



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ESTADOS DE ÁNIMO RELACIONADOS CON TERAPIA OCUPACIONAL EN  
ADOLESCENTES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN, CUENCA 2016**

Proyecto de investigación previa a la Obtención  
Del Título de Licenciado en Enfermería

**AUTORAS:**

JENIFFER KARINA ÁVILA BRAVO **CI:** 0105669550

SANDRA ELIZABETH MENDIETA CHÁVEZ **CI:** 0106686397

**DIRECTORA:**

MGST. DOLORES AMPARITO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ **CI:** 0103001855

CUENCA - ECUADOR

2017



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
**RESUMEN**

**ANTECEDENTES:** La drogodependencia en adolescentes, se ha incrementado de una manera alarmante y se ha convertido en un problema especialmente en los países de América Latina, ocasionando trastornos del estado de ánimo, como ansiedad y depresión.

**OBJETIVO GENERAL:** determinar estados de ánimo relacionados con terapia ocupacional en adolescentes de Centros de Rehabilitación, Cuenca 2016.

**METODOLOGÍA:** es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, realizado en Centros de Rehabilitación de Adolescentes Varones de Cuenca, el universo constó de 67 adolescentes quienes firmaron el consentimiento informado. Se aplicó una encuesta acerca de los datos sociodemográficos que fue elaborada por las autoras y el Test de Hamilton para evaluar el Trastorno de Ansiedad y Depresión. La tabulación de datos se realizó en el programa SPSS versión 22 y Excel, los resultados están representados con tablas y gráficos.

**RESULTADOS:** en la presente investigación prevalecen los adolescentes de 16 años (41.8%), que se iniciaron en las drogas, cuya droga de inicio fue la marihuana con 59,7%, estos al ingresar a los centros de rehabilitación, representaron un nivel de ansiedad mayor (58.2%), y depresión moderada (55.2%), luego de la terapia ocupacional, disminuyeron los mismos a 7.4% en ansiedad y depresión respectivamente.

**CONCLUSION:** De acuerdo a los datos encontrados en este estudio, se concluye que la terapia ocupacional, influyó de manera positiva en los adolescentes de los centros de rehabilitación HOGAR CRECER y CREIAD, presentando así en general una reducción de los trastornos del estado de ánimo, como ansiedad y depresión.

**PALABRAS CLAVE:** ESTADOS DE ANIMO, ANSIEDAD, DEPRESION, TERAPIA OCUPACIONAL, ADOLESCENCIA, DROGAS, ALCOHOL.



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
**ABSTRACT**

**BACKGROUND:** Drug dependence in adolescents has increased alarmingly and has become a problem especially in Latin American countries, causing mood disorders, such as anxiety and depression, to address this problem, there are rehabilitation centers, which aim to guide patients to a recovery, several studies indicate that occupational therapy has a positive influence on the decrease of these disorders.

**GENERAL OBJECTIVE:** determine moods related to occupational therapy in adolescents of Rehabilitation Centers, Cuenca 2016.

**METHODOLOGY:** it is a quantitative study of descriptive type, carried out in Rehabilitation Centers for Male Adolescents of Cuenca, the universe consisted of 67 adolescents who signed the informed consent. A survey was applied about the sociodemographic data that was elaborated by the authors and the Hamilton Test to evaluate the Anxiety and Depression Disorder. The tabulation of data was done in the SPSS program, version 22 and Excel, the results are represented with tables and graphs.

**RESULTS:** in the present investigation, 16-year-old adolescents (41.8%), who began with drugs, whose marijuana-initiated drug with 59.7% prevail, when entering the rehabilitation centers, represented a level of Greater anxiety (58.2%), and moderate depression (55.2%), after occupational therapy, decreased them to 7.4% in anxiety and depression respectively.

**CONCLUSION:** According to the data found in this study, it is concluded that occupational therapy positively influenced the adolescents of the HOGAR CRECER and CREIAD rehabilitation centers, thus presenting a reduction in mood disorders in general. as anxiety and depression.

**KEY WORDS:** STATES OF MOOD, ANXIETY, DEPRESSION, OCCUPATIONAL THERAPY, ADOLESCENCE, DRUGS, ALCOHOL.



INDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>3</b>
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>15</b>
<b>1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>16</b>
<b>1.3 JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>18</b>
<b>CAPITULO II .....</b>	<b>19</b>
<b>2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Antecedentes:.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 Adolescencia, estados de ánimo y drogas.....</b>	<b>20</b>
<b>2.3 Estado de ánimo .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3.1 Trastornos del estado de ánimo .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3.2 Síntomas de los trastornos del estado de ánimo .....</b>	<b>22</b>
<b>2.4 Trastornos Mentales .....</b>	<b>23</b>
<b>2.5 Ansiedad .....</b>	<b>24</b>
<b>2.5.1 Tipos de ansiedad.....</b>	<b>24</b>
<b>2.5.2 Síntomas de ansiedad.....</b>	<b>25</b>
<b>2.5.3 Causas de la ansiedad .....</b>	<b>26</b>
<b>2.6 Depresión.....</b>	<b>27</b>
<b>2.6.1 Tipos de depresión.....</b>	<b>27</b>
<b>2.6.2 Síntomas de la depresión .....</b>	<b>28</b>
<b>2.6.3 Causas de la depresión.....</b>	<b>29</b>
<b>2.7 Drogas .....</b>	<b>29</b>
<b>2.7.1 Clasificación de drogas .....</b>	<b>30</b>
<b>2.7.2 Influencia de las drogas en los adolescentes.....</b>	<b>30</b>
<b>2.7.3 Principales señales del uso de alcohol y drogas en los adolescentes ....</b>	<b>31</b>
<b>2.8 Alcohol .....</b>	<b>31</b>
<b>2.9 Terapia ocupacional .....</b>	<b>32</b>



2.9.2	Beneficios de la terapia ocupacional .....	35
2.9.3	Terapia ocupacional en relación al consumo de sustancias psicoactivas..	36
2.9.4	Beneficios de terapia ocupacional en depresión y ansiedad.....	36
CAPITULO III.....		37
3. OBJETIVOS:.....		37
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....		37
CAPITULO IV.....		38
4. DISEÑO METODOLÓGICO .....		38
4.1	Tipo de estudio.....	38
4.2	Área de estudio .....	38
4.3	Universo y muestra.....	38
4.4	Criterios de inclusión y exclusión .....	38
4.5	Variables.....	39
4.6	Métodos Técnicas e Instrumentos.....	39
4.7	Procedimientos: .....	39
4.7.1	Autorización: .....	40
4.7.2	Capacitación.....	40
4.7.3	Supervisión: .....	40
4.8	Plan de tabulación y análisis .....	40
4.9	Aspectos éticos.....	41
4.10	Recursos .....	41
4.10.1	Recursos Humanos .....	41
4.10.2	Recursos Materiales:.....	41
CAPITULO V.....		42
5.3	Análisis de los Resultados .....	42
5.3.1	Datos Sociodemográficos .....	42
5.3.2	Consumo de drogas de los adolescentes .....	48
5.3.3	Características del ingreso.....	53
5.3.4	Terapia Ocupacional .....	55
5.3.5	Nivel de ansiedad y depresión preterapia y postterapia.....	58
5.3.6	Relación de los estados de ánimo con la terapia ocupacional.....	60



<b>CAPITULO VI.....</b>	<b>61</b>
<b>6. DISCUSIÓN .....</b>	<b>61</b>
<b>CAPITULO VII.....</b>	<b>66</b>
<b>7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>66</b>
<b>7.1 CONCLUSIONES .....</b>	<b>66</b>
<b>7.2 RECOMENDACIONES.....</b>	<b>67</b>
<b>CAPITULO VII.....</b>	<b>68</b>
<b>CAPITULO IX.....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO # 1.....</b>	<b>73</b>
<b>TABLAS .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO #2.....</b>	<b>78</b>
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO #3.....</b>	<b>80</b>
<b>ASENTIMIENTO INFORMADO.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO: 4.....</b>	<b>81</b>
<b>ENCUESTAS .....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO 4.....</b>	<b>87</b>
<b>OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....</b>	<b>87</b>



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Jeniffer Karina Ávila Bravo en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“ESTADOS DE ÁNIMO RELACIONADOS CON TERAPIA OCUPACIONAL EN ADOLESCENTES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN, CUENCA 2016”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 28 de noviembre del 2017

-----  
Jeniffer Karina Ávila Bravo

C.I: 0105669550



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
**RESPONSABILIDAD**

Yo, Jeniffer Karina Ávila Bravo autora del Proyecto de Investigación “**ESTADOS DE ÁNIMO RELACIONADOS CON TERAPIA OCUPACIONAL EN ADOLESCENTES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN, CUENCA 2016**”, declaro que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 28 de noviembre del 201

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Jeniffer Karina Ávila Bravo".

-----  
Jeniffer Karina Ávila Bravo

C.I: 0105669550





UNIVERSIDAD DE CUENCA

## LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Sandra Elizabeth Mendieta Chávez en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“ESTADOS DE ÁNIMO RELACIONADOS CON TERAPIA OCUPACIONAL EN ADOLESCENTES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN, CUENCA 2016”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 28 de noviembre del 2017

-----  
Sandra Elizabeth Mendieta Chávez

C.I: 0106686397



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
**RESPONSABILIDAD**

Yo, Sandra Elizabeth Mendieta Chávez autora del Proyecto de Investigación **“ESTADOS DE ÁNIMO RELACIONADOS CON TERAPIA OCUPACIONAL EN ADOLESCENTES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN, CUENCA 2016”**, declaro que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 28 de noviembre del 2017

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized 'S' followed by 'E.M.C.', enclosed within a large, loopy oval.

-----  
Sandra Elizabeth Mendieta Chávez

C.I: 0106686397



## DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios por cada una de sus bendiciones por guiar mi camino y por brindarme una hermosa familia.

Quiero dedicar esta tesis a las personas más importantes en mi vida, mis padres Jaime y Alicia ustedes que con su infinito amor me han apoyado en cada etapa de mi vida siempre queriendo lo mejor para mí, teniéndome paciencia, llenándome de valores, demostrándome que el camino hacia el éxito puede ser difícil pero no imposible, dedicando cada segundo de sus vidas para formarme, ustedes son a quienes les debo este triunfo, los amo.

A esas personas maravillosas que forman parte de mi vida, hermanos, cuñados, abuelito, que siempre me han apoyado incondicionalmente para continuar con mis objetivos y realizarme como persona.

A los seres más tiernos, mis sobrinos, quienes con su cariño y su ternura me llenan de fuerza y alegría mi vida.

Carlos, por su amor, por ser mi apoyo constante, y tener siempre las palabras precisas para motivarme en este arduo proceso.

***Jeniffer Karina Ávila Bravo***



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## DEDICATORIA

Este proyecto de investigación quiero dedicar a mi Dios y a la Virgen por darme sabiduría y fuerzas para poder continuar con esta etapa, los mismos que ha estado conmigo en las buenas y las malas jamás me ha dejado sola ha sido mi mejor amigo y compañero durante toda mi vida, el cual me motiva a seguir con mis propósitos, mis sueños y anhelos.

De igual manera a mis padres Alejandro y Marilú que han sido mi mayor ejemplo a seguir, mi apoyo incondicional demostrándome que con amor, empeño y dedicación se puede llegar a alcanzar todos los sueños que una se proponga en la vida.

A mis hermanos Edison y Elvis, que son mi motor para continuar ustedes son y serán mi vida entera, los cuales me han enseñado que el amor existe, apoyándome en cada proceso de mi vida académica.

A mis amigos más cercanos que han estado apoyándome en este proceso y a su vez motivándome para no dejarme vencer los mismos que me han hecho sentir orgullosa del paso que estoy dando en mi vida.

***Sandra Elizabeth Mendieta Chávez.***



## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer a Dios por darme la vida, por estar presente guiando cada paso que doy y llenándome de valor para culminar esta etapa.

A mis padres por brindarme su paciencia, su apoyo, motivarme y no dejarme vencer nunca. Agradezco a mi directora y asesora de tesis Magister Amparito Rodríguez por la orientación, el seguimiento y la supervisión de esta tesis hasta verla culminada, brindándonos su tiempo, su apoyo y sus conocimientos.

A los Centros de Rehabilitación CREIAD Y HOGAR CRECER que nos permitieron desarrollar nuestro proyecto de investigación, a los adolescentes que estuvieron en proceso de recuperación y que nos colaboraron de una manera desinteresada.

A la carrera de enfermería y a sus docentes por brindarme los conocimientos necesarios para dejar en alto esta hermosa y noble carrera.

A mi compañera de tesis Elizabeth, por ser mi amiga, por brindarme su confianza, su cariño, y desarrollar de la mejor manera este proyecto.

A todos ustedes gracias por permitirme lograr este triunfo en mi vida.

**Jeniffer Karina Ávila Bravo**



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi Dios por darme la confianza, las ganas de superarme y ser una mejor persona culminando uno de los tantos escalones en mi vida.

A mis padres por apoyarme en cada uno de mis sueños, por permitirme crecer como persona y haber depositado su confianza en mí estando lejos de ellos.

A los centros de Rehabilitación “HOGAR CRECER “y CREIAD por la amable acogida que nos brindaron en el transcurso de la realización de nuestro proyecto de investigación. A los adolescentes que nos apoyaron y colaboraron dejándonos ser partícipes de su vida en el proceso de rehabilitación con toda su calidez y alegría.

A nuestra directora y asesora de tesis magister Amparito Rodríguez por el apoyo, motivación y sobretodo paciencia para no dejarnos vencer orientándonos en la elaboración de esta investigación.

Y mi más sincero agradecimiento a mi compañera de tesis Jeniffer por la dedicación, apoyo y comprensión brindada, por ser mi amiga y confidente, por todo el cariño brindado y sobretodo la confianza para desarrollar nuestro proyecto.

**Sandra Elizabeth Mendieta Chávez.**



## UNIVERSIDAD DE CUENCA CAPITULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La drogodependencia es un problema a nivel mundial, según datos de la Organización Mundial de la Salud, (OMS) se ha incrementado de una manera alarmante el consumo de alcohol en América Latina, liderando Chile con 9,6 litros per cápita, seguido de Argentina con 9,3, Venezuela con 8,9 litros, Paraguay 8,8 litros, Brasil 8,7, Perú 8,1, Panamá 8, Uruguay 7,6, Ecuador 7,2, México 7,2, República Dominicana 6,9, Colombia 6,2, Bolivia 5,9, Costa Rica 5,4. Según el Reporte Mundial de Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), en 2013, 240 millones de personas consumieron heroína, cocaína y estimulantes de tipo anfetamínico por lo menos una vez durante el año, esto representa una amenaza para la salud y el bienestar de los seres humanos, esto conlleva al deterioro personal, familiar y social, incrementando los actos delictivos, problemas de salud mental, accidentes e incluso la muerte (1) (2).

Según Gisbert Calabuig "Drogas son todas aquellas sustancias que producen dependencia y que se emplean voluntariamente para provocarse determinadas sensaciones o estados psíquicos no justificados terapéuticamente" (3).

Un estudio realizado en la ciudad de Nicaragua como Organización de los Estados Americanos (OEA), y Comisión Interamericana para el Control y abuso de Drogas (CICAD) reporta en la población de 12-17 años una prevalencia de alcohol: 47.6%, Marihuana: 5.2%, cocaína: 2.3%, crack: 1.2%, inhalantes: 2.0 %, benzodiazepinas: 12.3%, alucinógenos: 0.6%, éxtasis: 0.5%, heroína: 0.3% (4).

Para afrontar todos estos efectos, existen Centros de Rehabilitación que tienen como objetivo guiar a los pacientes a una recuperación, a la comprensión de los beneficios de no estar bajo los efectos de la droga y así reconocer sus cualidades y virtudes, para que puedan recuperar una cotidianidad saludable. En estos centros, también se



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

ayuda al paciente a mejorar su autoestima y sus relaciones interpersonales, para que logre ser una persona asertiva y pueda construir un nuevo proyecto de vida.

Según estudios realizados en España los pacientes cuando ingresan a un Centro de Rehabilitación presentan altos índices de cambios en el estado de ánimo que los describen como: ansiedad y depresión, teniendo dificultades para adaptarse a los cambios, así como aceptar nuevos pensamientos o criterios, a medida que van recibiendo Terapia Ocupacional estos niveles disminuyen en la mayoría de los pacientes(5).

Razón por la cual nuestro estudio estuvo enfocado a identificar, como influyó la terapia ocupacional en los aspectos negativos del estado de ánimo en adolescentes de los centros de rehabilitación, CREIAD Y HOGAR CRECER, Cuenca 2016.

### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En Ecuador como en otros países del mundo, en la actualidad, el abuso de drogas es uno de los problemas más recurrentes entre los jóvenes, debido a que la adolescencia es una etapa de gran vulnerabilidad.

El consumo de drogas en la adolescencia es cada vez más temprano, este se ve justificado, porque lo relacionan como un factor social para integrarse, para ser reconocidos, como una forma de escapar de los problemas o de la rutina y experimentar nuevas sensaciones, ven el uso de drogas como una parte normal de ser adolescente (6).

López y Rodríguez-Arias (2010) afirman que: “Los factores de riesgo más relacionados con el consumo de sustancias son la disponibilidad de drogas, las actitudes familiares favorables al consumo, la historia familiar de conducta antisocial, el riesgo percibido con respecto al consumo y las actitudes favorables al consumo”.





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Según datos obtenidos de un estudio realizado por la Universidad Estatal de Milagro, el registro para el consumo de estupefacientes, el 90% son alcohólicos y drogadictos, de éstos el 60% continua con estos hábitos y el 30% están en proceso de rehabilitación(7).

Para disminuir este problema, existen Centros de Rehabilitación que tienen como objetivo guiar a los pacientes a una recuperación, a que logren la comprensión de los beneficios de no estar bajo los efectos de la droga y así reconocer sus cualidades y virtudes, para que puedan recuperar una cotidianidad saludable (8) (9).

Según estudios realizados en la clínica psiquiátrica de Barcelona, con jóvenes de 14 a 18 años drogodependientes, alrededor del 23% al 70%, presentaron ansiedad y depresión, siendo estos los problemas psiquiátricos más prevalentes (10).

Los pacientes drogodependientes suelen presentar cambios en el estado de ánimo, como ansiedad y depresión, que con frecuencia son trastornos inducidos o agravados por el propio consumo de estupefacientes. Inicialmente los estupefacientes pueden reducir el nivel de ansiedad, aumentando la seguridad personal, incrementando el estado de ánimo, pero estos pueden crear una dependencia para conseguir los mismos efectos, o puede generalizarse a otras situaciones, siendo cada vez más intensos especialmente al no consumir estas sustancias, la ansiedad será especialmente fuerte en las fases de abstinencia como es el momento en que son ingresados en un Centro de Rehabilitación , por lo tanto la Ansiedad y Depresión es un fenómeno importante a tratar(11) (12).

La Universidad Rafael Landívar de Guatemala, realizó un estudio acerca de las características de cambios de estado de ánimo que inciden en los pacientes, que integran un Programa de Rehabilitación y concluyó que los pacientes en la fase de abstinencia, presentan altos indicios de ansiedad y depresión, y que tienen dificultad para adaptarse a los cambios así como aceptar nuevos pensamientos o criterios, pero a medida que se aplican Terapias en los centros estos niveles disminuyen(13).



¿Cómo influyó la terapia ocupacional en los aspectos negativos del estado de ánimo, ansiedad y depresión, en adolescentes de los centros de rehabilitación, CREIAD Y HOGAR CRECER, Cuenca 2016?

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

El consumo de alcohol y otras drogas entre la población genera un impacto social, ya que las personas asocian el ocio y las relaciones sociales con el uso de sustancias, por lo que la prevención del consumo de estupefacientes es esencial, para evitar continuar con esta dependencia y que se prolongue hasta la adultez, en busca de aportar soluciones a esta problemática han sido creados los Centros de Rehabilitación de Adicciones, en donde tratan a un drogodependiente para que se reintegre con normalidad a la sociedad, esto requiere que la persona salga de su entorno para lograr la rehabilitación (14).

Los adolescentes al consumir sustancias psicoactivas y crear una dependencia a estas, al momento de ingresar en centros de rehabilitación, se genera una fase de abstinencia lo que provoca alteraciones del estado de ánimo como Ansiedad y Depresión, mostrándose temerosos a seguir un programa de Rehabilitación, y presentando dificultades para relacionarse con sus compañeros, desobedecer órdenes y actitudes agresivas, generando esto un inconveniente que interfiere en el normal desenvolvimiento y recuperación de la persona, por lo que se realizan dentro del Centro, Terapias Ocupacionales, como una medida para disminuir estos problemas y que puedan ser reinsertados en la sociedad normalmente(15).

Un estudio realizado por Eberhard A, A y Torric, M.P en el 2013, acerca de las experiencias obtenidas en terapia ocupacional en salud mental de corta estadía en clínica en atención privada, indicaron que la ansiedad y depresión disminuyó después de aplicarles terapias ocupacionales a los adolescentes mejorando su estado de ánimo y sus trastornos emocionales.

Ma. Jesús Irurtia y colaboradores nos dicen que la relación entre la ansiedad, depresión y el consumo de drogas se plantea como bidireccional: por un lado, la utilización continua de una sustancia puede conducir a experimentar síntomas e incluso



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

problemas de ansiedad y depresión. Por otro, algunos trastornos de ansiedad y depresión, pueden cursar con un mayor consumo de estupefacientes(16).

Esta investigación nos involucró más con la población drogodependiente de los Centros de Rehabilitación, HOGAR CRECER y CREIAD, conociendo los beneficios que tuvo la terapia ocupacional en el estado de ánimo, disminuyendo o erradicando, la depresión y ansiedad en los adolescentes.

## CAPITULO II

### 2. FUNDAMENTO TEÓRICO.

#### 2.1 Antecedentes:

Estudios realizados por la revista Adicciones de Armando Peruaga en América Latina, a los 15 años de edad ya fuman cerca del 40% de los jóvenes y la gran mayoría respira en casa el aire contaminado por el humo de tabaco de los demás. En América Latina cada persona consume en promedio 6 kilos de alcohol puro por año, lo que constituye la cifra más alta del mundo y la droga más consumida es la marihuana(17).

La autora Inés Giorgia afirma que los jóvenes dependientes al alcohol experimentan cambios y síntomas afectivos según evaluaciones realizadas a un grupo determinado de un Centro de Rehabilitación se encontraron que las características psicológicas están relacionada a la edad, nivel de educación, tipo de intervención y el uso de varias sustancias (18).

Mariana de Marino Herrera nos dice que los pacientes que están en terapias en grupo tienen la sensación de ser comprendidos, motivados y ayudados pudiendo compartir sus experiencias y emociones, sintiéndose escuchados, expresándose de los problemas que le ha conllevado al consumo de sustancias como también problemas personales .(19)



Según el Instituto Nacional de Educación de León en un estudio llega a la conclusión que al realizar terapia ocupacional en una población normal, como en pacientes internos en un Centro de Rehabilitación sus cambios emocionales mejoran de una manera positiva disminuyendo Ansiedad y Depresión e incrementando la estabilidad emocional del paciente (20).

De acuerdo con un estudio realizado (Virginia Stoff el, 2011) se podría considerar que la terapia ocupacional, utiliza una combinación de enfoques de intervención en el ámbito de las drogodependencias, como son estrategias basadas en el Modelo Transteórico del Cambio de los autores Di Clemente y Prochaska; Intervenciones Breves; y el Modelo de los 12 Pasos de programas de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA). El uso combinado de estos enfoques permite ayudar a las personas adictas a desarrollar distintos componentes cognitivos del desempeño ocupacional, esto facilita la abstinencia y mejora sus estados de ánimo, disminuyendo la ansiedad y depresión. Estas estrategias permiten que las personas adictas sean capaces de autoreflexionar, planificar y actuar para asumir la responsabilidad de su propio estado de salud (21).

Los pacientes de un Centro de Rehabilitación tienen una pérdida de los hábitos, rutinas y roles lo cual conlleva a una Disfunción Ocupacional que afecta al paciente, sus relaciones y desenvolvimiento, limitando su actividad ocupacional e impactando su estado de salud, por lo que mediante la Terapia Ocupacional, tratan de restablecer, modificar o crear un nuevo sentido y significado a las ocupaciones de los pacientes generando una rutina diaria satisfactoria y funcional, a través de la ocupación, mediante esta se puede identificar los intereses del paciente, el nivel de satisfacción de su vida, los roles que desempeña, las actividades que realiza, y disminuir el riesgo de ansiedad y depresión(22).

## **2.2 Adolescencia, estados de ánimo y drogas.**

La adolescencia es una etapa que presenta múltiples trastornos haciéndolo al joven más susceptible a patologías y cambios en el estado de ánimo, el mismo que se encuentra sometido a fuertes presiones internas como externas, atravesando por



fases como: la temprana conocida como la pubertad que comprende desde (10 - 13 años) que se inicia por la preocupación por lo físico y emocional, donde el adolescente va a buscar nuevas orientaciones de conducta y va a crear una autoconciencia del deseo de comprensión y apoyo por las personas adultas, la fase Media que comprende desde los (14 - 16 años) donde se inicia la preocupación por la afirmación personal y social y concluyendo con la fase final que va desde los (17 - 19 años) donde el joven se va preocupar más por construir un rol social (23) (24) (25).

Existen factores psicológicos que intervienen en el comportamiento y conducta del adolescente estos se vinculan a la relación que tienen con los padres, el ambiente familiar, relación con sus amigos, aceptación social y la percepción que tiene él como persona.

José Luis Lillo Espinosa cree que el concepto de adolescencia abarca los siguientes ámbitos: psicológico, biológico, sociológico, antropológico y judicial, por lo que es un proceso que engloba la mente, el cuerpo, su entorno y su calidad de ser humano (26).

Los adolescente presentan cambios en el estado de ánimo lo que genera alteraciones psicológicas, sintiéndose incapaces de negarse al consumo de sustancias psicoactivas, conllevando a experimentar sensaciones placenteras, que les permita afrontar cambios y tensiones que presentan día a día, gracias a sus efectos que ocasiona en el sistema nervioso(27).

## **2.3 Estado de ánimo**

Es la actitud o disposición emocional que poseen las personas, es una forma de estar o permanecer, que expresa matices afectivos y cuya duración puede ser de horas o días. En una jornada, se puede experimentar alegría, tristeza, desencanto o motivación, al ser sociales por naturaleza se reacciona a modo de causa y efecto ante un acontecimiento externo.

### **2.3.1 Trastornos del estado de ánimo**



Estos constituyen uno de los principales problemas de salud mental en los adolescentes donde hay alteración en el ánimo, las actividades cotidianas se ven perjudicadas al igual que el comportamiento y forma de ser, las emociones se vuelven más intensas y difíciles de controlar, estas se modifican en relación con lo habitual, es decir se presenta una disfunción en diversas áreas de la vida del sujeto.

Existen diferentes trastornos del estado de ánimo, entre ellos el trastorno depresivo, bipolar y ansioso, estas patologías pueden estar relacionadas con la genética de sus padres, acontecimientos de la vida, estrés, o el consumo de sustancias psicoactivas, que son factores desencadenantes que conllevan a sufrir estas alteraciones (28)(29).

### **2.3.2 Síntomas de los trastornos del estado de ánimo**

Según la edad y el tipo de trastorno del estado de ánimo presente, una persona puede mostrar diferentes síntomas como:

- ❖ Sentimientos persistentes de tristeza.
- ❖ Sentimiento de desesperanza o desamparo.
- ❖ Baja autoestima.
- ❖ Sensación de ineptitud.
- ❖ Culpabilidad excesiva.
- ❖ Deseos de morir.
- ❖ Pérdida de interés en actividades habituales o actividades que antes se disfrutaban.
- ❖ Dificultad en las relaciones.
- ❖ Perturbación del sueño
- ❖ Cambios del apetito o del peso.
- ❖ Disminución del movimiento.
- ❖ Dificultad para concentrarse.
- ❖ Disminución de la capacidad de tomar decisiones.
- ❖ Pensamientos suicidas o intentos de suicidio.
- ❖ Hipersensibilidad ante el fracaso o el rechazo.



❖ Irritabilidad, hostilidad, agresión.

Los adolescentes no están exentos de desarrollar trastornos por consumo de sustancias, estos se evidencian con desajustes en las esferas comportamentales y emocionales, con adicción física, pérdida del manejo de consumo o consecuencias desfavorables como problemas académicos, laborales o sociales (ASOCIMED, 2012) (30).

## **2.4 Trastornos Mentales**

La salud mental se define, como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (31).

El trastorno mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que ven afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. (Ref. La “Guía de estilo” de FEAFES, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y personas con enfermedad mental).

Estos son frecuentes y pueden tener consecuencias graves, causando sufrimiento a millones de personas en el mundo, se pueden presentar con diferente gravedad y formas clínicas, pueden ser atribuidos al uso de una o más sustancias psicoactivas (32).



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Los trastornos mentales más comunes están en aumento, entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones(33).

Los pacientes drogodependientes que se encuentran en Centros de Rehabilitación suelen presentar Ansiedad y Depresión, que con frecuencia son trastornos inducidos o agravados por el consumo de sustancias psicoactivas, que se pueden presentar al estar ante una situación amenazante como: la privación de su libertad, la abstinencia, y la pérdida de contacto con su familia, lo que conlleva a la dificultad para adaptarse a los cambios y aceptar nuevos pensamientos o criterios(34).

### 2.5 Ansiedad

La ansiedad es una emoción, parecida al miedo, que se caracteriza por la aparición de sensaciones desagradables como temor, preocupación, tensión, inseguridad, etc. que van acompañadas de sentimientos y pensamientos negativos sobre uno mismo(35).

Es una emoción natural que comprende las reacciones que tienen los seres humanos ante la amenaza de un resultado negativo o incierto. Este tipo de reacciones, se producen ante los exámenes, al hablar en público, al sentirse evaluados, en situaciones sociales, o ante cualquier situación que nos resulte amenazante (36).

#### 2.5.1 Tipos de ansiedad. (37) (38)

- ❖ **Trastorno de ansiedad generalizada:** se caracteriza por presentar en la persona sensaciones de hipervigilancia y preocupaciones de manera excesiva relacionados por problemas de la vida diaria. Este tipo de ansiedad al inicio se presenta de manera insidiosa evolucionando crónicamente y sus síntomas se tornan constantes.
- ❖ **Trastorno por pánico:** se caracteriza por la aparición de crisis recurrentes, inesperadas de miedo intenso provocando síntomas de ansiedad severa por lo que la persona presenta diaforesis, insomnio e inclusive sensación de frío-calor.





- ❖ **Trastorno de adaptación con estado de ánimo ansioso:** se considera en personas que presenten algún síntoma de ansiedad y estén pasando por un proceso de estrés psicosocial dentro de los 3 meses siguientes al mismo y no cumplen con las características del trastorno de ansiedad generalizada.
- ❖ **Trastornos fóbicos:** se caracteriza por la presencia de ansiedad de manera específica, fóbica como: situaciones de miedo a objetos, animales, temor a realizar actividades en público, miedo a perderse, congestión vehicular o quedarse en lugares solo.
- ❖ **Trastorno obsesivo compulsivo:** se caracteriza por presentar en el individuo ideas o pensamientos obsesivos periódicamente provocando cambios en la conducta personal, en la rutina cotidiana o las relaciones interpersonales.
- ❖ **Trastorno de estrés agudo:** se caracteriza por presentar síntomas de ansiedad graves como: irrealidad, insomnio, aislamiento los cuales están relacionados a experiencias traumáticas que ha sufrido la persona tales como agresiones físicas, sexuales o recibir noticias de una enfermedad catastrófica estas sintomatologías pueden durar de 2 días a 4 semanas.
- ❖ **Trastorno de estrés postraumático:** se presenta después de un acontecimiento traumático en la vida de la persona fuera de lo normal, el mismo que puede ser diferida o tardía provocando dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad falta de concentración, clasificándose como: aguda menor a 3 meses, crónico más de 3 meses.
- ❖ **Trastorno mixto ansioso-depresivo:** se caracteriza principalmente por estar presentes síntomas de depresión y ansiedad al mismo tiempo sin la predominación de uno de ellos.

## 2.5.2 Síntomas de ansiedad (39)

- ❖ **Físicos:** Taquicardia, palpitaciones, angina de pecho, dificultad para respirar, temblores, molestias gastrointestinales, náuseas, vómitos, diaforesis, trastornos alimenticios, insomnio, tensión y rigidez muscular, fatiga, parestesia, mareo o sensación de inestabilidad y disfunciones sexuales.



- ❖ **Psicológicos:** Inquietud, inseguridad, agobio, sensación de amenaza y al peligro, sensación de vacío, temor a la muerte y a perder el control, recelos, sospechas, incertidumbre, dificultad afrontar decisiones e ideas suicidas.
- ❖ **De conducta:** Hipervigilancia, bloqueos, impulsividad, inquietud motora, torpeza o dificultad para actuar, estos síntomas por lo general están acompañados de cambios en el lenguaje corporal y expresividad corporal.
- ❖ **Intelectuales o cognitivos:** Dificultad para la concentración y memoria, descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados, sensación de confusión y dudas, tendencia a recordar cosas desagradables e interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad.
- ❖ **Sociales:** Irritabilidad, dificultades para iniciar o continuar una conversación, bloquearse a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar sus propias opiniones o derechos, temor a posibles conflictos.

### 2.5.3 Causas de la ansiedad

Existen muchas razones por las que una persona pueda desarrollar uno o más trastorno de ansiedad, como: (40)

- ❖ **Factores genéticos:** es común que varios miembros de la misma familia padezcan de ansiedad, estudios han demostrado que la ansiedad tiene una influencia genética, al igual que ocurre con otras enfermedades mentales.
- ❖ **Factores físicos:** el sistema nervioso central, funciona como un sistema de protección, cuando existe un desequilibrio, la persona puede tener una gran dificultad para controlar su ansiedad y responder adecuadamente ante las dificultades, especialmente cuando son inesperadas.
- ❖ **Factores ambientales:** dentro de los factores ambientales los jóvenes pueden experimentar ansiedad en el colegio, si sienten que tienen una gran presión por tener un buen desempeño académico, viven en hogares caóticos sometidos a situaciones estresantes, tienen familias disfuncionales.
- ❖ **Consumo de drogas:** el uso continuado de una sustancia puede conducir a la aparición de algunos síntomas asociados a la ansiedad como malestar,



irritabilidad o taquicardia. Los consumidores habituales de drogas presentan niveles de ansiedad más altos que los no consumidores, incluso después de haber abandonado el consumo.

## 2.6 Depresión

Es una enfermedad que perjudica generalmente a todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas según la OMS. La depresión se convierte en un problema de salud muy importante si se prolonga su duración e intensidad de moderada a grave causando una afección física y mental en el modo de sentir y de pensar interfiriendo con actividades laborales, sociales, escolares y familiares provocando sufrimiento e inclusive llegando al suicidio.(41).

El abuso o la dependencia del alcohol o sustancias psicoactivas están relacionadas con la depresión. Según investigaciones han indicado que la coexistencia de trastornos del ánimo y la adicción a sustancias son dominantes entre la población de los Estados Unidos.

### 2.6.1 Tipos de depresión (43).

**El trastorno depresivo grave:** se caracteriza principalmente por interferir en la capacidad de trabajar, estudiar, dormir, actividades placenteras e inclusive en la alimentación limitando de esta manera a desenvolverse con normalidad en sus actividades diarias. Un episodio de depresión grave puede ocurrir una sola vez en el transcurso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

**El trastorno distímico:** se caracteriza por presentar síntomas con una duración de dos o más años, siendo menos graves porque no incapacitan a la persona, pero si le impiden desarrollar una vida normal o sentirse satisfactoriamente. Personas con distimia pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas según



el autor. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión las cuales incluyen.

**Depresión psicótica:** es cuando la depresión se ve acompañada con alguna forma de psicosis como ruptura con la realidad, alucinaciones e inclusive delirios.

**Depresión posparto:** cuando una mujer sufre un episodio de depresión grave después de haber dado a luz dentro del primer mes.

**El trastorno afectivo estacional:** se caracteriza por presentarse durante los meses de invierno las mismas que disminuyen las horas de luz solar, la depresión desaparece con la primavera y el verano.

### 2.6.2 Síntomas de la depresión

No todas las personas padecen los mismos síntomas: la gravedad, frecuencia o duración va a depender según la persona y su enfermedad (44).

- ❖ Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío
- ❖ Sentimientos de desesperanza o pesimismo
- ❖ Sentimientos de culpa, inutilidad, o impotencia
- ❖ Irritabilidad, inquietud
- ❖ Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, inclusive de las relaciones sexuales
- ❖ Fatiga y falta de energía
- ❖ Dificultad para concentrarse, recordar detalles, o para tomar decisiones
- ❖ Insomnio, despertar temprano, o dormir demasiado
- ❖ Comer excesivamente o falta de apetito
- ❖ Pensamientos suicidas o intentos de suicidio
- ❖ Dolores y malestares persistentes, cefalea, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento



### **2.6.3 Causas de la depresión**

No existen causas que determinen si hay depresión o no, es decir están relacionadas por una alteración de los neurotransmisores y alteraciones neuroendocrinas siendo esto la combinación de factores bioquímicos, genéticos y psicológicos. Según estudios realizados demuestran que la mayoría de los Drogodependientes que se encuentran en un Centro de Rehabilitación han manifestado haber iniciado su vida de dependencias de drogas a una edad muy corta donde los principales factores predisponentes son: estructura familia, influencia de amigos, problemas familiares, problemas económicos, inseguridad de los padres, ausencia de afecto y aceptación, tensión cotidiana y problemas que transcurren a lo largo de su vida (45)

### **2.7 Drogas**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración en el funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, dejándolo susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Los drogodependientes manifiestan un desequilibrio ocupacional, ya que su rutina se centra y ejecuta en torno al consumo, lo que interfiere en el desarrollo normal de otras actividades. Se refleja un abandono de las actividades de la vida diaria, incluyendo el cuidado personal, alimentación, higiene, seguridad en sí mismo y descanso (Celso Teixeira, 2012).

Los hábitos asociados con abuso de sustancias constituyen un factor externo que impide que la persona tenga un rendimiento a la altura deseada, siendo las áreas de tiempo libre y el trabajo las más afectadas. En lo que respecta al tiempo libre, la persona adicta comienza a dedicar cada vez más tiempo a la búsqueda, adquisición y al consumo de la de la droga (46).



## 2.7.1 Clasificación de drogas

### Según su origen(47):

- ❖ **Naturales:** sin tratamiento químico como: café, tabaco, cannabis
- ❖ **Semi-sintéticas:** una sustancia natural sometido a un proceso químico como: morfina, heroína, cocaína
- ❖ **Sintéticas:** elaboradas químicamente como: anfetaminas, barbitúricos, esteroides anabólicos

### Según el efecto que producen (47) (48):

- ❖ **Alucinógenas:** provocan trastornos de la realidad tanto sensoriales y temporales, dietilamida de ácido lisérgico (LSD), Hongos
- ❖ **Depresoras:** actúan en el sistema nervioso central disminuyendo la capacidad rápida de la actividad nerviosa y de sus funciones corporales produciendo un estado de relajación en mínimas dosis y en altas dosis puede llegar al coma: opiáceos, barbitúricos, alcohol, sedantes.
- ❖ **Estimulantes:** incrementa los niveles de energía y atención, aumenta el rendimiento físico e intelectual de quien las consume, produce una sensación de placer y satisfacción que es causante de un gran potencial de adicción: anfetaminas, cocaína, nicotina, cafeína, éxtasis.

## 2.7.2 Influencia de las drogas en los adolescentes.

La mayoría de los adolescentes han experimentado el uso de alcohol y sustancias psicoactivas en el transcurso de su vida, muchos de ellos creen que el consumirlas les beneficiara en su vida cotidiana, aclarando sus ideas e inclusive una forma de llamar la atención de sus padres o escapar de la realidad, otros lo hacen por curiosidad o simplemente para sentirse personas adultas

Las causas más frecuentes por lo que los adolescentes son llevados a consumir es la presión social buscando ser aceptados en su círculo de amistad, el sentirse solos por causa de la migración de sus padres encuentran como una solución el llamar su



atención, la falta de comunicación, el tener una baja autoestima les hacen más susceptibles a estas adicciones (49) (50)

### 2.7.3 Principales señales del uso de alcohol y drogas en los adolescentes (51).

- ❖ **Físicas:** fatiga, dificultad para dormir, ojos enrojecidos, tos persistente, pupilas dilatadas.
- ❖ **Emocionales:** cambios en la personalidad, bipolaridad, irritabilidad, irresponsabilidad, baja autoestima, carencia de juicio, depresión, aislamiento y una falta de interés.
- ❖ **Familiares:** desobedecer reglas, retraerse o dejar de comunicarse con la familia.
- ❖ **En la Escuela:** interés decreciente, actitud negativa, bajas calificaciones, impuntualidad, falta de cumplimiento en los deberes y problemas de disciplina.
- ❖ **Problemas Sociales:** forman pandillas, guettos, tienen problemas con la ley, dificultad para relacionarse con las personas, falta de interés en la apariencia general, cambio drástico en su vestimenta.

## 2.8 Alcohol

El alcohol es la droga más consumida en el mundo y constituye un problema que empieza de lo individual para convertirse en un problema de Salud Pública que ocupa el primer lugar entre los riesgos para la salud en los países de las América, según una publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) del 2005(52).

A nivel continental los cálculos arrojaban que 8,4 litros de alcohol al año siendo el continente de mayor consumo después de Europa. Este dato también va acompañado de unos 300 mil fallecidos anualmente por causa del alcohol(53).



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Según informes Ecuador recientemente fue catalogado como el país con segundo mayor consumo de alcohol en el mundo según datos del INEC con casi un millón de personas que consumían de manera sostenida. Mientras tanto, los fallecidos por esta causa en el país superan las 750 personas en el 2013, según datos del INEC (54) .

### **2.9 Terapia ocupacional**

La terapia ocupacional ha sido valorada desde el inicio de las civilizaciones más primitivas 2600 A.C, en China se creía que las enfermedades se daban por la inactividad y se utilizaba el entrenamiento físico, para promover la salud, e incluso según sus creencias para tener inmortalidad.

El diccionario de la Real Academia define terapia ocupacional como “Tratamiento empleado en diversas enfermedades somáticas y psíquicas que tiene como finalidad readaptar al paciente haciéndole realizar acciones y movimientos de la vida diaria.”

La Terapia ocupacional proviene de la integración de métodos y principios de ciencias como la Medicina, Antropología, Sociología, Psicología, etc., el objetivo es la ocupación y que sirve como un instrumento terapéutico, utilizando actividades humanas que son habituales en un estado de salud normal, y que algunas circunstancias adquieren un valor terapéutico (55).

Cornelio Celso decía que la terapia ocupacional servía para aliviar las “mentes trastornadas” por lo que recomendaba la música, la lectura, los ejercicios hasta la fatiga, manejo de armas, juegos de pelota, saltos, carreras y paseos, decía que las ocupaciones debían ajustarse al temperamento de cada persona, y aludía el trabajo como remedio de cualquier clase de agitación menta.

Al inicio la terapia ocupación tenía un enfoque humanista, pero luego Adolph Meyer psiquiatra y mentor de Dunton (fundadora y madre de la terapia ocupacional) creo su propia filosofía y agrego la idea de que la enfermedad mental era principalmente un problema de adaptación , de deterioro de los hábitos y falta de equilibrio entre trabajo y ocio, la solución que propuso incluyó el entrenamiento en hábitos y programas





terapéuticos ideados para crear oportunidades de participación en ocupaciones que fueran placenteras, creativas y educativas. (56)

El Terapeuta Ocupacional utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas y conseguir el máximo de autonomía e integración, El trabajo y la ocupación son la base de la sociedad actual, lo que implica decir que la salud de las personas se relaciona directamente con el trabajo, no es posible disfrutar de una salud integral sin ejercer una ocupación que al individuo le resulte satisfactoria, lo que aumenta la motivación para el tratamiento, la implicación y el compromiso, e indirectamente su satisfacción vital, su nivel de salud y su calidad de vida. Este trabajo es realizado en equipo con otros profesionales, como médico, enfermera, psicólogo, nutricionistas, fonoaudiólogos (57).

Según un estudio publicado por la revista chilena, de terapia ocupacional en diciembre del 2013, la autora señala que alrededor del 8% al 10% de los pacientes drogodependientes después de realizar terapias ocupacionales en centros de rehabilitación, regresan para un tratamiento de prevención de recaídas, y el 15% tienen recaídas periódicas, pero con largos períodos de sobriedad y una mejor calidad de vida.(58)

Para disminuir el problema de drogodependencia existen Centros de Rehabilitación que ocupan un papel principal para poder reintegrar a la sociedad a los pacientes, conjuntamente con la terapia ocupacional, estos se definen como medios terapéuticos, que se basan en la interacción permanente entre el individuo, la familia, y el equipo, donde se realiza una intervención intensiva, multidisciplinar, coordinada y orientada a la rehabilitación integral del drogodependiente.(9) (46)

### **2.9.1 Tipos de terapia ocupacional (59)**

#### **❖ Terapia Individual**



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Se caracteriza por el encuentro del terapeuta con el individuo creando un ambiente de confianza y confidencialidad permitiendo que de esta manera pueda expresar sus emociones, sentimientos y dificultades.

Este tipo de terapia permite a la persona entender los problemas tomarlos con responsabilidad y saber lo que está aportando y no, de esta manera la persona puede encontrarse a sí misma y afrontar las adversidades de la vida con plena seguridad y confianza, sabiendo resolverlo por el mismo.

### ❖ **Terapia grupal**

La terapia de grupo se caracteriza por presentar actividades de trabajo, capacitaciones terapéuticas, talleres y conferencias en el cual los integrantes pueden expresar sus pensamientos, problemas, dificultades, encontrando comprensión, llegando a soluciones, teniendo ideas diferentes y poder aprender uno del otro de esa manera les permite relacionarse con las demás personas y mejorar su salud mental.

### ❖ **Terapia Recreacional**

Es un programa terapéutico que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida manteniendo la salud física, mental, emocional y social del individuo realizando actividades que pueda ser de su agrado e interés como: lúdicos, bailoterapia, musicoterapia o juego terapia.

### ❖ **Terapia Educativa**

El objetivo de esta terapia es potenciar la capacidad de la persona para lograr un mejor aprendizaje de esta manera fortalece su autoestima y lo motiva en su vida cotidiana.

### ❖ **Laborterapia**

Es una actividad que se caracteriza en la rehabilitación de aspectos mentales de la persona de esta manera obtiene destrezas y habilidades en los diferentes



trabajos que se realizan como cerámica, carpintería, granja, metal, siempre bajo supervisión para evaluar el desempeño de hacer uso de sus capacidades.

### ❖ **Terapia Prevocacional**

Se caracteriza por dar a conocer sus destrezas y poner en práctica las aptitudes de la persona para prepararlo laboralmente e identificar que trabajo es idóneo para el paciente.

## **2.9.2 Beneficios de la terapia ocupacional**

La adicción provoca en algunos pacientes drogodependientes alteración del funcionamiento cerebral, por lo que la terapia ocupacional ayuda y forma parte activa de la recuperación, puesto que el objetivo de las terapias es restaurar el interés por las actividades de la vida diaria, restaurar los hábitos y tener un equilibrio entre el trabajo y el ocio y ser reinsertados en la sociedad(60).

- ❖ Identificar, desarrollar o adaptar la participación en actividades significativas que mejoren la calidad de vida del adolescente.
- ❖ Reducir barreras ambientales que limitan la participación del adolescente en las actividades familiares, comunitarias.
- ❖ La terapia ocupacional ayuda a los adolescentes con la coordinación, la concentración y las habilidades organizativas.
- ❖ Ayuda a mejorar la planificación y organización, del adolescente en sus actividades diarias.
- ❖ Mejora la coordinación ya que al realizar actividades deportivas requiere el trabajo de las extremidades de manera simultánea.
- ❖ Aprendizaje y memoria motriz para desempeñarse cada vez mejor analizando los errores cometidos al inicio, el cerebro aprende, va haciendo adaptaciones, perfeccionando la técnica y afianzando los movimientos.



- ❖ Al realizar actividad física el cuerpo se oxigena, aumenta el apetito, mantiene el tono muscular y mejorar el equilibrio y la fuerza.
- ❖ Mejoran la actividad cognitiva, al realizar ejercicios que mantienen la mente en funcionamiento.
- ❖ Reinserción del adolescente a su vida cotidiana
- ❖ Aumento de independencia y autoestima
- ❖ Mejora la postura y equilibrio
- ❖ Mejoramiento de habilidades sociales

### **2.9.3 Terapia ocupacional en relación al consumo de sustancias psicoactivas.**

Según investigaciones realizadas en Chile la terapia ocupacional en adolescentes drogodependientes permite al individuo aceptar que padece una enfermedad, reconocer su mal comportamiento con personas a su alrededor de esta manera buscan mejorar aceptando la ayuda pertinente y se logra identificar el interés por una actividad, las actividades que a él le gusta realizar, le ayuden a distraerse y poder reconocer el grado de satisfacción con la vida que lleva, reconocer que expectativas tiene después de su egreso del centro de rehabilitación y a su vez ayudar a que pueda reestablecerse socialmente, modificar su manera de pensar creando un nuevo estilo de vida satisfactoria.(58) (61)

### **2.9.4 Beneficios de terapia ocupacional en depresión y ansiedad.**

La terapia ocupacional ayuda a que el adolescente pueda reconocer los problemas que estén interviniendo en los cambios repentinos en su vida, de esta manera poder ayudar a reemplazar las malas acciones o malos comportamientos por otro diferentes que lo lleven a ser una mejor persona y sentirse bien consigo mismo, sentirse orgullosos mejorando su autoestima y así una vez que salen de los Centros de Rehabilitación integrarse a las actividades que antes le parecía placenteras llenándolos de energía y vitalidad.

Según un estudio realizado en España la terapia ocupacional, la actividad física además de ayudar en el estado físico del adolescente interviene en la salud mental provocando disminución de los niveles de ansiedad y depresión fortaleciendo su



autoestima y haciéndolo sentir bien como persona. Existen diferentes terapias ocupacionales que pueden desarrollar los adolescentes que les permita hacer su vida en el centro más placentera, disminuyendo los trastornos de ansiedad y depresión por el mismo encierro beneficiando a la integración con los demás compañeros y haciendo una probabilidad su recuperación.(62)

### **CAPITULO III**

#### **3. OBJETIVOS:**

##### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

- ❖ Determinar cambios en el estado de ánimo en relación a la terapia ocupacional en adolescentes de Centros de Rehabilitación, Cuenca 2016.

##### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Describir la muestra de estudio de acuerdo a las Variables Sociodemográficas: Edad, Residencia, Estado Civil, Nivel de Instrucción, Estructura Familiar.
2. Identificar el consumo de drogas de los adolescentes de acuerdo a: Tipo de Sustancias, Inicio de Consumo, Con que droga inicio, Razones por las que consumió, Quién le indujo a la droga.
3. Determinar las características del ingreso según: Tiempo de Internamiento, Número de Ingresos.
4. Analizar los tipos de Terapia Ocupacional preferidas por los internos.
5. Identificar el nivel de Ansiedad y Depresión de los adolescentes del Centro de Rehabilitación antes y después de la terapia ocupacional, mediante la aplicación del Test de Hamilton.
6. Describir la relación de los estados de ánimo con la terapia ocupacional



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
**CAPITULO IV**

## **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **4.1 Tipo de estudio**

Es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal.

### **4.2 Área de estudio**

Nuestro estudio lo realizamos en los centros.

- ❖ Centro de Rehabilitación de Adolescentes Varones “**Hogar Crecer**” ubicado en el sector Checa en la Ciudad de Cuenca.
- ❖ Centro de Rehabilitación de Adolescentes Varones “**CREIAD**” ubicado en el sector de Chaullabamba en la Ciudad de Cuenca.

### **4.3 Universo y muestra.**

El universo estuvo constituido por 67 adolescentes varones que se encontraban internados en los Centros de Rehabilitación: HOGAR CRECER Y CREIAD.

### **4.4 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Inclusión**

- ❖ Pacientes internados en el Centro de Rehabilitación de Adicciones de la ciudad de Cuenca, 2016
- ❖ Pacientes que aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

#### **Exclusión**

- ❖ Pacientes que presentaban el síndrome de abstinencia en el momento de la aplicación de la encuesta que no les permitió desarrollar nuestra investigación.
- ❖ Pacientes que presentaban trastornos mentales incapacitantes.



#### 4.5 Variables

- ❖ Edad
- ❖ Residencia
- ❖ Estado civil
- ❖ Nivel de instrucción
- ❖ Ingresos económicos
- ❖ Estructura familiar
- ❖ Con quien vive
- ❖ Consumo de sustancias
- ❖ Características de ingreso
- ❖ Terapia ocupacional
- ❖ Depresión
- ❖ Ansiedad

#### 4.6 Métodos Técnicas e Instrumentos

- ❖ **Método:** Cuantitativo
- ❖ **Técnica:** la modalidad que se empleo fue el tipo de entrevista en donde el investigador es el que pregunto directamente y anoto las respuestas dadas.
- ❖ **Instrumento:** Cuestionarios (Sociodemográficos y cambios del estado de ánimo en relación a la terapia ocupacional y test de Hamilton)

#### 4.7 Procedimientos:

- 1) Para conocer los datos sociodemográficos se elaboró una encuesta que consto de preguntas cerradas de tipo sí o no y de elección múltiple que la persona pudo elegir correctamente. La misma fue validada en una población con características similares a las del universo.
- 2) Para evaluar el grado de ansiedad global, se aplicó el test de Hamilton (HAS), este es un instrumento validado que consiste en 13 ítems referentes a síntomas ansiosos y 1 referido al comportamiento durante la entrevista. Puntuando de 0 a 4 puntos cada ítem en donde evalúa la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).



Se clasifica de la siguiente manera: 0 a 5=**sin ansiedad**,  
6 a 14=**ansiedad menor**, 15 a más= **ansiedad mayor**. Tiempo: 15-30 minutos.

3) Para valorar la intensidad del trastorno depresivo se aplicó el Test de Hamilton. Es un instrumento validado que consiste en 22 ítems. Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, el rango total :0 – 52 puntos Se clasifica de la siguiente manera: 0-6 = “**sin depresión**”, 7-17 = “**depresión Leve**”, 18-24 = “**depresión moderada**”, 25-52 = “**depresión grave**”. Tiempo: 15-20 minutos.

4) Para evaluar los cambios de estado de ánimo durante la terapia ocupacional. Se aplicó un cuestionario elaborado por las autoras que consto de 9 preguntas con respuestas de tipo sí o no, buena, mala, regular, con un tiempo de 10- 15 minutos.

**4.7.1 Autorización:** Se solicitó los permisos a los directores de los Centros de Rehabilitación HOGAR CRECER y CREIAD.

**4.7.2 Capacitación:** nos capacitamos mediante revisiones bibliográficas, con la ayuda de la directora de tesis y con los psicólogos de los centros, en los que realizamos la investigación, que fueron los que nos brindaron la información necesaria.

**4.7.3 Supervisión:** Nuestro proyecto de investigación estuvo bajo la supervisión de la Magister. Amparito Rodríguez Sánchez.

#### **4.8 Plan de tabulación y análisis**

Una vez recolectados los datos en los formularios respectivos, se transcribió la información a una base digital utilizando el programa SPSS versión 22 y Excel.





El análisis descriptivo se realizó mediante frecuencias, porcentajes, tablas, gráficos y mediante estadísticas de tendencia central como media, para las variables numéricas.

#### **4.9 Aspectos éticos**

El presente estudio cumplió con las normas éticas de investigación establecidos en el protocolo de Helsinki, no existió riesgo en los procedimientos a emplearse para los participantes de la investigación, se brindó la información necesaria, y se procedió a la firma del asentimiento y consentimiento informado, y se guardó estricta confidencialidad, los internos estuvieron en toda la libertad de no participar o retirarse de la investigación cuando lo creyeron conveniente.

#### **4.10 Recursos**

##### **4.10.1 Recursos Humanos:**

- ❖ **Directora:** Magister. Dolores Amparito Rodríguez Sánchez
- ❖ **Autoras:** Jeniffer Karina Ávila Bravo, Sandra Elizabeth Mendieta Chávez

##### **4.10.2 Recursos Materiales:**

- ❖ **Insumos para recolección:** Formularios de las encuestas, Transporte, internet, copias, impresiones, alimentación, materiales didácticos de terapias ocupacionales
- ❖ **Procesamiento de datos:** Programa SPSS versión 22, Excel y Word



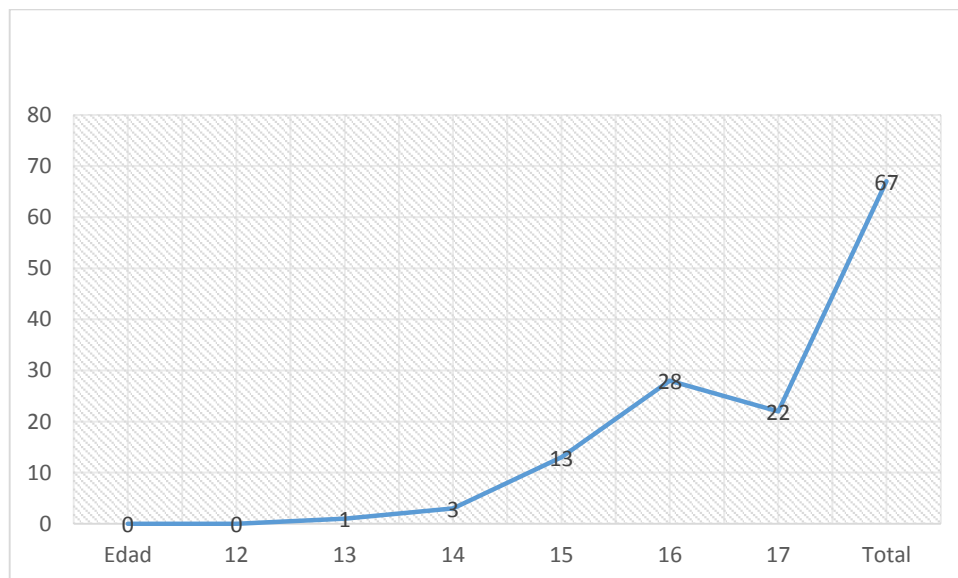
UNIVERSIDAD DE CUENCA  
**CAPITULO V**

**5.3 Análisis de los Resultados**

**5.3.1 Datos Sociodemográficos**

**GRÁFICO #1**

**DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN EDAD DE INGRESO, CUENCA 2016.**



**Fuente:** Formularios de entrevista.

Anexo tabla #1

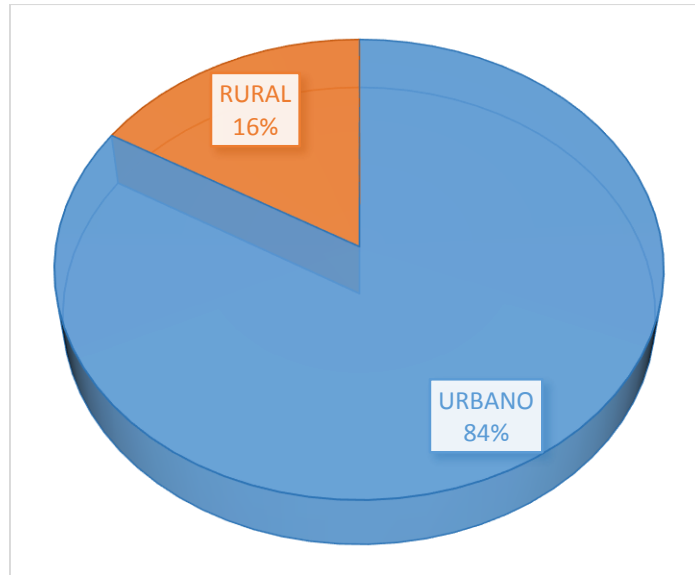
**Elaboración:** Ávila, J., Mendieta, E.

Los resultados del gráfico indican que se encontraba interno 1 adolescente de 13 años, representando en 1.4%, 3 de 14 años, con el 4.4%, 13 de 15 años con 20.9%, 28 de 16 años, con 41.8% y 22 de 17 años, con 32,8%, observando que existió una mayor prevalencia de internos entre los 16 y 17 años, y entre los dos representan más de la mitad con 74.6%.



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
**GRÁFICO #2**

**DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN ÀREA DE RESIDENCIA, CUENCA 2016.**



**Fuente:** Formularios de entrevista.

Anexo tabla #2

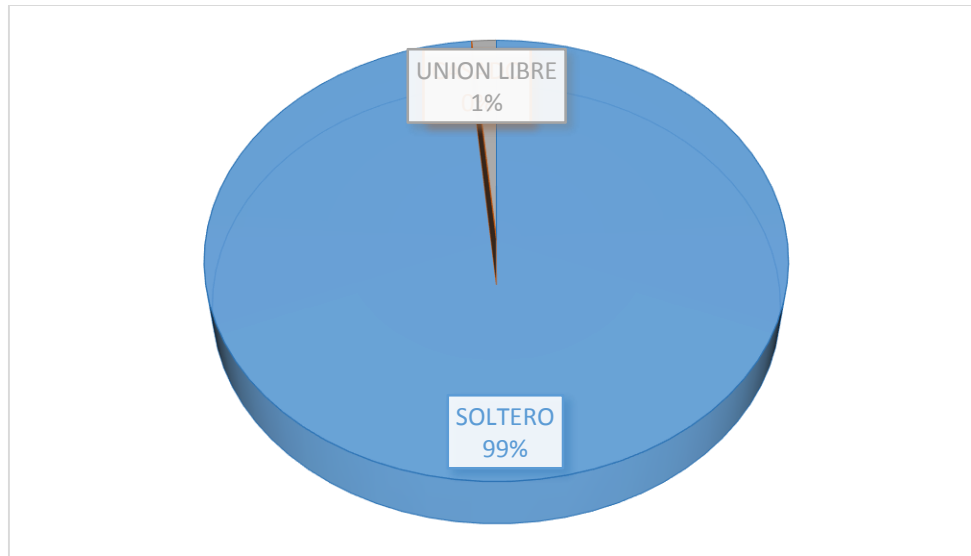
**Elaboración:** Ávila J, Mendieta E.

El gráfico nos indica que los adolescentes de procedencia urbana representan la gran mayoría con 84%, esto se debe a que los centros de rehabilitación están ubicados en la ciudad de Cuenca, CREIAD es una institución privada, por lo que los jóvenes que tienen acceso a este establecimiento en su mayoría son de procedencia urbana y cuentan con recursos económicos estables, HOGAR CRECER es una institución que tiene un convenio con el Municipio de Cuenca, y algunos son referidos de instituciones educativas públicas de la ciudad.



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
**GRÁFICO #3**

**DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN ESTADO CIVIL, CUENCA 2016.**



**Fuente:** Formularios de entrevista.  
Anexo tabla #3  
**Elaboración:** Ávila J, Mendieta E.

La interpretación del gráfico, nos muestra que casi en su totalidad, con el 99% son solteros, debido a que los adolescentes que se encontraban internos, tenían edades entre 13 y 17 años.



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
**TABLA #1**

**DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN, CUENCA 2016.**

<b>NIVEL DE INSTRUCCION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>BASICA INCOMPLETA</b>	2	3,0
<b>CURSA BÁSICA</b>	11	16,4
<b>BASICA COMPLETA</b>	4	6,0
<b>BACHILLERATO INCOMPLETO</b>	3	4,5
<b>CURSA BACHILLERATO</b>	44	65,7
<b>BACHILLERATO COMPLETO</b>	2	3,0
<b>CURSA SUPERIOR</b>	1	1,5
<b>TOTAL</b>	67	100,0

**Fuente:** Formularios de entrevista.

**Elaboración:** Ávila, J., Mendieta, E.

La gran mayoría de adolescentes que se encuentran en los centros de rehabilitación estaban cursando el bachillerato, representando más de la mitad de la muestra 65.7%; este resultado está influenciado en que los adolescentes están entre los 13 a 17 años, provienen de zonas urbanas, y cuentan con el apoyo de sus familiares.



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
**TABLA #2**

**DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN CONVIVENCIA, CUENCA 2016.**

CONVIVENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
PADRE Y MADRE	26	38,8
UNO DE LOS PADRES	35	52,2
PAREJA	1	1,5
OTROS	5	7,5
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100,00%</b>

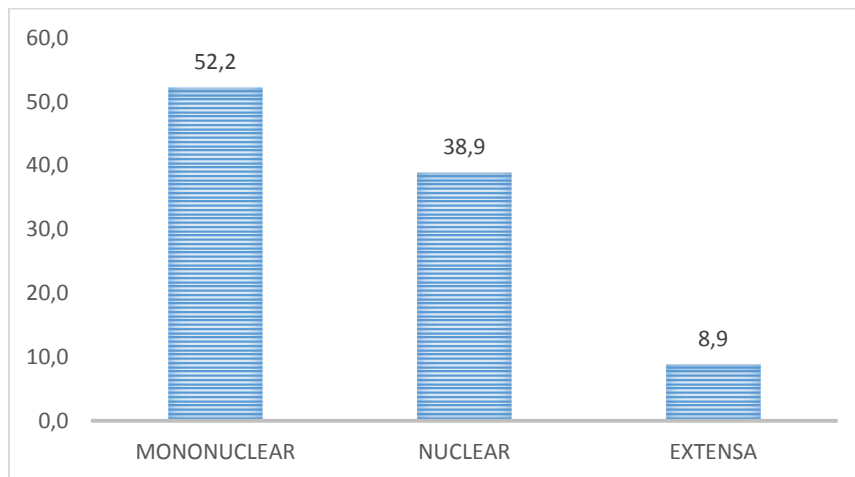
**Fuente:** Formularios de entrevista.

**Elaboración:** Ávila, J., Mendieta, E.

La tabla muestra claramente que la mayoría de los adolescentes internados viven con uno de los padres, representado el 52.2%, seguido de los que viven con ambos padres 38.8%, y otros (abuelos, tíos, primos) con el 7.5% y tan solo el 1.5% viven con su pareja.



**GRÁFICO #4**  
**DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN ESTRUCTURA FAMILIAR, CUENCA 2016.**



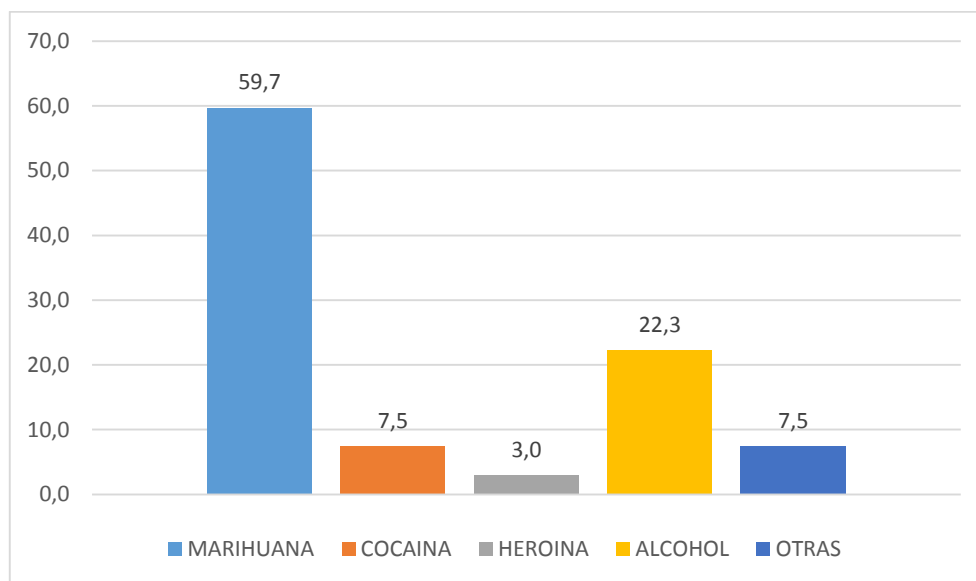
**Fuente:** Formularios de entrevista.  
Anexo tabla #4  
**Elaboración:** Ávila J., Mendieta E.

Se observa en el gráfico que la familia encabezada por uno de los padres es la que prevalece en más de la mitad de los adolescentes internados 52.2%, debido a que algunos de los padres han migrado a otros países en busca de otras oportunidades de trabajo y mejorar el ingreso económico, al igual que las madres solteras que no han tenido el apoyo de una figura paterna, el 38.9% pertenecen a una familia nuclear y el 8,9% pertenecen a una familia extensa.



### 5.3.2 Consumo de drogas de los adolescentes

**GRÀFICO #5**  
**DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACÒN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN SUSTANCIA DE CONSUMO AL INICIO, CUENCA 2016.**



**Fuente:** Formularios de entrevista.

Anexo tabla #5

**Elaboración:** Ávila, J., Mendieta, E.

El tipo de sustancia de inicio hacia las drogas en los adolescentes con mayor relevancia es la marihuana con el 59.7% y el alcohol en el 22.3%, representando entre las dos, más de las dos terceras partes de la muestra. Las otras sustancias no tienen una representación significativa.





UNIVERSIDAD DE CUENCA  
**TABLA #3**

**DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN SUSTANCIA MOTIVO DE INGRESO, CUENCA 2016.**

<b>MOTIVO DE INGRESO</b>		
<b>SUSTANCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
ALCOHOL	1	1.5
DROGAS	26	38.5
ALCOHOL Y DROGAS	40	60
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formularios de entrevista.

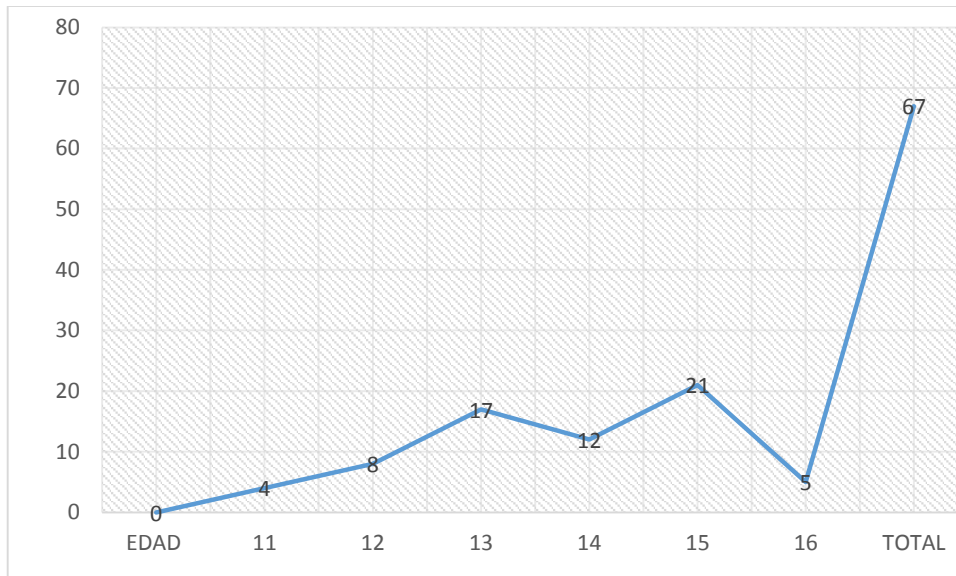
**Elaboración:** Ávila, J., Mendieta, E.

Los datos obtenidos evidencian que el motivo de ingreso que prevalece en los centros de rehabilitación es el alcohol en conjunto con drogas (marihuana, cocaína, heroína) con el 60%, debido a que los adolescentes, desean experimentar sensaciones diferentes al alcohol e inician con las drogas o viceversa, el 38.5% corresponde al consumo únicamente de drogas, y en menor porcentaje el alcohol con 1.5%.



### GRÁFICO #6

#### DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN EDAD DE INICIO DE CONSUMO, CUENCA 2016.



Fuente: Formularios de entrevista.  
Anexo tabla #6  
Elaboración: Ávila, J., Mendieta, E.

En general los adolescentes empezaron a edad temprana el consumo de sustancias, en el gráfico se muestra que la edad de inicio de consumo prevalente es a los 15 años con 21 jóvenes, que representa el 31.3%, seguida de los 13 años con 17 que representa el 25.3%, y en menor porcentaje a los 11 años con 4 que representa el 5.9%.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**TABLA #4**

**DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN MOTIVO DE CONSUMO, CUENCA 2016.**

MOTIVO DE CONSUMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FAMILIARES	20	29.8
PERSONALES	7	10.4
SOCIALES	0	0
LABORALES	0	0
CURIOSIDAD	40	59.7
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Formularios de entrevista.

**Elaboración:** Ávila, J., Mendieta, E.

La curiosidad como razón para el inicio de consumo de alcohol y/o drogas en los adolescentes fue el motivo principal con un 59.7% evidenciando así la necesidad de los adolescentes por nuevas experiencias. Además, las razones familiares como divorcios, migración de los padres, falta de comunicación y comprensión, suman un importante porcentaje 29.8%, recalcando la importancia del rol de la familia.



**TABLA #5**

**DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN QUIEN LE INDUJO AL CONSUMO DE DROGAS, CUENCA 2016.**

<b>INDUCCIÓN DE DROGA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
MADRE	0	0
PADRE	0	0
TIOS	8	12
HERMANOS	3	4.4
AMIGOS	45	67.1
OTROS	11	16.4
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Formularios de entrevista.

**Elaboración:** Ávila, J., Mendieta, E.

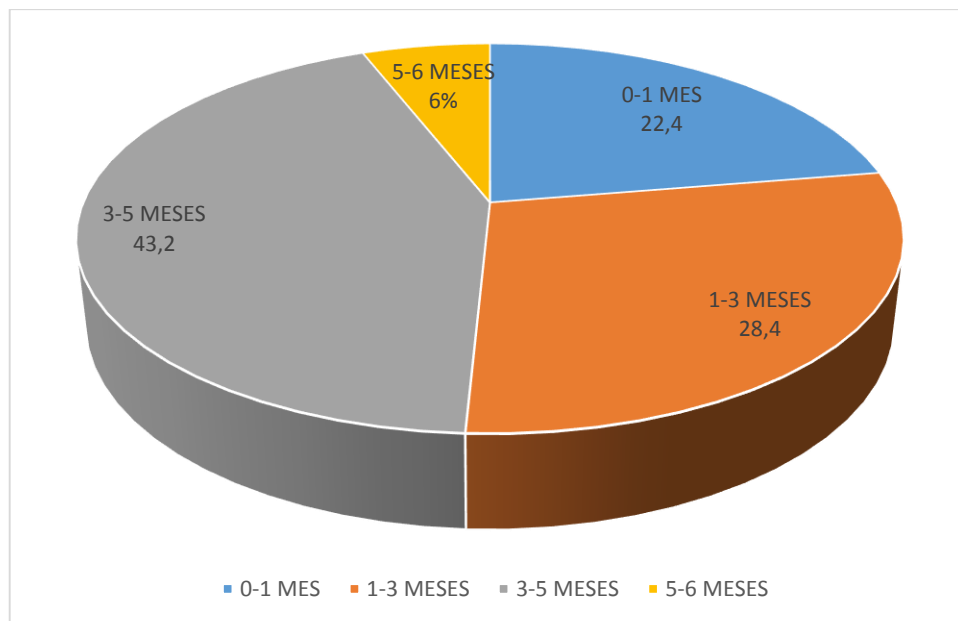
En este estudio la tabla evidencia un alto porcentaje 67.1% de adolescentes influenciados al consumo de alcohol y/o drogas por amistades, recalando así la importante influencia de los amigos al tomar decisiones. Mientras tanto la familia directamente no influyó en el inicio de consumo de drogas.



### 5.3.3 Características del ingreso

**GRÁFICO #7**

**DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN TIEMPO DE INTERNAMIENTO, CUENCA 2016.**



**Fuente:** Formularios de entrevista.  
Anexo tabla #7

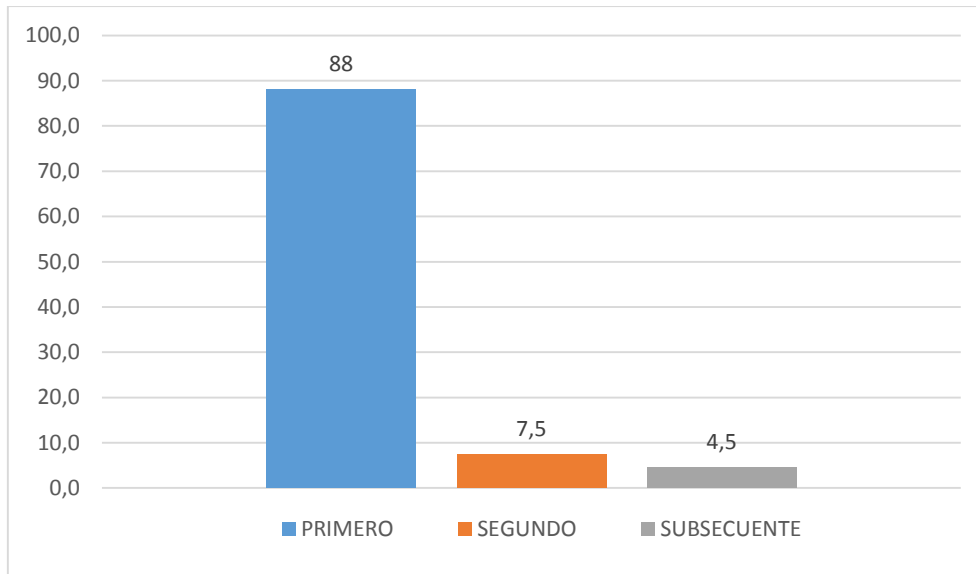
**Elaboración:** Ávila J., Mendieta E.

El gráfico evidencia que el tiempo de internamiento que prevalece es el de 3-5 meses con 29 adolescentes que corresponde a 43.2%, seguido de 1-3 meses con 19 que representa el 28.4%, de 0-1 mes con 15 que representa el 22.4%, y en menor porcentaje de 5-6 meses con 4 que representa el 6%. La media de tiempo de internamiento es 2.33 meses.



### GRÁFICO #8

#### DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN NÚMERO DE INGRESOS, CUENCA 2016.



**Fuente:** Formularios de entrevista.  
Anexo tabla #8

**Elaboración:** Ávila J, Mendieta E.

El gráfico evidencia que 59 de los adolescentes entrevistados, se encontraban en su primer ingreso, representando el 88%, 5 en su segundo ingreso con 7.5% y 3 con ingreso subsecuente representando el 4.5%.



### 5.3.4 Terapia Ocupacional

**TABLA #6**  
**DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN CONOCIMIENTO Y GUSTO POR LA TERAPIA OCUPACIONAL, CUENCA 2016.**

ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL				
	CONOCE		LE GUSTA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	66	98	64	96
NO	1	2	3	4.4
TOTAL	67	100	67	100

**Fuente:** Formularios de entrevista.

**Elaboración:** Ávila, J., Mendieta, E.

EL análisis de la tabla nos brinda una clara información de que los adolescentes internados conocen y gustan de la terapia ocupacional. Según los datos obtenidos 98% de adolescentes conocen las actividades de la terapia ocupacional, y al 96% les gusta realizar estas actividades.



**TABLA #7**

**DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN CANTIDAD DE HORAS AL DÍA QUE REALIZABAN TERAPIA OCUPACIONAL, CUENCA 2016.**

CANTIDAD EN HORAS AL DÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
UNA HORA	23	34.3
DOS HORAS	39	58.2
MAS DE DOS HORAS	7	8.5
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Formularios de entrevista.

**Elaboración:** Ávila, J., Mendieta, E.

El tiempo que le dedican a las actividades de la terapia ocupacional como se indica en la tabla, son de dos horas en 39 adolescentes que representa el 58.2%, 1 hora el 34.3%, y más de 2 horas el 8.5%. El estudio nos da una media de 2.5 horas al día.





**TABLA #8**  
**DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN ACTIVIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL CUENCA 2016.**

ACTIVIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
GRANJA	1	1.4
METAL	5	7.4
MECANICA	6	9
CARPINTERIA	5	7.4
FUTBOL	35	52.2
VOLEY	8	12
BOX	4	6
GIMNASIO	3	4.6
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Formularios de entrevista.

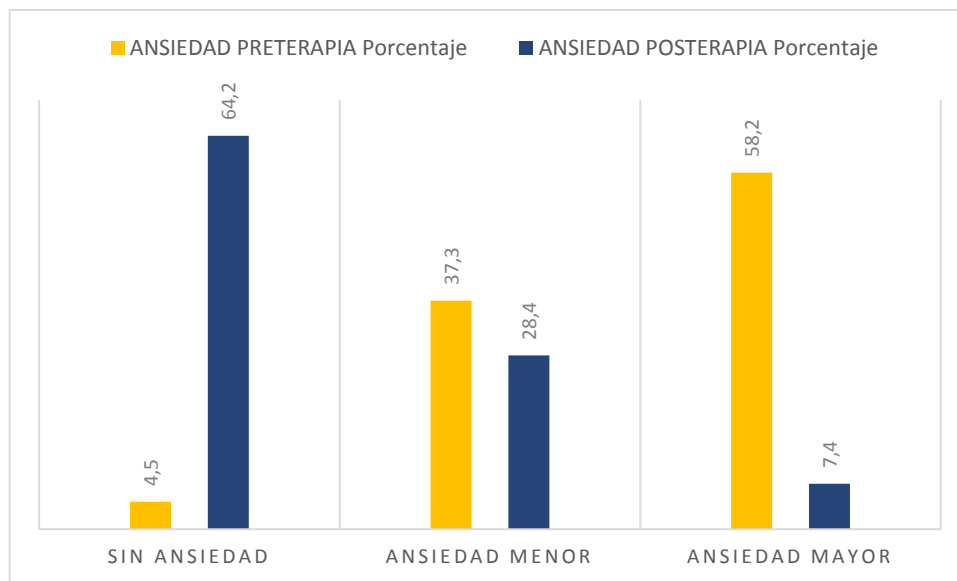
**Elaboración:** Ávila, J., Mendieta, E.

Del tiempo empleado para terapia ocupacional el 52.2% de adolescentes prefieren el futbol como terapia, y en menor cantidad granja con 1 que representa el 1.4%, cada adolescente puede elegir su terapia ocupacional en los centros de rehabilitación. Es importante recalcar que las actividades deportivas sobresalen sobre las demás como terapia ocupacional.



### 5.3.5 Nivel de ansiedad y depresión preterapia y postterapia.

**GRÁFICO #9**  
**DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN COMPARACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD PRE Y POSTERAPIA, CUENCA 2016**



**Fuente:** Formularios de entrevista.  
Anexo tabla #9

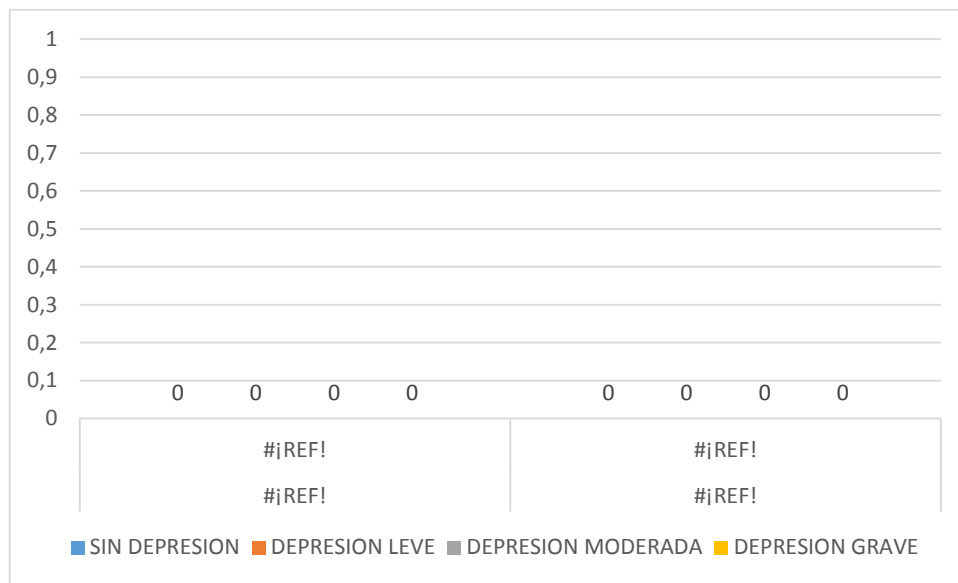
**Elaboración:** Ávila J., Mendieta E.

Según el gráfico la columna de la izquierda representa la ansiedad que existía en los adolescentes antes de realizar las terapias ocupacionales y la derecha, la ansiedad después de realizar las terapias, demostrando claramente la influencia y cambios positivos que tiene la terapia ocupacional sobre el trastorno ansioso, presentando así en general una reducción de ansiedad en 59.7%, de los adolescentes, mostrándose así en el gráfico con reducción del 50.8% y 8.9% en ansiedad mayor y menor respectivamente.



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
**GRÁFICO #10**

**DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN COMPARACIÓN DEL TRASTORNO DE DEPRESIÓN PRE Y POSTERAPIA, CUENCA 2016**



**Fuente:** Formularios de entrevista.  
Anexo tabla #10

**Elaboración:** Ávila, J., Mendieta, E.

El análisis del gráfico comparativo pre-terapia y pos-terapia sobre el estado depresivo de los internos obtenido mediante la aplicación del test de Hamilton, nos indica que antes de realizar la terapia ocupacional 9 adolescentes presentaron depresión grave (13.4%), 37 depresión moderada (55.2%), 18 con depresión leve (26.9%) y 3 sin depresión (4.5%), estos porcentajes variaron después de realizar terapia ocupacional, erradicando la depresión grave, disminuyendo la depresión moderada en 47.8%, ubicándose este porcentaje de adolescentes en depresión leve y sin depresión, por lo que los valores de estas aumentaron en un 37.3% y 23.9% respectivamente, esto nos arroja una clara evidencia de la influencia positiva e importancia de la terapia ocupacional en la disminución de la depresión y una adecuada rehabilitación de los adolescentes.

**5.3.6 Relación de los estados de ánimo con la terapia ocupacional.****TABLA #9****DISTRIBUCIÓN DE 67 ADOLESCENTES, INTERNOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN CREIAD Y HOGAR CRECER, SEGÚN INFLUENCIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL, CUENCA 2016.**

TERAPIA OCUPACIONAL	SI		NO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INFLUYE EN SU ESTADO DE ÁNIMO	62	93.0	5	7.4	67	100
AYUDA A RELACIONARSE CON LOS DEMÁS	65	97.0	2	3.0	67	100
AYUDA A MEJORAR ESTADOS DE ÁNIMO	62	93.0	5	7.4	67	100
AYUDA A TENER BUENA READAPTACIÓN	65	97.0	2	3.0	67	100

**Fuente:** Formularios de entrevista.

**Elaboración:** Ávila, J., Mendieta, E

Sobre la terapia ocupacional en adolescentes internados en los centros de rehabilitación de Cuenca, en la tabla muestra como la misma influyo en el estado de ánimo del 93% de adolescentes, en 97% los ayudo a relacionarse con los demás, en 93% ayudo a mejorar estado de ánimo, y el 97% referían que los ayudara en el futuro en su proceso de reinserción social. Los altos porcentajes que nos muestra el análisis



sobre la influencia de la terapia ocupacional en el proceso de rehabilitación nos indica la importancia de la misma.

## CAPITULO VI

### 6. DISCUSIÓN

Los resultados indican que del total que participó en la investigación prevalecen los adolescentes de 16 años con el 41.8%, seguido de los de 17 con el 32.8%, y en menor porcentaje a los 13 años con 1.4%. Además, los resultados evidenciaron que la prevalencia de adolescentes que proceden de zona urbana son 56 adolescentes que representan el 83.6%.

En el nivel de instrucción prevaleció los adolescentes que están cursando bachillerato que representa el 65,7%, seguido de adolescentes cursando educación básica con el 16.4%, y en menor frecuencia cursando educación superior el 1.5%, lo que indica que a pesar de estar estudiando y que este funcione como un factor protector, los adolescentes que participaron en la investigación se encuentran inmersos en la drogodependencia.

En cuanto a los resultados obtenidos de acuerdo a la estructura familiar demostraron predominio de la familia mononuclear en más de la mitad de los adolescentes internados 52.2% sometidos al estudio, y el 38.9% de adolescentes pertenecen a una familia nuclear.

El análisis de los resultados muestra claramente que la mayoría de los adolescentes internados viven con su madre o con su padre con 52.2%, seguido de los que viven con ambos padres 38.8% y tan solo el 1.5% viven con su pareja, este comparado con un estudio de “La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador)” muestra que la relación entre la ausencia y presencia de los padres en el hogar, por diferentes motivos como



migración a otros países en busca de otras oportunidades de trabajo y mejorar el ingreso económico, repercuten en los niños y adolescentes pues la familia se disgrega y los abuelos o familiares no tienen la suficiente autoridad para criar a los niños, el factor que más se afecta en esta separación es el afectivo ya que la ausencia de los padres crea cierto grado de inseguridad e inmadurez en los jóvenes. El estar solo en la mayoría de las actividades constituye un riesgo para necesitar el uso y aumentar cada día el consumo de sustancias.

Los resultados de la investigación también coinciden a los obtenidos por Rojas, M., en el 2013 en Perú en un estudio realizado sobre abuso de drogas y vulnerabilidad familiar, un estudio descriptivo-retrospectivo de casos clínicos en el que participaron 502 adolescentes y jóvenes (12.7 mujeres y 47.8 varones), quienes recibieron consejo profesionalizado y tratamiento cognitivo-conductual acompañado de entrevista psicomotivacional en el Servicio Lugar de Escucha del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas, CEDRO (18).

Los resultados del estudio de Rojas, M en los jóvenes con problemas de consumo de marihuana y alcohol evidenciaron que procedían de familias con padres separados o familias monoparentales y de familias donde uno o más miembros tenían antecedentes de consumo de estas sustancias (18).

Estos resultados confirman la necesidad de intensificar el campo de la investigación dedicado a la familia de los jóvenes involucrados en el abuso de drogas, donde se promueva la participación activa de los padres de familia o familiares cercanos en las fases de prevención, consejería y de tratamiento, buscando atraerlos respondiendo a sus expectativas y adecuándose a sus condiciones reales para que asuman el proceso de ayuda como propia (18).

El tipo de sustancia de inicio hacia las drogas en los adolescentes con mayor relevancia son la marihuana con el 59.7% y el alcohol en el 22.3%, representando entre los dos más de las dos terceras partes de la muestra. Las otras sustancias no



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

tienen una representación significativa. Además, los datos obtenidos evidencian que el motivo de ingreso que prevalece a los centros de rehabilitación es el alcohol en conjunto con drogas con el 60% de los adolescentes, seguido de ingresos por consumo drogas únicamente con un 38.5%.

En general los adolescentes empezaron a edad temprana el consumo de sustancias, en la tabla se muestra que la edad de inicio de consumo prevalente es a los 15 años, que representa el 31.3%, seguida de los 13 años que representa el 25.3%, y en menor porcentaje a los 11 años con 5.9%; estadísticamente nos muestra una mediana de 13.33 y una varianza de 4.3 con un DS del 2.08; mínimo 11 años y máximo 16 años.

Este resultado es similar al obtenido por Ávila, M. (2015, Uruguay) en una población de adolescentes con historia de consumo de alcohol y drogas donde todos los participantes del estudio excepto uno, declararon haber probado tabaco, alcohol y marihuana alguna vez en la vida, iniciando el consumo antes de los 15 años .(63)

Según el Observatorio Español sobre Drogas, el contacto de los adolescentes con las drogas se produce a edades tempranas. Las edades medias de inicio para las distintas sustancias son entre 14,8 para marihuana y 15,7 para cocaína (64).

Similar también al encontrado por Rojas, M donde más de la mitad de los adolescentes y jóvenes estudiados consumían alcohol y marihuana y recibieron consejo profesionalizado y tratamiento cognitivo-conductual acompañado de entrevista psicológica en el Servicio Lugar de Escucha del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas, CEDRO (18).

Los resultados de esta investigación coinciden también con un estudio realizado en la ciudad de Nicaragua como Organización de los Estados Americanos (OEA), y Comisión Interamericana para el Control y abuso de Drogas (CICAD) donde se reporta en la población de 12-17 años una prevalencia de alcohol: 47.6%, marihuana: 5.2%, cocaína: 2.3%, crack: 1.2%, inhalantes: 2.0 %, benzodiazepinas: 12.3%, alucinógenos: 0.6%, éxtasis: 0.5%, heroína: 0.3% (4).



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Otros estudios que coinciden con nuestros resultados son: el realizado por Bermeo Piedra FG. sobre factores sociales asociados a los perfiles de drogadicción de los internos varones con diagnóstico de drogadicción del Centro de Rehabilitación Social de la Ciudad de Loja durante el periodo diciembre 2011-mayo 2012 y el realizado por Ávila, M. FL (65).

En estos estudios se demostró que la mayoría de los drogodependientes que se encontraban en un Centro de Rehabilitación manifestaron haber iniciado su vida de dependencias de drogas a una edad muy corta donde los principales factores predisponentes fueron: estructura familia, influencia de amigos, problemas familiares, problemas económicos, inseguridad de los padres, ausencia de afecto y aceptación, tensión cotidiana y problemas que transcurren a lo largo de su vida (65). Los datos obtenidos en nuestro estudio ubican a las razones familiares en un importante porcentaje 29.8%, recalcando la importancia del rol de la familia; además un alto porcentaje (67.1%) de adolescentes influenciados al consumo de alcohol y/o drogas por amistades, recalcando así la importante influencia de los amigos al tomar decisiones.

El estudio reportado por Mariana de Marino Herrera de que los pacientes que están en terapias en grupo tienen la sensación de ser comprendidos, motivados y ayudados pudiendo compartir sus experiencias y emociones, sintiéndose escuchados, expresándose de los problemas que le ha conllevado al consumo de sustancias como también problemas personales(19). En este resultado se reconoce que La Terapia Ocupacional, como disciplina implicada en la comprensión y tratamiento de los procesos adictivos, se centra en los problemas que afectan al funcionamiento cotidiano de los adictos. Las alteraciones del sistema nervioso central que acompañan a la adicción se manifiestan en dificultades de mayor o menor importancia, que afectan a las actividades de la vida diaria y que se traducen en fallos en el desempeño de la actividad(64). En nuestro estudio el análisis nos brinda una clara información de que los adolescentes internados conocen y gustan de la terapia ocupacional. Según los datos obtenidos 98% de adolescentes conocen las actividades de la terapia ocupacional, y al 96% les gusta realizar estas actividades.





El 92.5% de los adolescentes le dedica tiempo para realizar terapia ocupacional.

Del tiempo empleado para terapia ocupacional el 52.2% de adolescentes prefieren el fútbol como terapia, y en menor cantidad granja con 1 que representa el 1.4%, cada adolescente puede elegir su terapia ocupacional en los centros de rehabilitación. Es importante recalcar que las actividades deportivas sobresalen sobre las demás como terapia ocupacional.

Además, la terapia ocupacional en adolescentes internados en los centros de rehabilitación de Cuenca influyo en el estado de ánimo del 93% de adolescentes, en 97% los ayudo a relacionarse con los demás, en 93% ayudo a mejorar estado de ánimo, y el 97% referían que los ayudara en el futuro en su proceso de reinserción social. Los altos porcentajes que nos muestra el análisis sobre la influencia de la terapia ocupacional en el proceso de rehabilitación nos indica la importancia de la misma, lo cual confirma que la Terapia Ocupacional ayuda y forma parte activa de la recuperación del drogodependiente.

Nuestro estudio muestra claramente la influencia y cambios positivos que tiene la terapia ocupacional sobre el trastorno ansioso, presentando así en general una reducción de ansiedad en 59.7% de los adolescentes, mostrándose así una reducción del 50.8% y 8.9% en ansiedad mayor y menor respectivamente.

Añade a esto la comparación del estado depresivo en pre terapia y pos terapia aplicada a los internos mediante la aplicación del test de Hamilton, nos arroja una clara evidencia de la influencia positiva e importancia de la terapia ocupacional en todas sus modalidades para una adecuada rehabilitación de los adolescentes, el trastorno depresivo grave se suprimió y este representaba al inicio del internamiento el 13.4%; la depresión moderada disminuyo en un 47.7% y aumento el porcentaje de adolescentes sin depresión de 4.5% a 28.4%, estos comparados por los resultados obtenidos por Eberhard A, A y Torric, M.P en el 2013 en su estudio acerca de las experiencias obtenidas en terapia ocupacional en salud mental de corta estadía en clínica en atención privada, indicaron que la ansiedad y depresión disminuyo después



de aplicarles terapias ocupacionales a los adolescentes mejorando su estado de ánimo y sus trastornos emocionales.

## CAPITULO VII

### 7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA

#### 7.1 CONCLUSIONES

1. Los adolescentes de 15 años, que procedían de zonas urbanas, de familias monoparentales y se encontraban estudiando, fueron los que tuvieron altos porcentajes de consumo de sustancias psicoactivas, a pesar de tener un factor protector que es el estudio y el apoyo de sus padres o de uno de sus padres.
2. El motivo de inicio de consumo de drogas y/o alcohol fue por curiosidad, inducido por amigos y como droga de inicio la marihuana.
3. Los adolescentes se encontraban en su primer ingreso, prevaleciendo el tiempo de internamiento de 3 a 5 meses.
4. Los jóvenes prefieren el futbol como terapia, y en menor cantidad granja, por lo que las actividades deportivas sobresalen sobre las demás como terapia ocupacional.
5. Dentro de los problemas emocionales evaluados en los adolescentes los que mayor porcentaje representaron antes de realizar las terapias fueron ansiedad mayor y depresión moderada. La ansiedad mayor disminuyo un 50.8%, y la depresión moderada un 47.8% y se suprimió el trastorno depresivo grave que al inicio del internamiento representaba el 13.4%; disminuyendo de una manera significativa los porcentajes después de realizar la terapia ocupacional.
6. Se concluye que la terapia ocupacional es de suma importancia e influyó positivamente en los trastornos emocionales, de adolescentes que estuvieron internados en Centros de Rehabilitación disminuyendo o suprimiendo los estados de ansiedad y/o depresión.



## 7.2 RECOMENDACIONES

1. Desarrollar actividades de promoción de salud y el consumo de sustancias psicoactivas, las mismas que pudieran ser impartidas en los centros educativos de la ciudad de Cuenca, conjuntamente con la familia, ya que en nuestro estudio se encontró que la mayoría de adolescentes antes de ser internados eran estudiantes y provenían de familias monoparentales.
2. Se incentiven a las autoridades, a crear grupos de recreación, en los barrios, comunidades, para que los adolescentes puedan encontrar sus habilidades, mejorar sus relaciones sociales y tener un mejor estado de ánimo sintiéndose aceptados y comprendidos, de esta manera se puede evitar el consumo de drogas.
3. Que los directivos de los centros promuevan la participación activa de la familia de los adolescentes en correspondencia con sus expectativas para que jueguen un rol activo en el proceso de ayuda que deben asumir.
4. Que los adolescentes tengan más tiempo para realizar terapias ocupacionales y tiempo libre para ellos y puedan desarrollar la comunicación, la exposición de sus emociones, ya que es fundamental contar con los amigos o familia para expresar sus problemas, sus miedos, sus inquietudes, esto hará que su estado anímico mejore notablemente.
5. Ejecuten investigaciones con la misma temática en otros centros de rehabilitación para tener en cuenta en el proceso de ayuda.
6. Socializar la presente investigación para que los centros de rehabilitación tomen en cuenta los beneficios de la terapia ocupacional y profundicen su aplicación.



## CAPITULO VII

### BIBLIOGRAFÍA

1. Alarmante el consumo de drogas en el mundo - lasDrogas.info [Internet]. [cited 2016 Mayo 17]. Available from: <http://www.lasdrogas.info/noticias/31000/alarmante-el-consumo-de-drogas-en-el-mundo.html>
2. El consumo de alcohol se dispara en los países latinoamericanos - lasDrogas.info [Internet]. [cited 2016 Mayo 17]. Available from: <http://www.lasdrogas.info/noticias/31020/el-consumo-de-alcohol-se-dispara-en-los-paises-latinoamericanos.html>
3. Gálvez Ordenes MV, Véliz Hidalgo CA. Tribunales de tratamiento de drogas: una aproximación jurídico criminológica. 2012;
4. Vásquez Espinoza E, Herrera Rodriguez A, Strike C, Brands B, Khenti A. Comorbidity between psychological distress and abuse of drugs in patients in treatment centers in the city of Leon - Nicaragua: Implications for policies and programs. *Texto Contexto - Enferm.* 2011 Dec 1;21:150–8.
5. del Pozo JL, Gómez CF. Comunidades Terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones.* 1999;11(4):329–336.
6. Hernández-Serrano O, Espada JP, Guillén-Riquelme A. Relación entre conducta prosocial, resolución de problemas y consumo de drogas en adolescentes. *An Psicol.* 2016 Apr 3;32(2):609.
7. De La D, Lorena J. Estudio de factibilidad para la implementación de un Centro de Rehabilitación para personas con problemas de alcoholismo y drogadicción en el área urbana del cantón Salinas, año 2013 [B.S. thesis]. *La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena*, 2013;
8. Odgers Ortiz O, Galaviz Granados G. Entre la espera y la esperanza: construcción de la esperanza en internos de centros de rehabilitación para usuarios de drogas. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos Nouv Mondes Mondes Nouv - Novo Mundo Mundos Novos - New World New Worlds* [Internet]. 2016 Jan 25 [cited 2016 Mayo]; Available from: <https://nuevomundo.revues.org/68925?lang=en>
9. Vargas Orlando. Centro de Rehabilitación Drogas – Depresión y Enfermedades | House of Freedom [Internet]. [cited 2016 mayo 17]. Available from: <http://houseoffreedom.com/sp/centro-de-rehabilitacion-drogas-depresion-y-enfermedades/>
10. Ansiedad y drogas | Clínica de la Ansiedad [Internet]. [cited 2016 mayo 16]. Available from: <https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-y-otros/ansiedad-y-drogas/>
11. Cáceres D, Salazar I, Varela M, Tovar J. Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Univ Psychol.* 2006;5(3).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

12. de Lucas Moreno G. Factores de riesgo y protección del consumo de drogas en menores protegidos de la Comunidad de Madrid. Universidad Complutense de Madrid; 2013.
13. Rossito-Myriam.pdf [Internet]. [cited 2016 mayo 19]. Available from: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/42/Rossito-Myriam.pdf>
14. Cisneros Chinga IM. Las tendencias a las adicciones de los jefes de familia y la disolución familiar en los casos asistidos por el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato. Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, Posgrado, Maestría en Trabajo Social; 2017.
15. Hernández DC. Tratamiento de adicciones en Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2010;39:153S–170S.
16. Caballo VE. Trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas / Substance-induced anxiety disorder. Behav Psychol Psicol Conduct [Internet]. [cited 2016 mayo 19]; Available from: [http://www.academia.edu/25523169/Trastorno\\_de\\_ansiedad\\_provocado\\_por\\_sustancias\\_psi\\_coactivas\\_Substance-induced\\_anxiety\\_disorder](http://www.academia.edu/25523169/Trastorno_de_ansiedad_provocado_por_sustancias_psi_coactivas_Substance-induced_anxiety_disorder)
17. Henao Henao S. Representaciones sociales de las intervenciones para el consumo de drogas en un contexto universitario, Medellín, Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública. 2013;31(3):338–348.
18. Rojas Valero M, Rodríguez Chacón A. Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. 2016;
19. Patricia Herrera Santi. Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. Rev Cuba Pediatría. 2012;71(1):39–42.
20. Guajardo R, Cruz R, Cantú S, Jesús J de, Ramos C, Alfonso A. Determinantes de la actividad física en México. Estud Soc Hermosillo Son. 2013 Jun;21(41):185–209.
21. Universidad Central de Chile. Terapia Ocupaciona en Drogodependencias [Internet]. 2012 [cited 2016 Abril 25]. Available from: [http://www.ucentral.cl/prontus\\_ucentral2012/site/artic/20140812/asocfile/20140812173222/contexto\\_n\\_1.pdf](http://www.ucentral.cl/prontus_ucentral2012/site/artic/20140812/asocfile/20140812173222/contexto_n_1.pdf)
22. Giorgi I, Ottonello M, Vittadini G, Bertolotti G. Psychological changes in alcohol-dependent patients during a residential rehabilitation program [Internet]. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2015 [cited 2016 mayo 17]. Available from: <https://www.dovepress.com/psychological-changes-in-alcohol-dependent-patients-during-a-residenti-peer-reviewed-article-NDT>
23. Krauskopf D. Los derechos y las características de la preadolescencia y adolescencia. Costa Rica UNFPA. 2003;
24. Massa JLP, Álvarez LM. Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases para una comprensión actualizada.
25. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatría. 2015 Nov;86(6):436–43.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

26. Páramo M de los Á. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Ter Psicológica*. 2011 Jul;29(1):85–95.
27. Duarte Alarcón C, Varela Arévalo MT, Salazar Torres IC, Lema Soto LF, Tamayo Cardona JA. Motivaciones y recursos para el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios. *Rev Hacia Promoc Salud* [Internet]. 2012 [cited 2016 mayo 17];17(1). Available from: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=309124894009>
28. Feria Miriam Cardenas Eva Marcela, Vazquez Josue Palacios Lino. *trastornos\_afectivos.pdf* [Internet]. 2012 [cited 2016 mayo 14]. Available from: [http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos\\_afectivos.pdf](http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_afectivos.pdf)
29. Fernández V, E M, Moreno M, F M, Fierro Urturi A, Alfaro González M, et al. Estado de ánimo de los adolescentes y su relación con conductas de riesgo y otras variables. *Pediatría Aten Primaria*. 2013 Sep;15(59):e75–84.
30. Heredia Andrade IS, Morocho Pesántez VR. Nivel de ansiedad y depresión en pacientes varones adolescentes drogodependientes en las distintas etapas de tratamiento [B.S. thesis]. 2017.
31. Posada JA. La salud mental en Colombia. *Biomédica*. 2013 Dec;33(4):497–8.
32. Capítulo V. Trastornos mentales y del comportamiento (F00–F99).
33. OMS | La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400% [Internet]. WHO. [cited 2017 Nov 17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
34. CUENCA L, PABLO J, TAPIA CASTILLO PJ. Creación de la unidad de salud mental en la parroquia urbana Saraguro perteneciente al canton Saraguro de la provincia de Loja periodo 2009-2010 [B.S. thesis]. 2010.
35. Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. *Manual de trastornos adictivos*. 2nd ed. Julio Bobes MCyMG, editor.: Enfoque Editorial, S.A.
36. Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz [Internet]. <http://www.apa.org>. [cited 2016 mayo 26]. Available from: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento.aspx>
37. Depresión [Internet]. [cited 2017 junio 17]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/depression.html>
38. NIMH » Depression [Internet]. [cited 2017 junio 17]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
39. Ospina F del C, Upegui MFH, Irragorri MCP, Guzman YR, Granados CE. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2011 Nov 1;13(6):908–20.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

40. Causas y Efectos de la Ansiedad - Hospital San Juan Capestrano [Internet]. [cited junio Nov 24]. Available from: <http://www.sanjuancapestrano.com/trastornos/ansiedad/sintomas-efectos>
41. Chacón Molina JP, Torres Lazo ML. Nivel de ansiedad y depresión en adolescentes varones con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en el centro de adicciones Hogar Crecer, 2011-2015 [B.S. thesis]. 2016.
42. Instituto Nacional de la Salud Mental. NIMH » Depresión [Internet]. 2009 [cited 2017 Sep 12]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/index.shtml>
43. Instituto Nacional de la Salud Mental. Depresion.
44. Benjet C, Borges G, Medina-Mora M, Fleiz C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Publica Mex. 2004 Oct 1;46:417–24.
45. Causas de la depresión [Internet]. [cited 2017 agosto 17]. Available from: <http://ifightdepression.com/es/index.php?id=6717>
46. Bermeo Piedra FG. Factores sociales asociados a los perfiles de drogadicción de los internos varones–con diagnóstico de drogadicción–del Centro de Rehabilitación Social de la Ciudad de Loja durante el periodo Diciembre 2011-Mayo 2012 [B.S. thesis]. 2012.
47. Gálligo F. Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. Barc Sn. 2007;
48. Efectos de las drogas - EcuRed [Internet]. [cited 2017 agosto 21]. Available from: [https://www.ecured.cu/Efectos\\_de\\_las\\_drogas](https://www.ecured.cu/Efectos_de_las_drogas)
49. Razones psicosociales asociadas al consumo de drogas blandas y duras en estudiantes de FUNDES [Internet]. 2014 [cited 2017 julio 27]. Available from: <http://www.psicologiacientifica.com/razones-psicosociales-asociadas-consumo-drogas-blandas-duras-estudiantes/>
50. Prado MJ. Ciencias Sociales: La influencia de las drogas en los adolescentes [Internet]. Ciencias Sociales. 2009. Available from: <http://cienciasocialesblg.blogspot.com/2009/09/la-influencia-de-la-droga-en-los.html>
51. Naile\_lamami. influenciadelasdrogasenlosadolescentes: influencia de las drogas en los adolescentes [Internet]. influenciadelasdrogasenlosadolescentes. 2011. Available from: <http://influenciadelasdrogasenlosadolescentes.blogspot.com/2011/06/influencia-de-las-drogas-en-los.html>
52. OMS | Alcohol [Internet]. WHO. [cited 2017 Agosto 17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
53. Cronicasdesdewashington. cronicadesdeWashington: El consumo de alcohol en América Latina [Internet]. cronicadesdeWashington. 2015. Available from: <http://cronicadesdewashington.blogspot.com/2015/07/el-consumo-de-alcohol-en-america-latina.html>



54. Inicio [Internet]. [cited 2017 Julio 27]. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
55. Bendixen RM, Kreider CM. Review of Occupational Therapy Research in the Practice Area of Children and Youth. *Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc.* 2011;65(3):351–9.
56. Universidad Complutense Madrid. Guía Terapia Ocupacional 2016-2017 PARA WEB.pdf. 2015 2016 [cited 2017 julio 18]; Available from: <https://medicina.ucm.es/data/cont/media/www/pag-17229/Gu%C3%ADa%20Terapia%20Ocupacional%202016-2017%20PARA%20WEB.pdf>
57. Rojo Mota G. Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones. *Trastor Adict.* 2008 abril;88–97.
58. Bazzani LC. La terapia ocupacional en el abordaje de las adicciones: Una revisión actualizada. *Rev Chil Ter Ocupacional.* 2013;13(2):Pág–57.
59. Cu Caal C. Manual de terapia ocupacional con pertinencia cultural. 2012.
60. Hernangil Perona E, Lastres García J, Valcárcel Lastra P. Actividad físico-deportiva en el tratamiento de las drogodependencias. Madrid: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales; 2011.
61. contexto\_n\_1.pdf [Internet]. [cited 2017 Octubre 7]. Available from: [http://www.ucentral.cl/prontus\\_ucentral2012/site/artic/20140812/asocfile/20140812173222/contexto\\_n\\_1.pdf](http://www.ucentral.cl/prontus_ucentral2012/site/artic/20140812/asocfile/20140812173222/contexto_n_1.pdf)
62. Farias L, Guerra V, Cifuentes T, Rozas S. Consumo problemático de drogas y terapia ocupacional: Componentes ocupacionales evaluados durante el proceso de tratamiento y rehabilitación. *Rev Chil Ter Ocupacional.* 2010 Dec 1;10:45–56.
63. Ávila Machado FL de. Evaluación del teatro con máscaras como dispositivo grupal de tratamiento de adolescentes con consumo problemático de drogas privados de libertad. 2015;
64. Intervencion Drogas Terapia Ocupacional Madrid 2013 [Internet]. Scribd. [cited 2017 Agosto 17]. Available from: <https://es.scribd.com/doc/164456267/Intervencion-Drogas-Terapia-Ocupacional-Madrid-2013>
65. Bermeo FG. Factores sociales asociados a los perfiles de drogadicción de los internos varones – con diagnóstico de drogadicción- del centro de rehabilitación social de la ciudad de Loja durante el periodo diciembre 2011-mayo 2012. Tesis de grado. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2013. Report No.: Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6327/1/Bermeo%20Piedra%20Fanny%20Gabriela%20.pdf>.





UNIVERSIDAD DE CUENCA  
**CAPITULO IX**

**ANEXOS**

**ANEXO # 1**  
**TABLAS**

**Tabla #1**

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>12</b>	0	0
<b>13</b>	1	1,4
<b>14</b>	3	4,4
<b>15</b>	13	20,9
<b>16</b>	28	41,8
<b>17</b>	22	32,8
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

Fuente: Formularios de entrevista.

Elaboración: Ávila, J., Mendieta, E.

**Tabla #2**

<b>RESIDENCIA</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>URBANO</b>	56	83,6
<b>RURAL</b>	11	16,4
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Formularios de entrevista.

Elaboración: Ávila, J., Mendieta, E.



**Tabla #3**

<b>ESTADO CIVIL</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>SOLTERO</b>	66	98,5
<b>CASADO</b>	0	0,0
<b>UNION LIBRE</b>	1	1,5
Total	67	100,0

Fuente: Formularios de entrevista.

Elaboración: Ávila, J., Mendieta, E.

**Tabla #4**

<b>ESTRUCTURA FAMILIAR</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>MONONUCLEAR</b>	35	52,2
<b>NUCLEAR</b>	25	38,9
<b>EXTENSA</b>	6	8,9
Total	67	100,0

Fuente: Formularios de entrevista.

Elaboración: Ávila, J., Mendieta, E.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**Tabla #5**

<b>SUSTANCIA DE INICIO</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>MARIHUANA</b>	40	59.7
<b>COCAINA</b>	5	7.5
<b>HEROINA</b>	3	3.0
<b>ALCOHOL</b>	15	22.3
<b>OTRAS</b>	5	7.5
Total	67	100

Fuente: Formularios de entrevista.

Elaboración: Ávila, J., Mendieta, E.

**Tabla #6**

<b>EDAD DE INICIO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
11 años	4	5.9
12 años	8	11.9
13 años	17	25.3
14 años	12	18
15 años	21	31.3
16 años	5	7.46
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

Fuente: Formularios de entrevista.

Elaboración: Ávila, J., Mendieta, E.

**Tabla #7**

<b>TIEMPO DE INTERNAMIENTO</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>0-1 MES</b>	15	22.4
<b>1-3 MESES</b>	19	28.4
<b>3-5 MESES</b>	29	43.3
<b>5-6 MESES</b>	4	6.0
Total	67	100.0



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fuente: Formularios de entrevista.

Elaboración: Ávila, J., Mendieta, E.

**Tabla #8**

<b>NUMERO DE INGRESOS</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>PRIMERO</b>	59	88.1
<b>SEGUNDO</b>	5	7.5
<b>SUBSECUENTE</b>	3	4.5
Total	67	100.0

Fuente: Formularios de entrevista.

Elaboración: Ávila, J., Mendieta, E.

**Tabla #9**

<b>ANSIEDAD PRETERAPIA</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>ANSIEDAD MAYOR</b>	39	58.2
<b>ANSIEDAD MENOR</b>	25	37.3
<b>SIN ANSIEDAD</b>	3	4.5
total	67	100.0

Fuente: Formularios de entrevista.

Elaboración: Ávila, J., Mendieta, E.

**Tabla #9**

<b>ANSIEDAD POSTERAPIA</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>ANSIEDAD MAYOR</b>	5	7.4
<b>ANSIEDAD MENOR</b>	19	28.4
<b>SIN ANSIEDAD</b>	43	64.2



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Total	67	100.0
-------	----	-------

Fuente: Formularios de entrevista.

Elaboración: Ávila, J., Mendieta, E.

**Tabla #10**

<b>DEPRESION PRETERAPIA</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>DEPRESION GRAVE</b>	9	13.4
<b>DEPRESION MODERADA</b>	37	55.2
<b>DEPRESION LEVE</b>	18	26.9
<b>SIN DEPRESION</b>	3	4.5
Total	67	100.0

Fuente: Formularios de entrevista.

Elaboración: Ávila, J., Mendieta, E.

**Tabla #10**

<b>DEPRESION POSTERAPIA</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>DEPRESION GRAVE</b>	0	0
<b>DEPRESION MODERADA</b>	5	7.5
<b>DEPRESION LEVE</b>	43	64.2
<b>SIN DEPRESION</b>	19	28.4
Total	67	100.0

Fuente: Formularios de entrevista.

Elaboración: Ávila, J., Mendieta, E.



**ANEXO #2**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**ESTADOS DE ÁNIMO RELACIONADOS CON TERAPIA OCUPACIONAL EN  
ADOLESCENTES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN, CUENCA 2016**

Yo, Jeniffer Karina Ávila Bravo portadora de C.I 0105669550 y Sandra Elizabeth Mendieta Chávez, portadora de C.I 0106686397, estudiantes de la Carrera de Enfermería, solicitamos su autorización para realizar la presente investigación.

La drogodependencia en adolescentes ha incrementado de una manera alarmante deteriorando al entorno familiar, personal, y social, aumentando actos delictivos y exponiendo su vida, en busca de aportar soluciones, se han creado los Centros de Rehabilitación que brindan atención especializada, los cuales los adolescentes al ingresar a los Centros suelen presentar Ansiedad y Depresión, al encontrarse en una situación amenazante, por lo que cada Centro desarrolla diversas terapias ocupacionales con el propósito de disminuir estos problemas.

El propósito de la presente investigación busca determinar los cambios de estados de ánimo en relación a la Terapia Ocupacional en adolescentes de Centros de Rehabilitación, Cuenca 2016 mediante variables sociodemográficas, asociación del consumo, características del ingreso, tipo de terapia ocupacional, niveles de ansiedad y depresión y la relación de los estados de ánimo con la terapia ocupacional.

Para la recolección de datos se utilizará el Test de Hamilton que evaluará el nivel de Ansiedad y Depresión, y un test estructurado por las autoras, que consistirá en preguntas relacionadas con la Terapia Ocupacional, la modalidad empleada será el tipo de encuesta en donde el investigador es el que pregunta directamente y anotara las respuestas dadas, en la encuesta sociodemográfica y valoración del estado de ánimo, el encuestado podrá señalar la respuesta que crea conveniente con un tiempo determinado de 20-30 min.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Este estudio no implica ningún riesgo físico o psicológico para usted debido que sus respuestas no le ocasionarán ningún problema, ni tendrán consecuencias para su proceso de internamiento, solo busca determinar si existe o no cambios en el estado de ánimo relacionados con la terapia ocupacional que realiza.

El beneficio de nuestra investigación es contribuir en la identificación de los cambios de estado de ánimo, como Ansiedad y Depresión y como estos disminuyen según se vaya desarrollando la terapia ocupacional, para poder tener un mejor tratamiento de esta manera beneficiamos al paciente, a los Centros de Rehabilitación, a la sociedad y a nosotras como futuras profesionales.

La información que nos proporcione se identificará con un código, que reemplazará el nombre y solo el investigador tendrá acceso a los resultados. No se mencionará el nombre en reportes o publicaciones.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio. Está en toda libertad de no participar o retirarse de la investigación cuando lo crea conveniente, si usted decide no autorizar, debe comunicar a las investigadoras.

Yo..... representante del adolescente luego de conocer detalladamente los aspectos de la investigación autorizo que mi hijo participe en el estudio.

-----  
**Firma del representante**

**Nota:** si por limitaciones no puede poner su firma se le tomara su huella digital.

-----  
**Firma de la investigadora**  
Jeniffer Karina Ávila Bravo  
**Correo:**  
jenniferkarinaavila@hotmail.com

-----  
**Firma de la investigadora**  
Sandra Elizabeth Mendieta Chávez  
**Correo:**  
sandra\_suk@hotmail.com



**ANEXO #3**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ASENTIMIENTO INFORMADO**

**Estados de ánimo relacionados con terapia ocupacional en adolescentes de centros de rehabilitación, cuenca 2016**

Yo, Jeniffer Karina Ávila Bravo portadora de C.I 0105669550 y Sandra Elizabeth Mendieta Chávez, portadora de C.I 0106686397, estudiantes de la Carrera de Enfermería, solicitamos su autorización para realizar la presente investigación

Luego de recibir la autorización de su representante pedimos su colaboración y participación, se le entregará una encuesta, la cual deberá ser respondida de acuerdo al conocimiento que posee usted sobre el tema, el tiempo estimado que durará la encuesta es de aproximadamente 20- 30 minutos.

La información recogida será utilizada únicamente con fines investigativos y se guardara confidencialidad para lo cual pedimos su autorización y colaboración en el llenado de la encuesta que se procederá a entregar.

Yo.....Interno en el Centro de Rehabilitación “Hogar Crecer” conoedor del proyecto de investigación autorizo en calidad de encuestado mi participación en este estudio.

-----  
**Firma del Interno**

-----

-----





UNIVERSIDAD DE CUENCA

**Firma de la investigadora**

Jennifer Karina Ávila Bravo

**Correo:**

jenniferkarinaavila@hotmail.com

**Celular:** 0991936684

**Firma de la investigadora**

Sandra Elizabeth Mendieta Chávez

**Correo:**

sandra\_suk@hotmail.com

**Celular:** 0991262437

**ANEXO: 4**

**ENCUESTAS**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FALCULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**ESTADOS DE ÁNIMO RELACIONADOS CON TERAPIA OCUPACIONAL EN ADOLESCENTES DE  
CENTROS DE REHABILITACIÓN, CUENCA 2016**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **# Formulario** \_\_\_\_\_

<b>DATOS</b>		
<b>CENTRO</b>		
<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>		
<b>Edad</b> _____ (años )	<b>Nivel de Instrucción:</b>	<b>Residencia :</b> Urbana _____ Rural _____
<b>Estado civil :</b>	Ninguna _____ Básica Incompleta _____ Cursa Básica _____ Básica Completa _____ Bachillerato Incompleta _____ Cursa Bachillerato _____ Bachillerato Completo _____ Superior Incompleto _____ Cursa Superior _____ Superior Completo _____	<b>Estructura familiar:</b> Nuclear _____ Monoparental _____ Extensa _____
Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____ Unión libre _____ Otros _____		<b>Con quien vive:</b> Padre _____ Madre _____ Esposa _____ Hijos _____ Otros _____
<b>CONSUMO DE SUSTANCIAS</b>		
<b>Tipo de sustancia:</b> Alcohol _____ Drogas _____ Otras _____	<b>Tiempo de consumo:</b> _____ (años) _____ (meses)	<b>Inicio de consumo:</b> _____ (años)
<b>Con que droga inicio:</b> Marihuana _____ Cocaína _____ Heroína _____ Crack _____ Otros _____	<b>Razones por las que consumió:</b> Problemas familiares _____ Problemas personales _____ Problemas sociales _____ Problemas laborales _____ Experimentación _____ Otros _____	<b>Quien le indujo a la droga</b> Mamá _____ Papá _____ Tíos _____ Hermanos _____ Amigos _____ Otros _____
<b>CARACTERÍSTICAS DE INGRESO</b>		
<b>Motivo de consulta</b> Alcohol _____ Drogas _____	<b>Tiempo de internamiento</b> 0 – 1 mes _____ 1 – 3 meses _____ 3 – 5 meses _____ 5 – 6 meses _____	<b>Número de ingresos</b> Primero _____ Segundo _____ Subsecuente _____
<b>TERAPIA OCUPACIONAL</b>		



UNIVERSIDAD DE CUENCA

¿Conoce usted que actividades ocupacionales se realiza en este Centro?	SI ____ NO ____
¿Le gusta la actividad que realiza?	SI ____ NO ____
¿Qué terapia le gusta realizar más?	Granjas____ Metal____ Mecánica____ Carpintería____ Futbol____ Vóley____ Box____ Gimnasio____
¿Cuántas horas le dedica usted a esta actividad?	1 hora ____ 1:30 minutos____ 2 horas ____ Mas ____
¿Cree usted que realizar estas actividades influye en su estado de ánimo?	SI ____ NO ____
¿Realizar la terapia le ha permitido relacionarse socialmente con los demás internos?	SI ____ NO ____
¿Cómo es su desempeño en las actividades que realiza?	Muy bueno____ Bueno ____ Regular ____ Malo ____
¿En caso de tener cambios en su estado de ánimos como tristeza o desesperación la terapia le ayuda a disminuirla?	SI ____ NO ____
¿Usted cree que estas actividades le ayudaran a una buena readaptación el momento que salga del centro?	SI ____ NO ____



	AUSENTE	LEVE	MODERADA	GRAVE	MUY GRAVE
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.					
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reaccione con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
<b>6. Estafo de ánimo deprimido</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					
<b>7. Síntomas somáticos generales(musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculare, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
<b>8. Síntomas somáticos generales(sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensaciones de desmayo, extrasístole.					
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensaciones de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos(ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyacuación precoz, ausencia de erección, impotencia.					
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, Pilo erección(pelos de punta)					
<b>SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD</b>					



## TEST DE DEPRESIÓN

### Humor deprimido

(Tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

**0.** Ausente

1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.
2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.
3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.
4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea

### Sensación de culpabilidad

**0** Ausente

1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
2. Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones.
3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.
4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

### Suicidio.

**0.** Ausente.

1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida.
2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.
3. Ideas de suicidio o amenazas.
4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica como 4)

### Insomnio precoz.

**0.** No tiene dificultades para dormir.

1. Se queja de dificultades ocasionales para dormir, por ejemplo más de media hora.
2. Se queja de dificultades para dormir cada noche.

### Insomnio medio.

**0.** No hay dificultad.

1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.
2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).

### Insomnio tardío.

**0.** No hay dificultad.

1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.
2. No puede volver a dormir si se levanta de la cama.

### Trabajo y actividades.

**0.** No hay dificultad.

1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionada con su actividad, trabajo o aficiones.
2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades).
3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos 3 horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones.
4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.

### Inhibición

(Lentitud de pensamiento y de palabra; facultad de concentración empeorada; actividad motora disminuida).

**0.** Palabra o pensamiento normales.

1. Ligeramente retraso en el diálogo.
2. Evidente retraso en el diálogo.
3. Diálogo difícil.
4. Torpeza absoluta.

### Agitación.

**0.** Ninguna.

1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.
2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.

### Ansiedad psíquica.

**0.** No hay dificultad.

1. Tensión subjetiva e irritabilidad.
2. Preocupación por pequeñas cosas.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

<p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.</p> <p>4. Temores expresados sin preguntarle.</p>
<p><b>Ansiedad somática</b></p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: gastrointestinales (boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retorcijones, eructos); cardiovasculares (palpitaciones, cefalalgias); respiratorios (hiperventilación, suspiros); frecuencia urinaria; sudación.</p> <p>0. Ausente.</p> <p>1. Ligera.</p> <p>2. Moderada.</p> <p>3. Severa</p> <p>4. Temores expresados sin preguntarle.</p>
<p><b>Síntomas somáticos gastrointestinales.</b></p> <p>1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.</p>
<p><b>Síntomas somáticos generales.</b></p> <p>0. Ninguno.</p> <p>1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.</p>
<p><b>Síntomas genitales</b></p> <p>Síntomas como pérdida de libido y trastornos menstruales</p> <p>0. Ausente.</p> <p>1. Débil.</p> <p>2. Grave.</p> <p>3. Incapacitante</p>
<p><b>Hipocondría.</b></p> <p>0. No la hay.</p> <p>1. Preocupado por sí mismo (corporalmente).</p> <p>2. Preocupado por su salud.</p> <p>3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas.</p>
<p><b>Pérdida de peso (completar A o B)</b></p> <p><b>A) Según manifestaciones del paciente (primera valoración)</b></p> <p>0. No hay pérdida de peso.</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo).</p> <p><b>B) Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) (por término medio)</b></p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana.</p> <p>1. Pérdida de más de 500 gr en una semana.</p> <p>2. Pérdida de más de 1 kg en una semana.</p>
<p><b>Insight (conciencia de sí mismo)</b></p> <p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p>
<p><b>Variación diurna Indicar si los síntomas son más intensos por la mañana o por la tarde.</b></p> <p>0. Ausente.</p> <p>1. Ligera Mañana ( ) Tarde ( )</p> <p>2. Grave Mañana ( ) Tarde ( )</p>
<p><b>Despersonalización y falta de realidad</b></p> <p>0. Ausente.</p> <p>1. Ligera. Cómo: sensación de irrealidad.</p> <p>2. Moderada. Ideas nihilistas.</p> <p>3. Grave.</p> <p>4. Incapacitante.</p>
<p><b>Síntomas paranoides.</b></p> <p>0. Ninguno.</p> <p>1. Sospechosos.</p> <p>2. Leves</p> <p>3. Ideas de referencia.</p>



UNIVERSIDAD DE CUENCA

4. Delirios de referencia y de persecución.
<b>Síntomas obsesivos y compulsivos.</b>
0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves.
<b>Otros síntomas (especificar)</b>
0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves.



**ANEXO 4**

**OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad de una persona	Biológica	Años cumplidos	12-14 15-17 18-19
Residencia	Lugar establecido donde habita una persona	Geográfica	Donde habita	Urbana Rural
Estado civil	Condición que caracteriza a una persona en relación a sus relaciones personales.	Social	Relaciones personales	Casado -Soltero Viudo -Divorciado Unión Libre -Otros
Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados por una persona.	Educativa	Años de estudio	*Ninguna * Básica Incompleta *Cursa Básica *Básica Completa *Bachillerato Incompleta *Cursa Bachillerato *Bachillerato Completo * Superior Incompleto *Cursa Superior *Superior Completo
Ingresos económicos	Ingresos del hogar, los niveles	Social/ económico	Ingresos del hogar	*Menos del sueldo básico *Sueldo básico



UNIVERSIDAD DE CUENCA

	de educación, y ocupación, como también el ingreso combinado, comparado con el individual.			*Más del sueldo básico
Estructura familiar	Es un conjunto de interacción, organizado de manera estable, estrecha en función de necesidades básicas con una historia y un código propio.	Familiar	Familia monoparental. Familia extendida- Familia nuclear.	Si No
Con quien vive	Personas con las que habita	Familiar	Persona con la que habita.	-Padre -Madre Esposa - Hijos Tíos - Otros
Consumo de sustancias	Ingesta de componente químico que afecta al organismo de una persona	Social/ familiar	*Tipo de sustancias:  *Tiempo de consumo:  *Inicio de consumo:  *Con que droga inicio:  *Razones por las que consumió:  *Quien le indujo a la droga:	-Alcohol - Drogas -Otros  Años, meses  Años  -Marihuana - Cocaína -Heroína - Crack -Otras  Problemas Familiares Problemas Sociales Problemas Personales Problemas Laborales Otros  -Mamá -Papá





UNIVERSIDAD DE CUENCA

				-Tíos - Hermanos -Amigos -Otros
Características de ingresos	Causa principal por la que el paciente está ingresando a dicho establecimiento.	Social/familiar	*Motivo de consulta:  *Tiempo de internamiento.  *Número de ingresos	-Alcohol -Drogas  0 – 1 mes 1 – 3 meses 2 – 5 meses 5 – 6 meses  -Primera - Segunda -Tercera
Terapia ocupacional	Conjunto de técnicas, métodos y actuaciones mediante actividades terapéuticas previene y favorece la salud consiguiendo una independencia y reinserción del individuo en lo laboral, mental, físico y social.	Social	*Tipo de terapia:  *Tiempo que dedica a la terapia  *Tipo de terapia Preferida	-Granjas - Metal -Mecánica -Carpintería -Fútbol - Vóley -Box - Gimnasio  1 hora -1:30 minutos 2 horas -Mas  Granjas - Metal -Mecánica - Carpintería -Fútbol - Vóley -Box - Gimnasio
Depresión	Trastorno del estado de ánimo, de forma transitoria o permanente, que consiste en una alteración de la vida psíquica, sensación de	Social	Test de Hamilton	0-6 = sin depresión, 7-17 = depresión Leve, 18-24 = depresión moderada, 25-52 = depresión grave.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

	abatimiento, infelicidad y culpabilidad.			
Ansiedad	Emoción normal que se experimenta en situaciones en las que la persona se siente amenazado por un peligro externo o interno	Social	*Tipos de Ansiedad  *Intensidad de la Ansiedad	0 a 5=sin ansiedad, 6 a 14=ansiedad menor, 15 a más= ansiedad mayor.