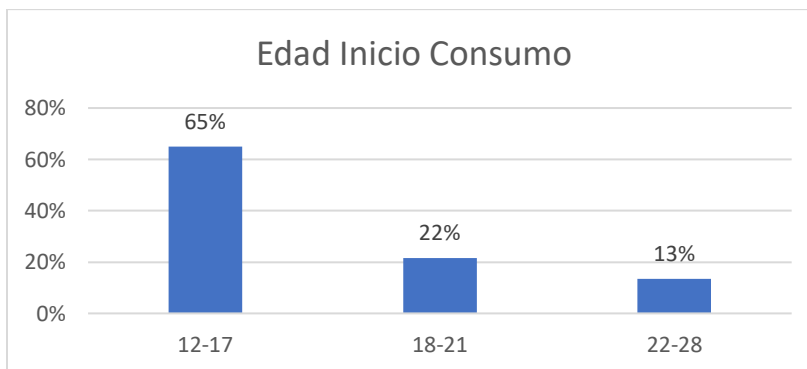


Ilustración 4: edad de inicio de consumo de drogas. Fuente: Instituto de Neurociencias. Autora: Domenica Espinosa.

La mayor parte de los pacientes de nuestra muestra, 65% inicio su consumo de drogas en edades entre 12-17 años, Un 23% lo realizo entre los 18-21 años. Y un 13% en las edades entre 22-28.

G. Droga de uso

Table 4: Droga de uso. Fuente: Instituto de Neurociencias. Autora: Domenica Espinosa

DROGA DE USO	Frecuencia	Frecuencia absoluta%	Frecuencia relativa
ALCOHOL	10	10%	10%
MARIHUANA	6	6%	6%
COCAINA	7	7%	7%
HACHE	8	8%	8%
POLICONSUMO	68	67%	60%
Total general	99	100%	100%

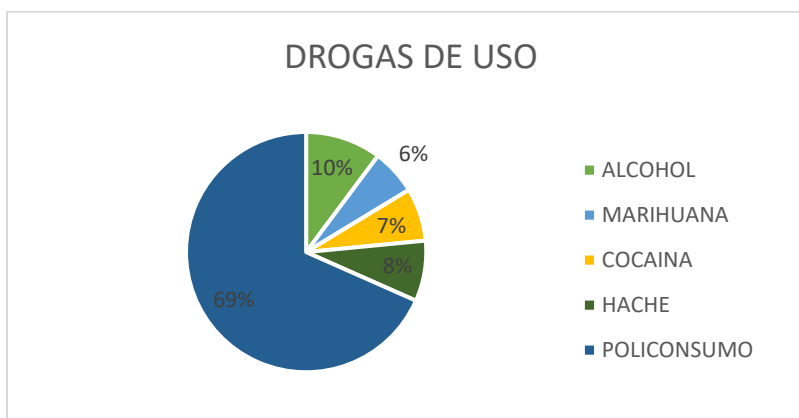


Ilustración 5: Droga de uso. Fuente: Instituto de Neurociencias. Autora: Domenica Espinosa.

En la muestra seleccionada de pacientes se encontró que el 67% era un consumidor de múltiples drogas entre las cuales estaban hache, plo plo, base de cocaína, cocaína, alcohol. Muy poco porcentaje de los pacientes utilizaba solamente 1 droga. El 10% utilizaba solamente alcohol, el 8% utilizaba solamente hache, el 7% utilizaba solamente cocaína y solo el 6% utilizaba solamente marihuana.

H. Comorbilidad según la droga de uso

Comorbilidades en uso de Alcohol

Table 5: Comorbilidades en uso de alcohol. Autora: Domenica Espinosa

ALCOHOL			
COMORBILIDAD	# de pacientes	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
DEPRESION	8	8%	80%
ANSIEDAD	0	0%	0%
BIPOLARIDAD	2	2%	20%
TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME	0	0%	0%
OTROS	0	0%	0%

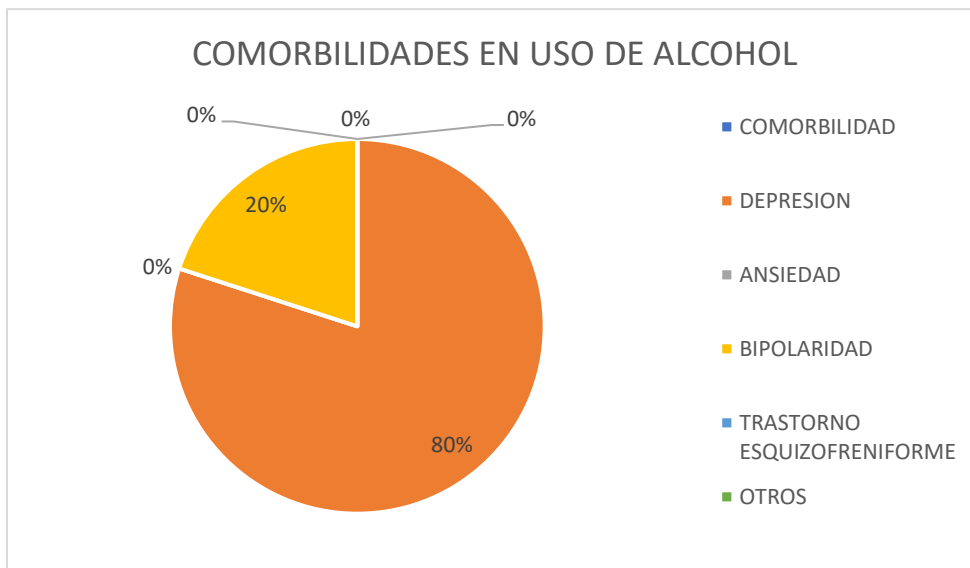


Figure 1: Comorbilidades en uso de Alcohol. Autora: Domenica Espinosa

En cuanto a la droga Alcohol se observó la prevalencia solo de dos patologías: depresión predominando y la bipolaridad en menor proporción.

Comorbilidades en uso de Marihuana

Table 6: Comorbilidades en uso de marihuana. Autora: Domenica Espinosa

MARIHUANA			
COMORBILIDAD	# de pacientes	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
DEPRESION	5	5%	83%
ANSIEDAD	0	0%	0%
BIPOLARIDAD	1	1%	17%
TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME	0	0%	0%
OTROS	0	0%	0%

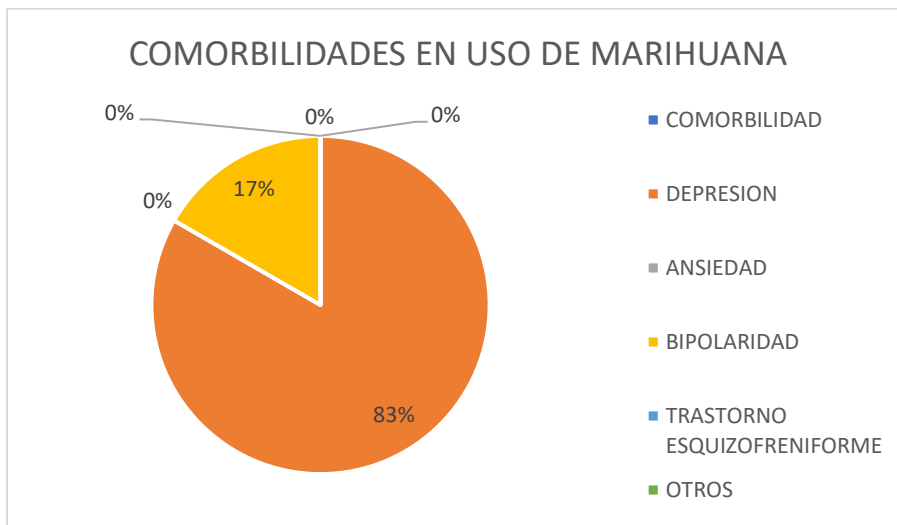


Figure 2: Comorbilidades en uso de marihuana. Autora: Domenica Espinosa

De la población que consumía marihuana solo encontramos 5 pacientes con trastorno depresivo y uno con trastorno bipolar.

Comorbilidades en uso de Cocaína

Table 7: Comorbilidades en uso de cocaína. Autora: Domenica Espinosa

COCAÍNA			
COMORBILIDAD	# de pacientes	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
DEPRESION	5	5%	63%
ANSIEDAD	1	1%	12.5%
BIPOLARIDAD	1	1%	12.5%
TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME	0	0%	
OTROS	1	1%	12.5%

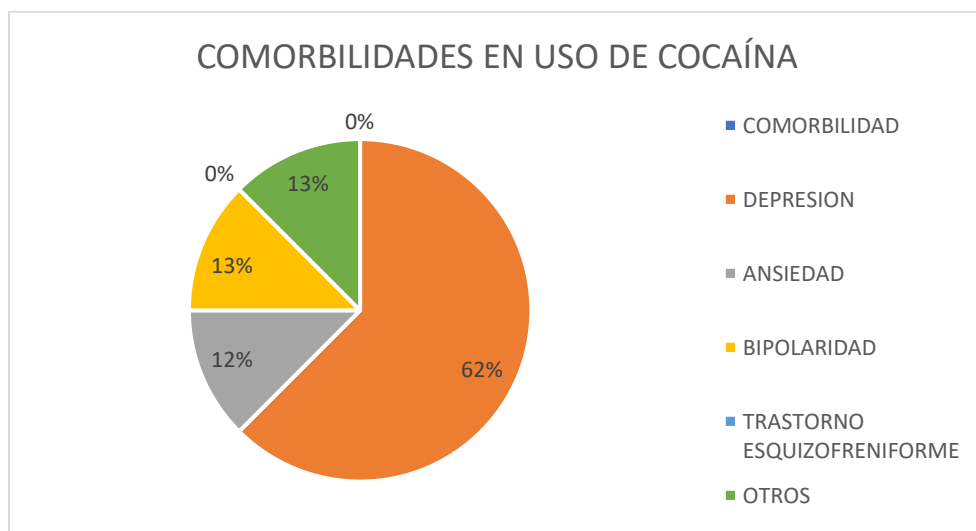


Figure 3: Comorbilidades en uso de cocaína. Autora: Domenica Espinosa

De los pacientes consumidores de cocaína únicamente, tuvimos resultados un poco más variados. 5 con trastorno depresivo, 1 con ansiedad, 1 con bipolaridad y uno con trastorno de la personalidad.

Comorbilidades en uso de Hache

table 8: Comorbilidades en uso de Cocaína. Autora: Domenica Espinosa

HACHE			
COMORBILIDAD	# de pacientes	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
DEPRESION	1	14.29%	1%
ANSIEDAD	2	28.57%	2%
BIPOLARIDAD	2	28.57%	2%
TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME	2	28.57%	2%
OTROS	0	0%	0%

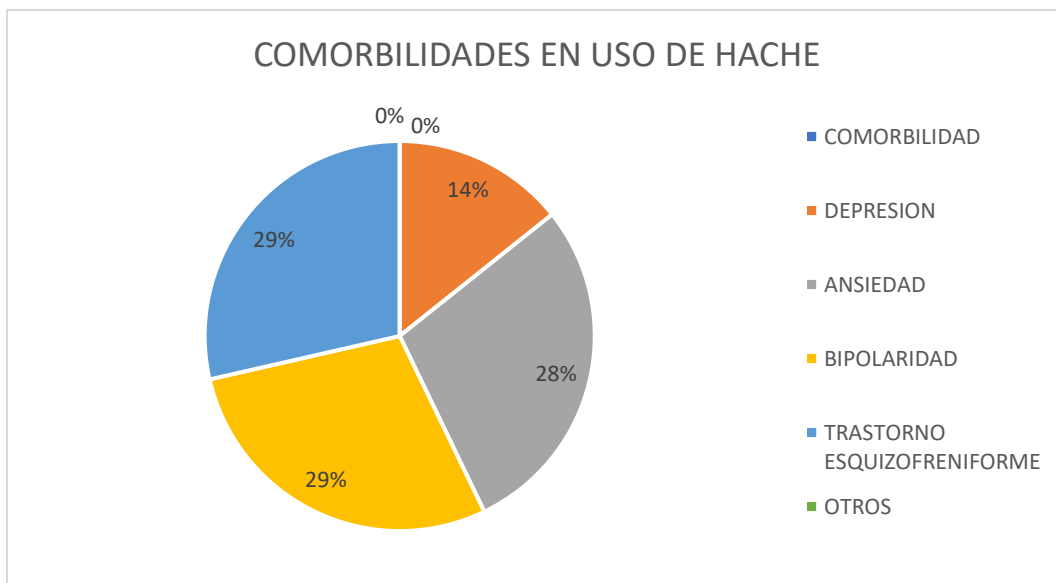


Figure 4: Comorbilidades en uso de Hache. Autor: Domenica Espinosa

El consumo de Hache tuvo los resultados más cambiantes puesto que de los 7 pacientes consumidores de hache únicamente, 2 se encasillaron en trastorno bipolar, 2 en trastorno de ansiedad, 2 en trastorno esquizofreniforme y 1 únicamente en depresión.

Comorbilidades en Policonsumo de drogas

Tabla 1: Diagnóstico dual en pacientes consumidores. Autora: Domenica Espinosa

POLICONSUMO (69%)			
COMORBILIDAD	# de pacientes	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
DEPRESION	56	56%	76.71%
ANSIEDAD	5	5%	6.85%
BIPOLARIDAD	5	5%	6.85%
TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME	5	5%	6.85%
OTROS	2	2%	2.74%

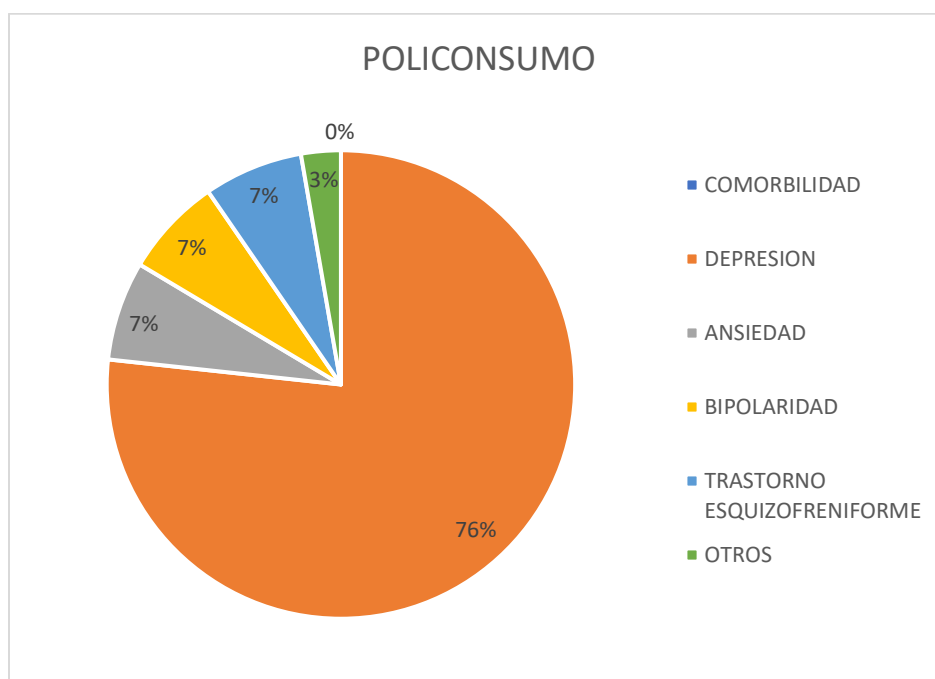


Ilustración 6: Diagnóstico dual de policonsumidores. Autora: Domenica Espinosa

Dentro del policonsumo pacientes que consumen más de 3 tipos de drogas (73 pacientes) vemos que, de estos, 56 pacientes presentan trastorno depresivo y una proporción mínima presentaba otros trastornos.

Discusión

El presente estudio de tipo retrospectivo analítico fue útil para determinar las trayectorias de características del consumo sustancias y su asociación con los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas del Instituto de Neurociencias de la Junta Benéfica de Guayaquil.

Los resultados obtenidos de los pacientes estudiados fueron: Una prevalencia mayor de hombres (75%) que de mujeres (25%), la edad más representativa dentro de la muestra fue pacientes entre 20 y 35 años (66%), el diagnóstico más común entre los pacientes fue F19 (44%), entre los antecedentes familiares no se encontró estadísticas significativas (4% familiares con dependencia a las drogas). Las demás variables se discutirán más adelante.

Los resultados obtenidos se asemejan a los resultados obtenidos en el estudio brasilero de desórdenes mentales en usuarios de cocaína-crack en centros de ayuda a usuarios de drogas y alcohol en el año 2016 con una muestra de 885 dentro de los cuales el 85% eran hombres tal como en el presente estudio donde prevalecen los hombres y la edad media entre los estudiados reveló 29 (8 ± 9.4), que es similar a la que contempla la muestra estudiada. Al igual que en esta muestra, la del estudio brasilero tuvo un mayor número de pacientes (821) que consumía varias drogas al mismo tiempo. Se encontró una correlación significativa de ($p < 0.04$) entre los desórdenes mentales y el uso de drogas. (45)

Se determinó en este estudio entre los 99 pacientes que formaron parte del este que no existía una droga de uso más frecuente puesto que la mayor parte de ellos consumían varias drogas a la vez, similar al estudio brasilero, en distintas presentaciones y distintas mezclas. La mayor parte de los pacientes usaban regularmente un promedio de 3 drogas

entre las cuales identificamos: hache, cocaína, marihuana y alcohol. Una pequeña proporción de pacientes utilizaba ampollas de tramadol.

En cuanto al presente estudio uno de los objetivos fue determinar la incidencia de depresión en los pacientes drogodependientes. Los resultados estimaron que: el 76% de estos pacientes tenían trayectorias sostenidas de síntomas de depresión que iban ligados al consumo de varias sustancias a lo largo del tiempo, y un grupo de comparación compuesto por 2% tenía síntomas de depresión / ansiedad en alto grado. La correlación entre la droga de uso y la comorbilidad presentada fue muy débil ($r = -0.36$) demostrando que la droga de uso y la comorbilidad presentada no son variables asociadas.

Estos resultados nos confirman como el estudio de Wolters Kluwer Health llevado a cabo por Sullivan en 2018 que de hecho los pacientes con depresión y dolor crónico tienden al uso de opioides para tratar su insomnio y su stress, de hecho, parece incrementar el riesgo de abuso de drogas en la adolescencia y la adultez (34).

El estudio de 2018 de los archivos de Psychiatric Nursing de coexistencia de abuso de drogas y enfermedades mentales llevado a cabo en 100 pacientes tratados en instituciones privadas en el país Chipre del medio Oriente determinó como primera coexistencia en estos pacientes la depresión y severo estrés con pensamientos suicidas. Se menciona en sus resultados un 23% de correlación entre los intentos suicidas y el uso de drogas inyectables. (46)

Según los resultados del Psychiatric Nursing diferencia de los estudios mencionados anteriormente la edad promedio de estos resultados no fue la misma para todos los participantes del estudio, pues se diferenció el grupo etario notoriamente según el tipo de droga que usaban. Los adultos entre 40- 49 años son más propensos al consumo de

alcohol, mientras que los más jóvenes entre 35-39 años resultan consumir mayormente heroína y los adultos entre 30-39 años eran más consumidores de alucinógenos. Curiosamente los resultados mostraron que pasado los 40 años era menos probable que usen marihuana. (46)

Al analizar la variable de ansiedad, en el presente estudio se encontró una prevalencia del 3% dentro de la población estudiada respondiendo así el segundo objetivo del estudio.

Comparando nuestros resultados con los del estudio de Kenneth S. Walters en el Journal of Child and Adolescent Substance Abuse en 2018, donde estudiaron 1,316 personas de 18 años en Estados Unidos (47) y la relación de la ansiedad y el uso de drogas tampoco pudo demostrarse. Diríamos que tuvimos resultados similares, aunque en su estudio el porcentaje de relación entre ansiedad y uso de drogas fue nulo.

De manera similar se pudo encontrar en este estudio que no existe una relación significativa entre la presencia de antecedentes psiquiátricos en la familiar, y la edad a la cual inicio el consumo de sustancias. No fue encontrada una relación al evaluar la edad de inicio de consumo y el desarrollo de algún tipo de patología psiquiátrica, pero el inicio de consumo se ubicaba mayormente entre los 12-17 años en un 65% y nuestra muestra de pacientes se encontraba entre los 20-35 años lo cual nos da a interpretar que el porcentaje de pacientes empezó a usar drogas antes de presentar trastornos del estado de ánimo.

Los investigadores han observado recientemente que la prevalencia de problemas de salud mental entre los jóvenes es relativamente alta.(23) Un estudio epidemiológico reciente de Psychology of Addictive Behaviors informó tasas de prevalencia del año pasado del 12% para los trastornos de ansiedad y del 11% para los trastornos

afectivos.(48) Entre los adultos de la población general, el abuso de sustancias es altamente comórbido con trastornos de ansiedad y depresivos, y tales comorbilidades surgen ya en la adolescencia. (49)

El estrés o la reducción de la tensión es una motivación frecuente para el uso de sustancias a cualquier edad, aunque se remarca el inicio a edades tempranas. Por lo tanto, el uso de sustancias a menudo puede ser visto por los pacientes como una forma de automedicación. Lo que guarda relación con los resultados del presente estudio que describe una correlación significativa entre los antecedentes del paciente para el desarrollo de ansiedad y depresión, así como la predisposición para el consumo de sustancias. (50)

Además, el efecto negativo que a menudo acompaña a la abstinencia de sustancias generalmente disminuye con el uso continuo, lo que refuerza negativamente el comportamiento de uso de sustancias.(49) Por lo tanto, la regulación emocional es una función principal del consumo de alcohol y drogas para algunas personas. Es decir, las diferencias individuales en la excitación emocional y la regulación de las emociones son factores probablemente asociados con el uso de sustancias.

En cuanto a la droga más usada en la muestra los resultados de la investigación son alarmantes. Se pudo determinar que existe una preocupante prevalencia de depresión entre los pacientes que consumen varios tipos de sustancias al mismo tiempo, mientras que los pacientes que se dedicaban a consumir solo 1 tipo de sustancia se encontraban en menor cantidad.

Entre los pacientes que solo consumían un tipo de drogas los resultados fueron: alcohol con 9 pacientes, cocaína con 6 pacientes, hache con 9 pacientes, cocaína con hache

con 3 pacientes. Mientras que, al analizar la variable de ansiedad, se pudo encontrar que únicamente 2 pacientes presentaron el cuadro al consumir las drogas hache y tramadol.

La investigación sobre el vínculo entre el uso de sustancias de los pacientes jóvenes y la salud mental ha producido resultados inconsistentes. En los resultados de la presente investigación, se encontró que no existe correlación alguna entre el desarrollo de depresión, ansiedad, la edad de inicio de consumo, y los antecedentes psiquiátricos del paciente. De manera que todas son variables que tienen un control independiente y por lo tanto se manejan por separado. (51)

Limitaciones

Existen limitaciones notables dentro de la literatura que examina la relación entre el consumo de sustancias de los estudiantes y la salud mental. En primer lugar, algunos estudios no evaluaron la ansiedad y los síntomas depresivos con instrumentación psicométrica validada, sino que utilizaron preguntas de encuestas simples. La mayoría de los estudios examinaron solo una o unas pocas clases de sustancias, en lugar de una evaluación más exhaustiva del uso de sustancias.

Muchos estudios no utilizaron muestreo aleatorio estratificado de estudiantes universitarios y algunos estudiaron solo estudiantes de primer año. Algunos datos recopilados en instituciones en áreas geográficas que probablemente no tienen un suministro suficiente de ciertos medicamentos que pueden estar menos disponibles en áreas más aisladas. El estudio actual fue diseñado para mejorar estas cuatro deficiencias. Además, este estudio incluyó una medida de respuesta aleatoria, para producir un conjunto de datos más refinado.

Conclusión

Con estudio se buscó saber si el uso de drogas aumentaría la prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes con dependencia a las drogas en la Unidad de Conductas Adictivas en el Hospital de Neurociencias de Guayaquil. En este se incluyeron 99 pacientes como muestra que hayan sido ingresados en el Instituto de Neurociencias por diagnósticos de trastornos con sustancias psicotrópicas.

De entre estos pacientes se seleccionó aquellos que tuvieran diagnóstico dual, revisando las historias clínicas obtuvimos información de cuales de ellos tenían un doble diagnóstico. Es decir, tenían otra patología psiquiátrica asociada a su condición de drogodependencia. Se recaudo los antecedentes psiquiátricos familiares, edad de inicio de consumo de drogas, sexo y droga(s) de consumo.

De los resultados obtuvimos un 76% de la población estudiada con depresión y solo un 3% con ansiedad patológica y el porcentaje restante con otras patologías. Determinando que la enfermedad psiquiátrica más prevalente entre la población drogodependiente de nuestro estudio fue la depresión.

Las drogas más comúnmente usadas fueron: el alcohol, la hache y la cocaína. Pero en general la mayor parte de la población utiliza varias drogas al mismo tiempo (68%). Únicamente se encontró relación entre los policonsumidores y la depresión, pues fueron la mayor parte de la muestra. La relación con la ansiedad fue mínima (3%). No se pudo relacionar con la edad de inicio de consumo, ni antecedentes familiares psiquiátricos.

Con esta información se da una base para motivar al estudio de correlaciones entre los diagnósticos uso de drogas y los trastornos depresivos, más aún entre los pacientes policonsumidores.

Este estudio busca concientizar a las personas sobre el uso de las drogas y el posible desarrollo o empeoramiento de las patologías psiquiátricas debido a este. La literatura nos confirmó una asociación entre el uso de drogas, la depresión y la ansiedad. El empeoramiento de los tratamientos y el mal pronósticos de estos pacientes es de gran preocupación para la sociedad y la salud mundial.

Recomendaciones

Sería de gran utilidad replicar el estudio a futuro en una población mayor, abarcando más sitios de estudio de pacientes de la misma condición. De manera que se pueda realizar una generalización a la población con una muestra superior. Se sugiere también realizar una encuesta de las edades en las cuales se empezó el consumo de drogas y cuando empezó la depresión y la ansiedad, así esto nos ayudaría a saber si el paciente genera su perturbación del estado de ánimo debido al abuso de drogas o abusa de ellas debido a su este.

Disminuyendo así la probabilidad de errores y asegurándonos de no perder ningún diagnóstico dual.

Bibliografía

1. United Nations Office on Drugs and Crime. Drug treatment in Americas | Statistics and Data.
2. Velázquez SYM, Aquino JSB. Depresión y ansiedad como factores de riesgo en ideación suicida en pacientes con adicciones del Centro Nacional de Control de Adicciones de Asunción. Rev Científica Estud E Investig. 2018 Feb 17;6(0):135–7.
3. Vega Astudillo P. Comorbilidad Psiquiatrica. Patologia dual. 2014.
4. Román CO. SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE MARIHUANA, COCAÍNA Y HEROÍNA EN ADOLESCENTES DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE GUAYAQUIL. 2018;66.
5. García. RASGOS CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD EN CONSUMIDORES.2018. Repositorio UEES
6. PATO ALONSO S. MANUAL DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES DIAGNÓSTICOS. 10th ed. 2016.
7. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5. Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales.(2013). 5th ed. pp.8-16.
8. Arias DM. Consumo de sustancias y depresión Substance abuse and depression. 2015;6.
9. Organización mundial de la salud. Depresión. Datos y cifras. 2019.
10. Universidad Nacional Autónoma de México. Más de 264 millones padecen ansiedad a nivel mundial. 2019 Mar 14;
11. OMS | Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo [Internet]. WHO. [cited 2019 May 26]. Available from: http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/
12. Organización mundial de la salud. Alcohol. datos y cifras. 2018.
13. MSc. Fernando Naranjo y MSc. David Jaramillo. Costo del fenómeno de drogas de las drogas en Ecuador en 2015. Subsecretaría Técnica de Análisis, Prospectiva y Evaluación. 2017 Mar;12–20.
14. Consumo de drogas, cifras que todo padre debe saber. El Universo. 2017.
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prioridades de investigación en salud,. 2017.
16. NIDA. Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción. 2018.
17. Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría 11a Edición. Año 2015

18. Co-occurring substance use disorder and anxiety-related disorders in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. UpToDate. 2019 [Internet].
19. Telégrafo. El consumo de drogas es diferente en cada ciudad del país. El Telégrafo. 2019.
20. ¿Cómo funcionan las adicciones? El psiquiatra José Rodríguez lo explica en Encuentros de Diario El Universo. El Universo. 2018.
21. Stern, Fava. Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica. 2nd ed. 2017.
22. Abuse NI on D. La comorbilidad. 2014.
23. Zhang, H., & Hasin, D. S. Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: Journal of the American Medical Association Psychiatry,. 2015;72(8), 757–766.
24. Asociación de Psiquiatría Latinoamericana. GUÍA LATINOAMERICANA DE DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO (GLADPR VR). 2012. 131 p.
25. James Morrison. GUIA PARA EL DIAGNOSTICO CLINICO. Mexico; 2015 p. 394. (Editorial Manual Moderno S.A).
26. National Institute of Mental Health. NIMH » Depresión. 2016.
27. Arlington, VA. GUÍA DE CONSULTA DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-5. Editorial Médica Panamericana, Madrid.; 2013.
27. INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS. Resumen, conclusiones y consecuencias. Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. 2018.
29. Paz PAP, Herrera MBP. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. 2017;27.
30. Watkins M, M.A., M.F.T. Can Alcohol Induce Depression? American Addiction Centers. 2016.
31. Katherine Keyes, Ph.D. Depression's got a hold of me: Gender differences and generational trends in alcohol use and mental health among U.S. adolescents and adults. 2018.
32. FA T. Social anxiety disorder predicts alcohol use disorder. 2019.
32. University of Washington, 2017. Effects Of Marijuana On Mental Health: Depression. Alcohol & Drug Abuse Institute. pp.3-4.
34. Abuse NI on D. La marihuana como medicina. 2019.
34. Marihuana y depresión: ¿qué relación existe entre ambas? Mayo Clinic. 2019

36. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B. Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015 Jul;6(3):121–8.
37. Alba Morales Chamorro. *PATOLOGÍA DUAL: DEPENDENCIA A LAS DROGAS Y TRASTORNOS MENTALES, UN RETO PROFESIONAL.* Universidad del país Vasco; 2017.
38. Abuse NI on D. Los opioides. 2017.
39. Telégrafo E. El uso sin control de los opioides causa el caos. *El Telégrafo.* 2019.
40. Velez Leidy LJF. Propuesta de Intervención de Trabajo Social: Consumo de Sustancia Adictiva, Estudio de Caso en un Colegio Fiscal Mixto de la Ciudad de Guayaquil. 2018 Feb;55.
41. World Health Organization (OMS). Glosario de términos de alcohol y drogas. Gobierno de España. 2018;48.
42. Hernández-Serrano O, Font-Mayolas S, Gras ME. Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones.* 2015 Sep 15;27(3):205.
43. 10. Congreso Nacional de Ecuador. Ley Organica de Salud. 2015.
44. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación.* México: McGraw Hill Interamericana; 2014.
45. Castro Neto, Universidade Federal de Pernambuco, Brazil. Main mental disorders in crack-cocaine users treated at Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs in the city of Recife, Brazil. *Trends Psychiatry Psychother.* 2016 Dec;38(4):227–33.
45. Mitsis P. Co-occurring mental illnesses and substance use disorders. *Arch Psychiatr Nurs.* 2019 Feb;33(1):77–84.
47. Walters KS, Bulmer SM. Substance Use, Anxiety, and Depressive Symptoms Among College Students. *J Child Adolesc Subst Abuse.* 2018 Mar 4;27(2):103–11.
48. Kenney, S. R., & LaBrie, J. W. Use of protective behavioral strategies and reduced alcohol risk: Examining the moderating effects of mental health, gender, and race. *Psychology of Addictive Behaviors.* 2013.
49. Merrill, J. E., Reid, A. E., Carey, M. P., & Carey, K. B. Gender and depression moderate response to brief motivational intervention for alcohol misuse among college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2014;82(6), 984–992.
50. Monahan, C., Bracken-Minor, K. L., McCausland, C. M., McDevitt-Murphy, M. E., & Murphy, J. G. Healthrelated quality of life among heavy-drinking college students. *American Journal of Health Behavior.* 2014;36(3), 289– 299.

51. SAMHSAs. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. 2014.

ANEXOS

CRONOGRAMA

Actividad	mar-19			may-19			jun-19		ago-19		dic-19			
	7	14	21	7	14	21	6	25	1	28	4	10	12	15
Aprobación de tema del proyecto de investigación	x													
Elaboración de Ficha Técnica		x												
Aprobación de Ficha Técnica del proyecto			x											
Elaboración de Ficha del anteproyecto				x										
Exposición de ficha de anteproyecto					x									
Elaboración del anteproyecto						x	x							
Aprobación del anteproyecto								x						
Recolección de datos					x	x	x	x	x	x	x			
Entrega de Avance del proyecto de Tesis										x				
Análisis de los resultados												x		
Conclusiones y recomendaciones												x		
Aprobación del docente tutor													x	
Entrega en el Dpto. de titulación														x
Aprobación del docente revisor														
Sustentación del trabajo de titulación														