

# UCUENCA

## Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería

**DETERIORO COGNITIVO Y ANSIEDAD EN ADULTOS CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS DEL CENTRO DE ADICCIONES “CREIAD Y PROYECTO ESPERANZA” DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO 2022-2023**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería

**Autores:**

Evelyn Pamela Cárdenas Nieves

Erika Michelle Enriquez Inga

**Director:**

Dolores Amparito Rodríguez Sánchez

ORCID:  0000-0002-1473-7885

**Cuenca, Ecuador**

2024-05-15

## Resumen

Alrededor de 274 millones de personas consumieron drogas en el último año a nivel mundial, de los cuáles más de 36 millones sufren trastornos emocionales y cognitivos. Identificar la asociación entre el deterioro cognitivo y la ansiedad en adultos consumidores de sustancias psicotrópicas de los centros de adicciones “CREIAD y Proyecto Esperanza” de la ciudad de Cuenca, periodo 2022-2023. Estudio cuantitativo, con un diseño analítico transversal. Se aplicó los instrumentos "Escala de Ansiedad de Hamilton" y "Prueba Folstein Minimental", y el programa IBM SPSS-28, se determinó la asociación con el chi-cuadrado y el valor p, con un índice de confianza del 95%. Participaron 120 usuarios, prevalecieron: edad 18-35 años, sexo masculino, estado civil soltero/a, nivel de instrucción secundaria, sueldo mayor del básico y un tiempo de internamiento menor de dos meses. Se encontró un mayor consumo de drogas depresoras (alcohol y marihuana 60,8%). Del Test Folstein Minimental predominó el deterioro cognitivo leve (53,3%) y de la Escala de Ansiedad de Hamilton prevaleció la ansiedad moderada (31,7%). Se demostró una asociación entre deterioro cognitivo leve y el nivel de instrucción secundaria ( $p=0,002$ ). Finalmente, se descubrió una asociación entre deterioro cognitivo y ansiedad ( $p=0,008$ ). Las drogas de mayor consumo son: alcohol, marihuana y cocaína, prevaleció el deterioro cognitivo leve, existe un nivel de ansiedad moderada mayoritariamente, se encontró una asociación entre deterioro cognitivo leve y nivel de instrucción. Además, se evidencia una estrecha relación entre deterioro cognitivo y ansiedad.

*Palabras clave del autor:* deterioro cognitivo, ansiedad, consumidores, psicoactivas



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

**Repositorio Institucional:** <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

### Abstract

Around 274 million people used drugs in the last year globally, of whom more than 36 million suffer from emotional and cognitive disorders. To identify the association between cognitive impairment and anxiety in adult consumers of psychotropic substances at the addiction centers "CREIAD and Proyecto Esperanza" in the city of Cuenca, period 2022-2023. This is a quantitative study with a cross-sectional analytical design. The instruments "Hamilton Anxiety Scale" and "Folstein Minimental Test" were applied, and the IBM SPSS-28 program determined the association with the chi-square and the p-value, with a confidence index of 95%. A total of 120 users participated, the following prevailed: age 18-35 years, male sex, single marital status, level of secondary education, higher than the basic salary and a period of internment of less than two months. A higher consumption of depressant drugs (alcohol and marijuana was found in 60.8%). Mild cognitive impairment predominated from the Folstein Minimental Test (53.3%) and moderate anxiety (31.7%) from the Hamilton Anxiety Scale. An association between mild cognitive impairment and secondary education level was demonstrated ( $p=0.002$ ). Finally, an association between cognitive impairment and anxiety was discovered ( $p=0.008$ ). The most consumed drugs are alcohol, marijuana and cocaine, mild cognitive impairment prevailed, there is a moderate level of anxiety mostly, an association was found between mild cognitive impairment and level of education. In addition, there is evidence of a close relationship between cognitive impairment and anxiety.

*Author Keywords:* cognitive impairment, anxiety, user, psychoactive substances



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

**Institutional Repository:** <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

## Índice de contenido

<b>Agradecimiento</b> .....	<b>7</b>
<b>Dedicatoria</b> .....	<b>9</b>
<b>Capítulo I</b> .....	<b>11</b>
1.1 Introducción.....	11
1.2 Planteamiento del problema .....	11
1.3 Justificación.....	13
<b>Capítulo II</b> .....	<b>14</b>
2 Fundamento teórico.....	14
2.1 Antecedentes .....	14
2.2 Deterioro cognitivo .....	14
2.2.1 Definición.....	14
2.2.2 Tipos .....	15
2.3 Ansiedad.....	15
2.3.1 Definición.....	15
2.3.2 Niveles de ansiedad: .....	15
2.4 Consumidores de sustancias psicoactivas .....	16
2.4.1 Droga .....	16
2.4.2 Clasificación y tipos de droga .....	16
2.4.3 Causas .....	18
2.4.4 Etapas del consumo .....	18
2.5 Etiología de drogas-ansiedad y deterioro cognitivo .....	19
2.6 Sintomatología de ansiedad y deterioro cognitivo .....	19
2.7 Marco institucional .....	21
2.7.1 Centros Especializados de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) .....	21
2.7.2 Centro de Rehabilitación e Internamiento de Alcohólicos y Drogadictos (CREIAD) .....	21
2.7.3 Centro de Adicciones Proyecto Esperanza (PROESPE) .....	21
2.7.4 Tratamientos CETAD.....	22
2.8 El rol del profesional de enfermería.....	22
<b>Capítulo III</b> .....	<b>24</b>
3 Objetivos .....	24

<b>UCUENCA</b>	<b>5</b>
3.1 Objetivo general .....	24
3.2 Objetivos específicos .....	24
<b>Capítulo IV .....</b>	<b>25</b>
4 Diseño metodológico .....	25
4.1 Tipo de estudio .....	25
4.2 Área de estudio .....	25
4.3 Universo y muestra .....	25
4.4 Criterios de inclusión y exclusión .....	25
4.5 Variables de estudio.....	25
4.6 Método, técnica e instrumentos para la recolección de datos .....	26
4.7 Procedimientos .....	27
4.7.1 Autorización.....	27
4.7.2 Capacitación.....	27
4.7.3 Supervisión y proceso .....	27
4.8 Plan de análisis y tabulación .....	27
4.9 Aspectos éticos.....	27
4.10 Recursos.....	29
<b>Capítulo V .....</b>	<b>30</b>
5 Análisis de los resultados .....	30
<b>Capítulo VI.....</b>	<b>42</b>
6 Discusión.....	42
<b>Capítulo VII.....</b>	<b>46</b>
7 Conclusión y recomendaciones .....	46
7.1 Conclusión .....	46
7.2 Recomendaciones .....	47
<b>Referencias.....</b>	<b>48</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>55</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Factores intervinientes en el consumo .....	18
<b>Tabla 2.</b> Matriz de Variables .....	25
<b>Tabla 3.</b> Recursos Humanos .....	29
<b>Tabla 4.</b> Recursos Materiales y Presupuesto.....	29
<b>Tabla 5.</b> Análisis de las variables sociodemográficas. ....	30
<b>Tabla 6.</b> Análisis de la clasificación de drogas.....	31
<b>Tabla 7.</b> Análisis del grado de deterioro cognitivo según el Test de Folstein Minimental. ...	32
<b>Tabla 8.</b> Análisis de los niveles de ansiedad según la escala de Hamilton. ....	32
<b>Tabla 9.</b> Análisis de los grados de Deterioro Cognitivo según la edad.....	33
<b>Tabla 10.</b> Análisis de los grados de Deterioro Cognitivo según el sexo. ....	33
<b>Tabla 11.</b> Análisis de los grados de Deterioro Cognitivo según el estado civil. ....	34
<b>Tabla 12.</b> Análisis de los grados de Deterioro Cognitivo según el nivel de instrucción.....	34
<b>Tabla 13.</b> Análisis de los grados de Deterioro Cognitivo según la remuneración. ....	35
<b>Tabla 14.</b> Análisis de los grados de Deterioro Cognitivo según el tiempo de internamiento. .....	35
<b>Tabla 15.</b> Análisis de los grados de Deterioro Cognitivo según las drogas depresoras.....	36
<b>Tabla 16.</b> Análisis de los grados de Deterioro Cognitivo según las drogas estimulantes. ...	36
<b>Tabla 17.</b> Análisis de los niveles de Ansiedad según la edad. ....	37
<b>Tabla 18.</b> Análisis de los niveles de Ansiedad según el sexo.....	37
<b>Tabla 19.</b> Análisis de los niveles de Ansiedad según el estado civil.....	38
<b>Tabla 20.</b> Análisis de los niveles de Ansiedad según el nivel de instrucción. ....	38
<b>Tabla 21.</b> Análisis de los niveles de Ansiedad según la remuneración. ....	39
<b>Tabla 22.</b> Análisis de los niveles de Ansiedad según el tiempo de internamiento. ....	39
<b>Tabla 23.</b> Análisis de los niveles de Ansiedad según las drogas depresoras.....	40
<b>Tabla 24.</b> Análisis de los niveles de Ansiedad según las drogas estimulantes.....	40
<b>Tabla 25.</b> Análisis de la relación entre los Niveles de Ansiedad y los Grados de Deterioro Cognitivo.....	41
<b>Tabla 26.</b> Operacionalización de variables .....	55

## **Agradecimiento**

Primeramente quiero agradecer a Dios y a la Virgen del Cisne por siempre guiar mi camino y bendecirme en cada paso de este gran proceso. Gracias a mi madre, Esperanza Nieves por ser mi pilar fundamental, por nunca dejar de confiar y siempre creer en mí y sobre todo por su apoyo incondicional. A mi hermano Pablo Chillogallo, por demostrarme que con la lucha se puede alcanzar todo, por tenerme fe y porque a pesar de la distancia me acompaña a lo largo de mi vida. A mi padre Manuel Cárdenas, mis hermanos Xavier y Steven, a mis hermanas Lourdes y Carmen porque con sus palabras me alentaron a continuar con mi carrera, les agradezco por sus oraciones, consejos y palabras.

Un agradecimiento muy sentido y super especial a mi amiga y futura colega Michelle Enriquez, porque sin ella no hubiera sido posible esta meta, por su amistad incondicional, cariño y por todos los momentos compartidos.

De igual forma quiero agradecer a la Universidad de Cuenca, de manera especial a la Carrera de Enfermería por haberme aceptado ser parte de ella y abierto sus puertas para poder estudiar mi carrera, a mis docentes, por brindarme todos sus conocimientos, su paciencia y por el apoyo para seguir día a día.

Agradezco de manera sincera a mi tutora de tesis la Lcda. Amparito Rodríguez por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, y por haberme tenido toda la paciencia en el desarrollo de este trabajo investigativo, igualmente a la Lcda. Francisca Burgueño por asesorarnos durante esta investigación.

Mi agradecimiento va dirigido a los directores técnicos de los centros de adicciones “CREIAD y PROESPE” por la acogida y por haber aceptado que se aplique esta Tesis en sus prestigiosos centros.

Y para finalizar, también agradezco a todos los amigos y compañeros durante los ciclos de la Universidad, ya que mediante un consejo o apoyo hemos alcanzado juntos continuar con esta carrera profesional.

**Evelyn Pamela Cárdenas Nieves**

## **Agradecimiento**

Quiero agradecer a Dios y a la Virgen del Cisne por estar presente en mi vida, por guiar mi camino, y bendecir a toda mi familia. Agradezco a mis padres, Nancy Inga y Rodolfo Enriquez por ser parte de este proceso, por confiar en mí y por brindarme su apoyo incondicional. A mis hermanas, Estefanía Enriquez y Diana Enriquez por el apoyo recibido, por los consejos y por demostrarme siempre su cariño. Gracias a todos mis amigos/as, compañeros/as y futuros colegas que han formado parte durante todo este proceso.

Un agradecimiento muy especial a mi amiga y compañera Evelyn Cárdenas por el gran equipo que formamos; agradezco por su amistad, cariño y apoyo incondicional que me ha brindado.

De igual manera quiero agradecer a la Universidad de Cuenca, a toda la Facultad de Enfermería, a mis docentes, por haberme brindado valiosos conocimientos que me permitirán concluir con una etapa más de mi vida; gracias por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

A sí mismo, expreso mi más sincero agradecimiento a la Lcda. Amparito Rodríguez Sánchez por ser la tutora de tesis y a la Lic. Francisca Burgueño Alcalde por ser la asesora de tesis; el cual, mediante un excelente trabajo en equipo, se ha hecho posible el desarrollo de este proyecto de investigación.

Finalmente, quiero agradecer a los directores técnicos de los centros de adicciones “Centro de Rehabilitación e Internamiento de Alcohólicos y Drogadictos (CREIAD) y Proyecto Esperanza (PROESPE)”, que gracias a su colaboración y agradable acogida se pudo realizar ésta investigación.

**Erika Michelle Enriquez Inga**

## Dedicatoria

Mi tesis la dedico a Dios y a la Virgencita del Cisne por brindarme salud, inteligencia y perseverancia, y por permitirme no rendirme ante las adversidades.

Con mucho amor a mis padres, en especial a mi madre Esperanza que siempre ha estado conmigo desvelándose, por su amor y por depositar mucha confianza en mí, muchos de mis logros se los debo a ella, porque me formo con libertad pero también con reglas.

Se lo dedico a mi hermano Pablo quien ha sido un motivo fundamental para luchar por mi vida profesional, y a mi hermano Steven que desde el día uno puso su fe en mí, a todos mis hermanos por su amor y palabras de aliento.

Finalmente a cada una de mis amistades que a lo largo de mi vida me han acompañado y han aportado un granito de arena para que este sueño tan anhelado se haga realidad.

Con mucho amor a toda mi familia que es lo mejor y más valioso que Dios me dio.

**Evelyn Pamela Cárdenas Nieves**

### **Dedicatoria**

Este trabajo quiero dedicárselo principalmente a Dios y a la Virgencita del Cisne por brindarme salud, fortaleza y sabiduría durante el trayecto de mi carrera profesional.

Con todo mi corazón se lo dedico a mis padres Nancy Inga y Rodolfo Enriquez, por los consejos, la motivación, su amor, el apoyo incondicional y por estar siempre presente para guiar mi camino.

A mis hermanas, Estefanía Enriquez y Diana Enriquez que han sido mi motivo fundamental para lograr los objetivos propuestos; por estar en los momentos más difíciles de mi vida, apoyándome, aconsejando y dándome ánimos para seguir adelante.

A mi hermano Mathías que a pesar de que no esté presente, desde el cielo me ha cuidado y ha permitido que éste sueño se haga realidad.

Con todo cariño esta tesis se la dedico a ustedes y gracias por ayudarme a hacer mis sueños posibles.

**Erika Michelle Enriquez Inga**

## Capítulo I

### 1.1 Introducción

La Organización Panamericana de Salud (OPS) menciona que los trastornos afectivos de ansiedad graves y moderados, que se dan por el consumo de sustancias psicotrópicas en adultos, tiene una mediana brecha de tratamiento en la región de 73,5% en las Américas, 47,2% en América del Norte y 77,9% en América Latina y el Caribe <sup>1</sup>.

En un estudio denominado “Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas” menciona que las drogas a nivel del sistema nervioso central tienen repercusiones a nivel cognitivo y diversos investigadores han estudiado el impacto en la esfera emocional; ya que un sujeto depresivo o ansioso puede recurrir al consumo de sustancias como medio paliativo y como consecuencia de esto se manifiesta enfermedades asociadas al deterioro cognitivo <sup>2</sup>.

En el Informe Mundial de las Drogas 2020 de la United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) para el año 2018 alrededor de 269 millones de personas consumieron drogas <sup>3</sup>; de las cuáles se les ha diagnosticado algunos trastornos mentales, tales como la ansiedad y depresión <sup>4</sup>; generando problemas de salud mental, ya que las drogas alteran áreas del cerebro especialmente en el sistema nervioso central que son indispensables para el soporte vital, impidiendo que el usuario/persona pueda interpretar y actuar de acuerdo a sus pensamientos y emociones, alterando tanto la conciencia y el comportamiento <sup>5</sup>.

Es por eso, que en el presente estudio de investigación se determinó la asociación entre deterioro cognitivo y ansiedad en consumidores de sustancias psicoactivas de los centros de adicciones “CREIAD y Proyecto Esperanza” cuyo propósito es adquirir información para brindar una educación oportuna en la prevención de dicho consumo que se presenta en la población, así como las complicaciones que trae consigo el abuso de drogas, y lograr una mejor atención integral para la salud de los usuarios de los centros aplicando mediante el equipo multidisciplinario en un período prodrómico psicoterapias como la cognitivo-conductual, enfocado en la conservación de las funciones cerebrales superiores. Además, para plantear líneas de investigación para futuros estudios y crear un documento base que sirva de apoyo para las prácticas de enfermería en Salud Mental y Psiquiatría.

### 1.2 Planteamiento del problema

La ansiedad, en la actualidad es considerada como un problema de salud pública a nivel mundial, ya que, en las últimas décadas, se ha evidenciado que este padecimiento forma parte de los seres humanos a lo largo de su vida <sup>6</sup>; según el Diccionario de la Real Academia

Española (2021) la ansiedad proviene del latín “anxiētas, -ātis.”, definiéndolo como “un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo”<sup>7</sup>.

Ahora bien, en los consumidores de sustancias psicotrópicas, las sustancias afectan directamente al funcionamiento del sistema nervioso, alterando los circuitos cerebrales<sup>8</sup>, siendo los temas de mayor atención la ansiedad y el deterioro cognitivo, mismas que pueden representar un obstáculo a lo largo de su rehabilitación<sup>9</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2017, el Ecuador se encuentra en el treceavo puesto de los países de la Región de las Américas en presentar trastornos de ansiedad relacionados al consumo de drogas, con una prevalencia del 5,6% de un total de 879 900 casos<sup>10</sup>, además, es estimado como el segundo trastorno mental más incapacitante a nivel mundial<sup>11</sup>.

En el documento de directrices planteadas por la OMS, “Reducción de los Riesgos de Deterioro Cognitivo y Demencia”, se menciona que, en diversos estudios existe una relación entre el consumo de sustancias ilícitas y el deterioro cognitivo, hasta incluso la demencia; vinculando el consumo de las mismas, a una causa directa de más de 200 enfermedades<sup>12</sup>.

Según las Naciones Unidas del Ecuador, en su último informe anual (2020), la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, estableció al consumo de drogas en personas adultas como una “Epidemia Oculta”, al igual indica que mientras la población mundial envejece, se da una mayor vulnerabilidad al consumo de drogas, aumentando los trastornos relacionados al tema<sup>13</sup>. Así mismo, al ser considerados Ecuador, Colombia y Venezuela vías de comercio y producción de cocaína, base de cocaína, marihuana, entre otros; existe mayor accesibilidad para los adultos de dichos países<sup>6</sup>.

Por la evidencia antes descrita, el problema que presentan los consumidores de sustancias psicotrópicas desencadena alteraciones tanto a nivel cognitivo como emocional, generando un problema de Salud Pública en los centros de adicciones durante la rehabilitación de los pacientes. Por lo que, los adultos que consumen sustancias psicoactivas y que presenten síntomas de ansiedad pueden llegar a desarrollar un grado de deterioro cognitivo<sup>14</sup>, sin embargo, si no es tratado en una etapa temprana, se puede llegar a un deterioro grave, lo cual, con el tiempo se puede desarrollar la enfermedad de Alzheimer o atrofia cerebral<sup>15</sup>.

Frente a la realidad surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre el deterioro cognitivo y ansiedad en adultos consumidores de sustancias psicotrópicas del centro de adicciones “CREIAD y Proyecto Esperanza” de la ciudad de Cuenca, periodo 2022-2023?

### 1.3 Justificación

En el Informe (2020) de la UNODC para el año 2018, de las 269 millones de personas que consumieron drogas, 35 millones sufrieron trastornos a nivel cognitivo y emocional<sup>3 14</sup>. Por lo que, al referirnos a la población de consumidores de sustancias psicotrópicas, podemos determinar que el deterioro cognitivo y la ansiedad en adultos están íntimamente relacionados al momento de su rehabilitación.

Así mismo, la salud mental y trastornos del comportamiento, se encuentra dentro de las líneas de prioridades de investigación en salud 2013-2017, del Ministerio de Salud Pública, se enmarca dentro de la línea 11 de las áreas definidas<sup>16</sup>. Y de acuerdo con las líneas de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, se encuentra en la línea 9 “Salud Mental”<sup>17</sup>.

Es importante, que el personal de salud, específicamente los del área de enfermería, al ser los principales promotores de salud y los que están más tiempo en contacto con los pacientes; generen cuidados y una educación adecuada<sup>18</sup>, ya que siempre se busca el bienestar del paciente y una salud óptima, en este caso de las personas en rehabilitación, por lo que, se debe tener capacidades, habilidades y conocimientos necesarios para llevar una correcta ejecución en el ejercicio de la profesión.

Además, no olvidar que no hay salud sin salud mental, por lo tanto, la investigación planteada, tuvo como finalidad determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la ansiedad en adultos consumidores de sustancias ilícitas, de esta manera dar a conocer a los próximos estudiantes de la carrera de enfermería la asociación entre estos dos problemas y a la vez generar un documento base que sirva de guía de cuidado para sus prácticas de enfermería en Salud Mental y Psiquiatría.

Como aporte a nivel de la sociedad, con esta investigación, se buscó concientizar que el consumo de drogas desde una temprana edad ya sea por adaptarse, experimentar o ser aceptado en un grupo, se puede llegar a ser un consumidor frecuente; por consiguiente, ya la misma cantidad antes consumida, e incluso la misma droga no satisface el efecto deseado; y al no ser tomado en cuenta las consecuencias, se verá afectado el funcionamiento cognitivo y emocional al llegar a una edad adulta.

## Capítulo II

### 2 Fundamento teórico

#### 2.1 Antecedentes

Según el Informe Mundial sobre las Drogas 2021, cerca de 274 millones de personas en el último año consumieron drogas y más de 36 millones sufrieron diferentes tipos de trastornos, siendo estos los emocionales y cognitivos debido a su consumo <sup>19 20</sup>.

Un artículo del 2020 que trata del consumo de drogas psicoactivas y su relación con el deterioro cognitivo en ecuatorianos dieron como resultado que aproximadamente uno de cada tres casos presentó un deterioro cognitivo leve, y, además, que existe una relación entre deterioro y el tiempo de consumo <sup>9</sup>.

En una investigación con el nombre de “Deterioro Cognitivo asociado al consumo de Marihuana en los pacientes institucionalizados en el CETAD KAIRÓS” (2020), realizada por la Psicóloga Clínica Paulina Ochoa, concluyó que el grado de deterioro cognitivo relacionado con el consumo de marihuana se encuentra en un nivel normal <sup>21</sup>.

Y finalmente, en un estudio publicado por Radiological Society of North América, incluyeron a 399 pacientes que presentaban un diagnóstico de deterioro cognitivo, de los cuales, 72 progresaron a la enfermedad de Alzheimer y los 276 permanecieron estables, lo notable y llamativo de este estudio fue que la ansiedad es un factor en los 72 pacientes; concluyendo finalmente que la ansiedad si está relacionada con el deterioro cognitivo <sup>22</sup>.

#### 2.2 Deterioro cognitivo

##### 2.2.1 Definición

Es un concepto mal definido y poco consensuado, pero en sí, refleja un declive, una pérdida o una disminución del rendimiento, de una o más capacidades mentales o intelectuales superiores como son la memoria, orientación, pensamiento abstracto, juicio y razonamiento, lenguaje, aprendizaje, cálculo y habilidad constructiva y visuoespacial <sup>23</sup>.

Según *Félix Viñuela Fernández* en el “Libro Recomendaciones para el Manejo del Deterioro Cognitivo 2019”, este término abarca dos conceptos <sup>24</sup>:

- El primero “deterioro” que se refiere a un declive, es debido a un proceso patológico subyacente, se lo debe distinguir de que en el proceso de maduración no se hayan adquirido las habilidades cognitivas <sup>24</sup>.

- Para el segundo término “cognitivo”, debemos recordar que William James, padre de la psicología moderna, dividía a la mente humana en tres componentes: cognición, emoción y conación o conducta; entonces sería considera uno de estos componentes y se refiere a un conjunto de habilidades o dominios como son memoria, lenguaje, gnosis, praxias, funciones ejecutivas y cognición social <sup>24</sup>.

### 2.2.2 Tipos

**Deterioro Cognitivo Leve:** Se caracteriza por problemas de memoria, lenguaje, pensamiento o juicio <sup>25</sup>, es decir una alteración de una o más de las funciones cognitivas; quien lo padece puede presentar demencia y esto relacionado con trastornos del estado de ánimo como ansiedad y depresión <sup>26</sup>.

**Deterioro Cognitivo Moderado:** Es la incapacidad de retener o recordar nueva información, se identifica por un lenguaje incoherente, el usuario se encuentra desorientado, con incapacidad y gran dificultad de resolver problemas <sup>26</sup>.

**Deterioro cognitivo Grave:** Se presenta un alto grado de afectación del lenguaje, orientación, capacidad para resolver problemas o realizar actividades, también se pueden presentar cuadros delirantes, labilidad emocional e inercia <sup>26</sup>.

## 2.3 Ansiedad

### 2.3.1 Definición

El término Ansiedad según la Real Academia Española proviene del latín *anxietas*, congoja o aflicción <sup>7</sup>.

Según *Lazarus (1976)* la ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral o académico. Además, tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo y afrontarlo <sup>11</sup>.

Por lo tanto, con lo antes mencionado, podemos decir que la ansiedad es parte de la existencia humana y que aluden a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales; si no que se manifiestan ya sea de forma de crisis o como un estado persistente y difuso.

### 2.3.2 Niveles de ansiedad:

**Ansiedad Leve:** También conocida como ligera, en donde la persona se encuentra alerta, domina sus órganos sensoriales y la atención está dirigida a la situación que causa ansiedad.

Con respecto a las reacciones fisiológicas puede presentar taquipnea, frecuencia cardíaca y tensión arterial ligeramente elevada, síntomas gástricos leves, tic facial, temblor de labios <sup>27</sup>.

**Ansiedad Moderada:** Aquí la percepción del sujeto se encuentra limitada parcialmente. Puede observar, escuchar y dominar la situación, en menor medida que en la ansiedad leve; experimenta limitaciones para percibir lo que está sucediendo a su alrededor, sin embargo, puede observar si otra persona le dirige la atención hacia cualquier sitio periférico. Puede presentarse taquipnea, taquicardia, hipertensión, xerostomía, malestar estomacal, anorexia, diarrea o estreñimiento, temblor corporal, expresión facial de miedo, rigidez muscular, inquietud, respuestas de sobresalto exageradas, incapacidad de relajarse e insomnio <sup>27</sup>.

**Ansiedad Grave:** El campo de percepción de la persona se reduce notablemente, impidiendo que la persona observe lo que pasa a su alrededor, aún con intentos de que dirija su atención a la situación real, puede distorsionar lo observado, existe la dificultad para aprender, va a presentar una visión periférica disminuida y dificultad para establecer secuencias lógicas. Se puede manifestar respiración atáxica, disnea, hipotensión arterial, temblor esencial y expresión facial de terror <sup>27 28</sup>.

## 2.4 Consumidores de sustancias psicoactivas

### 2.4.1 Droga

Según la OMS, las drogas son “todas aquellas sustancias que pueden producir en un organismo vivo, un estado de dependencia física, psíquica o de ambos tipos y que pueden utilizarse con finalidades médicas o no médicas” <sup>29</sup>.

La Real Academia Española, define droga como “sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno” <sup>7</sup>. Además, son sustancias químicas que llegan a afectar el sistema nervioso central y las funciones cerebrales <sup>30</sup>.

### 2.4.2 Clasificación y tipos de droga

**Drogas depresoras del Sistema Nervioso central (SNC).**- las drogas de este grupo disminuyen la actividad del SNC, reprimiendo las estructuras pre-sinápticas, lo que disminuye la cantidad de neurotransmisores, dando un declive de la función de receptores post-sinápticos. Produce relajación, una sensación de bienestar y tranquilidad. Entre estos se encuentran:

- **Alcohol:** es una droga legal. Es un líquido, que va acompañado de elementos químicos que le dan color, sabor y olor; su consumo se realiza por vía oral. Es una droga, cuyo consumo en el Ecuador sólo está prohibido a los menores de 18 años. El

consumo irresponsable de alcohol se considera entre los tres grandes enemigos de la salud, junto a las enfermedades cardiovasculares y el cáncer <sup>3</sup>.

- **Heroína:** es ilegal. Es un polvo blanco o marrón, inodoro y muy fino. Se puede consumir inyectada, previamente disuelta en agua; inhalada o fumada. Es muy adictiva <sup>3</sup>.
- **Cannabis (Marihuana-Hachís):** también actúa como alucinógeno en el organismo. La apariencia de la marihuana es la del perejil seco, mientras que el hachís suele estar en forma de “bolas”. Se consume normalmente fumado en forma de cigarrillo, aunque también se puede comer <sup>3</sup>.
- **Benzodiacepinas:** éstas producen un efecto ansiolítico y de relajación muscular en las personas. Entre las más comunes se encuentran: diazepam, flunitrazepan y valium. El consumo prolongado y frecuente de este tipo de drogas puede generar dependencia física y psicológica, promoviéndose a la adicción.

**Drogas estimulantes del Sistema Nervioso Central (SNC).**- actúan bloqueando la inhibición o excitación de las neuronas. Aumenta la despolarización neuronal, incrementa la cantidad de neurotransmisores; esto puede provocar taquicardia, dilatación pupilar, hiperhidrosis, hipertensión, entre otros. Produce una sensación de estar despierto, como tener mucha energía, también se da una falta de control emocional, se pueden volver agresivos como con euforia. Se puede encontrar:

- **Anfetaminas:** son ilegales, normalmente son pastillas o ampollas inyectables. Actúan como estimulante en el organismo y son altamente peligrosas <sup>3</sup>.
- **Cocaína:** es ilegal, que actúa como estimulante sobre el organismo. La cocaína es un polvo blanco, que se consume inhalado, fumado o inyectado, y es altamente adictivo <sup>3</sup>.
- **Tabaco:** es considerada una droga legal; actúa como estimulante sobre el organismo. Su forma de consumo es fumada o inhalada. Tiene la apariencia de una hoja de color marrón que puede ser usado en forma de cigarrillo o en una pipa. El tabaco está compuesto por nicotina 16% y por alquitrán 84% <sup>3</sup>.

**Drogas alucinógenas.**- alteran el normal funcionamiento del cerebro, lo que provoca distorsiones perceptivas, delirios o alucinaciones, alteración del humor y del pensamiento, entre estas tenemos:

- **Éxtasis:** por lo general se vende en pastillas presentadas con diversos logotipos o diseños, en ocasiones pueden contener otras drogas-sustancias muy peligrosas <sup>3</sup>.

- **LSD:** Es uno de los más conocidos. Las experiencias alucinógenas que producen estas sustancias suelen ser llamadas “viajes”, muchos de los cuales pueden ser “malos viajes”, ya que se viven con una gran angustia. Generalmente se ingieren oralmente (se mastican y se tragan).
- También se encuentra los derivados del cannabis.

### 2.4.3 Causas

Una causa exacta se desconoce, pero sí se pueden mencionar factores que intervienen como <sup>31 32 33 34</sup>.

**Tabla 1.** Factores intervinientes en el consumo

<b>Factores individuales</b>	<b>Factores familiares</b>	<b>Factores sociales</b>
-Personalidad	-Consumo de sustancias ilícitas por parte de los familiares	-Presión de compañeros
-Ansiedad	-Divorcio o separación de los padres	-Estilo de vida caótico
-Depresión	-Problemas familiares.	-Fácil acceso
-Baja autoestima	-Falta de relación afectiva entre padres e hijos	-Publicidad
-Trastorno de déficit de atención y estrés	-Déficit o exceso de disciplina	-Delincuencia
-Aislamiento	-Ausencia de responsabilidades dentro de la familia	-Pertener a un grupo
-Búsqueda de sensaciones		

**Realizado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

### 2.4.4 Etapas del consumo

- Consumo experimental: Implica a los compañeros, aquí el consumidor puede disfrutar del desafío a los padres o tutores <sup>31</sup>.
- Consumo regular: existe la falta a la escuela o trabajo, se preocupa por comprar la droga y de no perder a su distribuidor, según ellos consumen para “remediar” sentimientos negativos, se aíslan y muchas veces cambian de amigos <sup>31</sup>.
- Consumo problemático o riesgoso: ya aquí pierden la motivación, no hay importancia ni para la escuela, trabajo, ni relaciones personales, solo piensan consumir drogas; hay cambios de comportamiento, también puede empezar a venderlas lo que incrementa problemas legales <sup>31</sup>.
- Adicción: no pueden vivir sin drogas, sin embargo, niegan el problema que tienen, su estado físico se empeora, ya no controlan su consumo, tiene pensamientos suicidas,

y pueden ya no tener lazos familiares ni sociales. Sobre todo, aumentan los problemas financieros y legales <sup>31</sup>.

## 2.5 Etiología de drogas-ansiedad y deterioro cognitivo

La droga afecta al cerebro, de manera directa a los neurotransmisores de la sinapsis y una alteración en los patrones de organización cerebral funcional <sup>35</sup>, la ansiedad tiene su base en el tallo cerebral, siendo el ácido gamma amino butírico (GABA) el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante. Por ende, el deterioro cognitivo está relacionado íntimamente con la presencia de ansiedad y este con el consumo de drogas <sup>36</sup>.

Factores psicosociales: juegan un papel muy importante, como factores precipitantes, agravantes/causales y trastornos de adaptación. Además, como ya se mencionó es un factor predisponente para el consumo de drogas <sup>37</sup>.

Factores cognitivos/conductuales: Los patrones cognitivos distorsionados como son los pensamientos negativos, preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. En donde, la ansiedad se presenta como una sobrevaloración amenazante de los estímulos internos y externos; y una infravaloración de sus potenciales personales <sup>37</sup>.

## 2.6 Sintomatología de ansiedad y deterioro cognitivo

De acuerdo con los daños que se producen a nivel del sistema nervioso, se generan cambios neuropsicológicos; los cuales se evidencia con la presencia de uno o más de los síntomas que se detallarán más adelante; en los consumidores depende de la naturaleza de la sustancia para tener crisis de ansiedad, fobias, obsesiones o compulsiones, en sí, el consumo y la ansiedad están directamente relacionados, ya que si se usa continuamente una sustancia puede aparecer problemas de ansiedad <sup>6</sup>. A continuación, se detallará algunos síntomas que se presentan a nivel cognitivo y de ansiedad ante el consumo de algunas sustancias:

### Estado de abstinencia ante el consumo de drogas depresoras <sup>38 39</sup>

- Déficit en resolución de problemas, memoria y capacidad de aprendizaje, concentración y atencionales.
- Deterioro de las funciones ejecutivas como planificación, organización, secuenciación y abstracción.
- Afasia, apraxia y agnosia.
- Deterioro de la actividad laboral o social.
- Somnolencia, cefalea.
- Náusea y vomito.
- Disminución del tono muscular (hipotonía).

- Enrojecimiento de la conjuntiva.
- Hipertensión, hipotensión, bradipnea, taquicardia y taquipnea.
- Intoxicación.
- Hipotensión.
- Sequedad bucal.
- Enrojecimiento e incremento en la temperatura de la piel.

## **Estado de abstinencia ante el consumo de drogas estimulantes** <sup>38 39</sup>

- Deficiencias en la atención, aprendizaje, concentración y memoria.
- Hipertensión, hipertermia, taquicardia y taquipnea.
- Inhibición de respuestas.
- Falla en la recuperación de información a corto y largo plazo.
- Somnolencia.
- Disnea, convulsiones.
- Dolor abdominal, náuseas, complicaciones gastrointestinales.
- Confusión.
- Convulsiones.
- Insomnio y pérdida del apetito.
- Problemas dentales.

## **Estado de abstinencia ante el consumo de drogas alucinógenas** <sup>39</sup>

- Dilatación pupilar.
- Alucinaciones, delirio.
- Alteración de la memoria.
- Náuseas.
- Escalofríos, sudoración.
- Calambres musculares.
- Visión borrosa.
- Taquicardia, hipertensión. Hipertermia, taquipnea, hipertensión
- Convulsiones.
- Somnolencia.

## **Ansiedad en consumidores** <sup>6</sup>

- Temor a la oscuridad. a quedarse solo, a lo desconocido, a las multitudes.
- Aprehensión.
- Sensación de tensión.
- Imposibilidad de relajarse.

- Temblores.
- Irritabilidad.
- Reacciones con sobresalto.
- Sensación de inquietud.

## **2.7 Marco institucional**

### **2.7.1 Centros Especializados de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD)**

Es necesario conocer que existen establecimientos para el tratamiento y rehabilitación que ayudan a las personas que quieren recuperarse del consumo de sustancias psicotrópicas. En Ecuador el Ministerio de Salud Pública (MSP) mediante la Agencia de aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS) para cumplir el acuerdo ministerial “Normativa Sanitaria para el Control y Vigilancia de los Establecimientos de Salud que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (ESTAD) del Sistema Nacional de Salud”, se encargan de regular y controlar los establecimientos de rehabilitación emitiendo un certificado de funcionamiento. Posterior a eso son registrados en el Tercer Nivel de Atención y reconocidos como Centros Especializados de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) <sup>40</sup>.

En Cuenca, existen varios CETAD en los que se encuentran “CREIAD” y “PROESPE”, centros de estudio de esta investigación.

### **2.7.2 Centro de Rehabilitación e Internamiento de Alcohólicos y Drogadictos (CREIAD)**

Es una comunidad terapéutica en donde ofrecen una modalidad de tratamiento de las adicciones; en donde, se realizan intervenciones intensivas, multidisciplinarias y orientadas a la rehabilitación del paciente, seguro y apropiado para realizar las primeras fases de recuperación con éxito. Está ubicada en la provincia del Azuay, a pocos kilómetros de la ciudad de Cuenca, en el sector Valle de Challuabamba.

### **2.7.3 Centro de Adicciones Proyecto Esperanza (PROESPE)**

Es una comunidad terapéutica especializada en el tratamiento para consumidores de drogas y alcohol, sean estos adolescentes o adultos. Se encuentra en la calle del Orégano y de la Guayusa sector “Sayausí”.

### 2.7.4 Tratamientos CETAD

- **Terapia psicológica individual:** El objetivo es generar alternativas de solución conflictos propios individuales de la personalidad <sup>40</sup> en un entorno adecuado, aislado, natural y pacífico <sup>41</sup>. Acompañada de actividades como evaluación y diagnóstico psicológico, identificación de problemáticas, elaboración de un plan terapéutico promoviendo habilidades, aptitudes y destrezas; y seguimiento del proceso terapéutico <sup>40</sup>. Además, otras actividades como fútbol, voleibol, gimnasio, yoga, artes marciales, sesiones de relajación, etc. <sup>41</sup>
- **Terapia psicológica grupal:** El fin es fortalecer la terapia individual y favorecer la catarsis, con el intercambio de experiencias y vivencias de los residentes, mediante un espacio de discusión y búsqueda de soluciones <sup>40</sup>.
- **Terapia psicológica familiar:** El objetivo es favorecer el afrontamiento, la resolución de conflictos y las relaciones sociales armónicas del usuario <sup>40</sup>. La familia es un agente activo fundamental; ya que son la primera instancia de socialización, además para los terapeutas es muy importante para encontrar el problema de dependencia <sup>41</sup>.
- **Terapia ocupacional, de integración y expresión artística:** Permitiendo reforzar las habilidades ocupacionales, sociales y emocionales; adecuando el tiempo libre en actividades de ocio, actividades lúdicas recreativas, laborales y educativas <sup>40</sup>.
- **Tratamiento psicofarmacológico:** Dependerá del diagnóstico médico según la situación clínica del usuario <sup>40</sup>.
- **Terapia ambulatoria del Centro de Rehabilitación e Internamiento de Alcohólicos y Drogadictos (CREIAD):** Esta permite pasar a un tratamiento ambulatorio, garantizando la continuidad del seguimiento; es decir, es externo y destinado a las personas que no necesitan un ingreso, pero sí mantener la abstinencia. Dentro de este se encuentran varios tratamientos específicos como: Programa de prevención y de mediación con adultos abusadores de marihuana, y refuerzo a familiares y a su entorno, terapia individual y grupal, seguimiento y refuerzo: atención individual, prevención de recaídas, y detección y corrección de desencadenantes, prevención para adultos varones fumadores ocasionales y atención a las familias: grupos de familias, terapia individual a los familiares <sup>41</sup>.

### 2.8 El rol del profesional de enfermería

El ser humano es un ser integral con características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, por ende, tiene relaciones interpersonales, en donde se puede dar la presencia de consumo de sustancias psicoactivas dentro de los círculos sociales, además se conoce que la drogadicción y el alcoholismo son un problema de salud pública a nivel mundial.

En Ecuador, se conoce la existencia de varios Centros de Rehabilitación que han sido creados con el fin de solventar esta problemática, siempre buscando el bienestar y confort del paciente tomando en cuenta al Modelo Integral de Atención en Salud; aquí entra el papel de enfermería, implicando aspectos como la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud <sup>42</sup>.

Ahora bien, junto con estos centros, es importante cuidar la salud mental, y por eso el Ministerio de Salud Pública (MSP), busca garantizar el acceso a los servicios integrales de atención en salud y la supresión del estigma social a personas que tenga trastornos mentales, incluso el consumo de alcohol y drogas mediante el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental en el año 2018 <sup>43</sup>.

Los profesionales de enfermería forman parte de un equipo multidisciplinario, de esta forma llevan una labor más eficiente y eficaz. Y, sobre todo, no solo relacionar a el rol de enfermería con la administración de medicamentos, sino que también están encargados de la educación sobre los temas de sustancias psicoactivas, y sobre todo deberán crear una fuerte relación terapéutica, no sólo enfermería-paciente, sino incluir a la familia, así se creará un vínculo de confianza.

Por lo tanto, el personal de enfermería debe desarrollar en los centros de salud, escuelas, colegios y en los centros de rehabilitación, programas, charlas educativas y varias actividades dirigidas al no consumo de sustancias psicoactivas y al control de estas, indicando los efectos nocivos que conlleva este consumo para la salud. Además, en los centros de rehabilitación, el equipo de enfermería debe ofrecer un tratamiento adecuado, eficaz y una rehabilitación certera en los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos para así lograr su pronta recuperación.

## Capítulo III

### 3 Objetivos

#### 3.1 Objetivo general

Identificar la asociación entre el deterioro cognitivo y la ansiedad en adultos consumidores de sustancias psicotrópicas del centro de adicciones “CREIAD y Proyecto Esperanza” de la ciudad de Cuenca, periodo 2022-2023.

#### 3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la población según las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, remuneración, tipo de sustancia que consume y tiempo de internamiento.
- Identificar el grado de deterioro cognitivo y el nivel de ansiedad en los adultos consumidores de los centros de adicciones.
- Determinar el grado de asociación entre deterioro cognitivo, intensidad de ansiedad y variables sociodemográficas en lo adultos de los centros de adicciones.

## Capítulo IV

### 4 Diseño metodológico

#### 4.1 Tipo de estudio

Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo, tipo analítico de corte transversal.

#### 4.2 Área de estudio

Se desarrolló en los Centros de Adicciones “Centro de Rehabilitación e Internamiento de Alcohólicos y Drogadictos (CREIAD) y Proyecto Esperanza (PROESPE)” de la ciudad de Cuenca, ubicados en el Valle de Challuabamba, a pocos kilómetros de la ciudad, y el segundo en la calle del Orégano y de la Guayusa sector “Sayaus”.

#### 4.3 Universo y muestra

Se trabajó con todo el universo de los internados en los centros de adicciones. La muestra fue de  $\pm 60$  en cada uno.

#### 4.4 Criterios de inclusión y exclusión

##### Criterios de Inclusión:

- Consumidores de sustancias psicoactivas de los centros.
- Personas que firmaron el consentimiento informado.

##### Criterios de Exclusión:

- Usuarios con un déficit de coeficiente intelectual igual o mayor a 70%.
- Menores de edad o adultos mayores.

#### 4.5 Variables de estudio

**Tabla 2.** Matriz de Variables

<b>Variabes Dependientes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro Cognitivo</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>
<b>Variable Interviniente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de sustancia que consume</li> </ul>
<b>Variabes Independientes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Nivel de instrucción</li> <li>• Ocupación</li> <li>• Remuneración</li> <li>• Tiempo de internamiento</li> </ul>

**Realizado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

## 4.6 Método, técnica e instrumentos para la recolección de datos

### Método

Estudio cuantitativo, con un diseño analítico transversal, se trabajó con el universo de los usuarios que consumen sustancias psicoactivas y que se encontraron en los centros de adicciones.

### Técnica

Se realizó mediante la técnica de entrevista directa para la recolección de los datos sociodemográficos; y luego se aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton para valorar la intensidad de ansiedad y la Prueba de Folstein Mini Mental para valorar el grado de deterioro cognitivo.

### Instrumentos: (Anexo 2)

- **Entrevista directa sobre las variables sociodemográficas.**- Preguntas directas que serán agregadas en el encabezado de una escala.
- **Escala de Ansiedad de Hamilton.**- Consta de 14 ítems de los cuales 13 están relacionados a signos y síntomas ansiosos y el último al comportamiento general y fisiológico del paciente durante la entrevista. Se puntúa de 0 a 4 puntos cada uno; en donde, 0=Ausente; 1=Leve; 2=Moderado; 3= Grave y 4=Muy Grave-Incapacitante. Para la interpretación de esta, se suma el valor dado en cada ítem:

Ansiedad Leve	≤17
Ansiedad Moderada	18-24
Ansiedad Severa	24-30
Ansiedad muy Severa	≥31

**Validez:** Esta escala muestra una especificidad de 85,2% y un alfa de Cronbach de 0,78 a 0,97<sup>44</sup>.

- **Prueba de Folstein Mini Mental.**- Es aplicada en personas para evaluar la función cognitiva. En donde se evalúan 5 áreas: Orientación Temporal, Orientación Espacial, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y por último, Lenguaje y Construcción. En cada una hay preguntas con una puntuación de: 0=No responde y 1=Responde. Se suma cada valor dado y se interpreta de la siguiente manera:

Sin deterioro	25-30
Deterioro Cognitivo Leve	20-24

Deterioro Cognitivo Moderado 15-19

Deterioro Cognitivo Grave 0-14

**Validez:** Esta prueba muestra una especificidad de 85,3% y un alfa de Cronbach de 0,85<sup>45</sup>.

## **4.7 Procedimientos**

### **4.7.1 Autorización**

Se solicitó la autorización a los directores técnicos de los centros de adicciones, del Centro de Rehabilitación e Internamiento de Alcohólicos y Drogadictos (CREIAD) el Psicólogo Clínico. Jefferson Aguirre P. y de Proyecto Esperanza (PROESPE) el Psicólogo Clínico. José Andrés Muñoz de la ciudad de Cuenca mediante oficios para la ejecución y aplicación de los instrumentos, y posteriormente a los usuarios de los centros mediante el consentimiento informado.

### **4.7.2 Capacitación**

Las investigadoras recibieron las cátedras de Investigación Básica, Bioestadística e Investigación Aplicada; en donde adquirieron los conocimientos necesarios para la búsqueda de artículos científicos basados en evidencia sobre el tema de investigación, además de recibir capacitación por parte de la asesora y directora de tesis que se aseguraron de evitar sesgos que influyan en los resultados del estudio.

### **4.7.3 Supervisión y proceso**

Este trabajo investigativo fue realizado por Evelyn Cárdenas y Michelle Enriquez, guiado y supervisado por la Lic. Dolores Amparito Rodríguez Sánchez y por la Lic. Francisca Burgueño Alcalde docentes de la carrera de Enfermería de la Universidad de Cuenca.

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

Una vez que se obtuvieron los datos al aplicar los instrumentos, éstos fueron registrados en una base digital y analizados en el programa IBM SPSS statistics 28.0, con el propósito de analizar los datos mediante la estadística descriptiva con frecuencias, porcentajes y estadística multivariada, para así determinar la asociación, se utilizó el chi-cuadrado y el valor p, con un índice de confianza del 95%. Finalmente, para dar a conocer los resultados, se elaboraron tablas y gráficos en Excel 2019.

## **4.9 Aspectos éticos**

Antes de iniciar el estudio, se contó con la aprobación del protocolo de investigación por el Comité de Bioética del Área de Salud de la Universidad de Cuenca (COBIAS), la autorización a la Dirección y Comisión Académica en la Carrera de Enfermería, por el Consejo Directivo y la aprobación mediante los permisos correspondientes de los Centros de Adicciones “Centro

de Rehabilitación e Internamiento de Alcohólicos y Drogadictos (CREIAD) y Proyecto Esperanza (PROESPE)” para posteriormente aplicar los diferentes instrumentos a los usuarios, siempre respetando las normas de Helsinki <sup>46</sup>.

La participación fue voluntaria de todos los usuarios de los centros de adicciones “CREIAD y PROESPE”, para ello, fue necesario que los participantes firmen el Consentimiento Informado (ANEXO 3), mismo que fue redactado en el formato aprobado por el COBIAS; luego de la aprobación del protocolo, se les entregó éste documento impreso y se procedió a hablar con cada usuario de los diferentes centros para explicar el título de la investigación, objetivo del mismo, riesgos o beneficios, sus derechos, asegurando que los datos obtenidos serán netamente para fines de investigación, y además resolver dudas. Finalmente se invitó a firmar el documento, una vez que el usuario aceptó y comprendió el objetivo del estudio.

También, se garantizó la confidencialidad a lo largo de la investigación, respetando el reglamento para el manejo de información confidencial que se encuentra en el Sistema Nacional de Salud, acuerdo ministerial 5216, capítulo III, art. 7,10 <sup>47</sup>. A la base de datos, para el análisis tuvieron acceso únicamente las investigadoras y el asesor metodológico con discreción; sin embargo, también dispondrá la Comisión de Bioética y autoridades de la Universidad de Cuenca para la verificación de los datos.

De la misma manera, se explicó que éste estudio no presenta conflictos de intereses, no tiene ningún valor económico y que podrán retirarse en cualquier momento, aclarando que no recibirán ninguna retribución económica. Así mismo, se aseguró a los usuarios que la investigación no tiene ningún riesgo para su salud; sin embargo, en base a esta investigación obtendrán más adelante un beneficio en una mejor atención integral para su salud, debido a que las comunidades terapéuticas tienen un plan de tratamiento específico que necesita de la intervención integral del equipo multidisciplinario por lo que, se podrá aplicar en un período prodrómico psicoterapias como la terapia individual de manera cognitivo-conductual, logrando así durante el tiempo de internamiento que las personas conserven las funciones cerebrales superiores, y de tal modo procurar el bienestar de la salud mental; además, como futuros profesionales de enfermería implementar charlas educativas sobre la prevención del consumo de sustancias psicotrópicas.

Finalmente, los datos son almacenados en el repositorio de la universidad para fines académicos.

## 4.10 Recursos

**Tabla 3.** Recursos Humanos

<b>Nombres completos</b>	<b>Función</b>
Evelyn Pamela Cárdenas Nieves	Autora
Erika Michelle Enriquez Inga	Autora
Lcda. Amparito Rodríguez Sánchez	Directora de Tesis
Lcda. Francisca Burgueño Alcalde	Asesora de tesis
Usuarios de los Centros de Adiciones “CREIAD) y PROESPE”	Sujetos de investigación

**Realizado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

## Recursos materiales y presupuesto

**Tabla 4.** Recursos Materiales y Presupuesto

<b>Cantidad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Costo</b>	
		<b>Valor unitario</b>	<b>Valor Total</b>
150	Impresiones	0,15	22,50
600	Copias	0,05	30,00
30	Transporte	2,50	75,00
20	Alimentación	2,50	50,00
1	Computadora	500,00	500,00
1	Internet	30,00	30,00
6	Esferográficos	0,50	3,00
125	Hojas de papel bond	0,02	2,50
1	Otros	15,00	15,00
<b>Total:</b>			<b>728,00</b>

**Realizado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

## Capítulo V

## 5 Análisis de los resultados

En el presente capítulo se detallan los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados a 120 usuarios de los centros de adicciones “Centro de Rehabilitación e Internamiento de Alcohólicos y Drogadictos (CREIAD) y Proyecto Esperanza (PROESPE)” de la ciudad de Cuenca, se da a conocer mediante una tabla basal de variables sociodemográficas generales, gráficos de variables dependientes y de intervinientes, y finalmente tablas cruzadas de asociación las variables.

**Tabla 5.** Análisis de las variables sociodemográficas.

<b>Variables</b>	<b>Frecuencia n=120</b>	<b>Porcentaje 100%</b>
<b>Sociodemográficas</b>		
<u>Edad</u>		
18-35 años	84	70,0
36-50 años	28	23,3
51-64 años	8	6,7
<u>Sexo</u>		
Masculino	102	85,0
Femenino	18	15,0
<u>Estado Civil</u>		
Soltero/a	76	63,3
Casado/a	19	15,8
Viudo/a	1	0,8
Divorciado/a	12	10,0
Unión Libre	10	8,3
Separado/a	2	1,7
<u>Nivel de instrucción</u>		
Primaria	33	27,5
Secundaria	60	50,0
Terciaria	18	15,0
Otros	9	7,5
<u>Ocupación</u>		
Dependiente	52	43,4
Independiente	68	56,7

<u>Remuneración</u>		
Menos del sueldo básico	32	26,7
Sueldo básico	31	25,8
Más del sueldo básico	57	47,5
<u>Tiempo de internamiento</u>		
< de dos meses	60	50,0
2 meses a < de 4 meses	32	26,7
4 meses a < de 6 meses	21	17,5
> de 6 meses	7	5,8

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** La edad de 18-35 años es el grupo más prevalente con un 70,0% (n=84), con sexo dominante masculino de 85,0% (n=102), cuyo estado civil mayoritario es soltero/a en un 63,3% (n=76), un nivel de instrucción secundaria de 50,0% (n=60), se encuentra una mayor tasa de frecuencia en una remuneración mayor del sueldo básico 47,5% (n=57), y finalmente en un tiempo de internamiento menor de dos meses 50,0% (n=60).

**Tabla 6.** Análisis de la clasificación de drogas.

<b>Variables</b>	<b>Frecuencia n=120</b>	<b>Porcentaje 100%</b>
<u>Drogas depresoras</u>		
No	2	1,7
Alcohol	26	21,7
Marihuana	19	15,8
Alcohol y Marihuana	73	60,8
<u>Drogas estimulantes</u>		
No	43	35,8
Cocaína	60	50,0
Tabaco	11	9,2
Cocaína y Tabaco	6	5,0
<u>Drogas alucinógenas</u>		
No	117	97,5
Éxtasis y LSD	3	2,5

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** En las drogas depresoras se encuentra un mayor consumo de alcohol y marihuana de manera conjunta 60,8% (n=73), mientras que en las drogas estimulantes existe un mayor consumo de la cocaína 50,0% (n=60), y finalmente en las drogas alucinógenas no existe un consumo de estas 97,5% (n=117).

**Tabla 7.** Análisis del grado de deterioro cognitivo según el Test de Folstein Minimental.

<b>Variables Intervinientes</b>	<b>Frecuencia n=120</b>	<b>Porcentaje 100%</b>
<u>Grados de Deterioro Cognitivo</u>		
Sin Deterioro	30	25,0
Deterioro Cognitivo Leve	64	53,3
Deterioro Cognitivo Moderado	19	15,8
Deterioro Cognitivo Grave	7	5,8

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** De 120 consumidores de sustancias psicotrópicas se identifican grados de deterioro cognitivo, de manera significativa se encuentra un deterioro leve 64 personas (53,3%); sin embargo, en un bajo porcentaje 7 personas presentan deterioro grave (5,8%).

**Tabla 8.** Análisis de los niveles de ansiedad según la escala de Hamilton.

<b>Variables Intervinientes</b>	<b>Frecuencia n=120</b>	<b>Porcentaje 100%</b>
<u>Niveles de Ansiedad</u>		
Ansiedad Leve	28	23,3
Ansiedad Moderada	38	31,7
Ansiedad Severa	26	21,7
Ansiedad muy Severa	28	23,3

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** De los 120 adultos consumidores de los centros de adicciones “Centro de Rehabilitación e Internamiento de Alcohólicos y Drogadictos (CREIAD) y Proyecto Esperanza (PROESPE)” un 31,7% (n=38) presentan ansiedad moderada; sin embargo, también se visualiza un 23,3% en aquellos que manifiestan una ansiedad leve y muy severa (n=28).

## Tablas Cruzadas

A continuación, se describen las frecuencias de las variables dependientes tanto del grado de deterioro cognitivo y niveles de ansiedad, según datos sociodemográficos ya sea independientes e intervinientes.

**Tabla 9.** Análisis de los grados de Deterioro Cognitivo según la edad.

Variable	Sin Deterioro	Deterioro Cognitivo Leve	Deterioro Cognitivo Moderado	Deterioro Cognitivo Grave	Total	Chi cuadrado Valor p
<u>Edad</u>						
18-35 años	23 (19,2%)	46 (38,3%)	10 (8,3%)	5 (4,2%)	84 (70,0%)	5,471
36-50 años	5 (4,2%)	14 (11,7%)	8 (6,7%)	1 (0,8%)	28 (23,3%)	0,485
51-64 años	2 (1,7%)	4 (3,3%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)	8 (6,7%)	

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** De 120 personas internadas en los centros de adicciones de la ciudad de Cuenca, existen de manera mayoritaria 46 personas (38,3%) que presentaron deterioro cognitivo leve, y 5 (4,2%) deterioro cognitivo grave. Y al determinar la relación entre estas dos variables no se encontró una estadística descriptiva significativa.

**Tabla 10.** Análisis de los grados de Deterioro Cognitivo según el sexo.

Variable	Sin Deterioro	Deterioro Cognitivo Leve	Deterioro Cognitivo Moderado	Deterioro Cognitivo Grave	Total	Chi cuadrado Valor p
<u>Sexo</u>						
Masculino	24 (20,0%)	56 (46,7%)	16 (13,3%)	6 (5,0%)	102 (85,0%)	0,914
Femenino	6 (5,0%)	8 (6,7%)	3 (2,5%)	1 (0,8%)	18 (15,0%)	0,822

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** En el total de la muestra, se visualiza que prevalece el deterioro cognitivo leve en 56 (46,7%) personas del sexo masculino y 6 (5,0%) deterioro cognitivo grave. Al establecer la asociación, no se encontró una estadística descriptiva significativa.

**Tabla 11.** Análisis de los grados de Deterioro Cognitivo según el estado civil.

Variable	Sin Deterioro	Deterioro Cognitivo Leve	Deterioro Cognitivo Moderado	Deterioro Cognitivo Grave	Total	Chi cuadrado Valor p
<u>Estado Civil</u>						
Soltero/a	21 (17,5%)	39 (32,5%)	10 (8,3%)	6 (5,0%)	76 (63,3%)	16,904
Casado/a	3 (2,5%)	12 (10,0%)	4 (3,3%)	0 (0,0%)	19 (15,8%)	0,325
Viudo/a	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)	
Divorciado/a	1 (0,8%)	9 (7,5%)	2 (1,7%)	0 (0,0%)	12 (10,0%)	
Unión libre	4 (3,3%)	4 (3,3%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)	10 (8,3%)	
Separado/a	1 (0,8%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	2 (1,7%)	

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** Del total de adultos consumidores de sustancias psicotrópicas de los centros de adicciones de la ciudad de Cuenca, 39 personas (32,5%) presentaron deterioro cognitivo leve, y 6 (5,0%) deterioro cognitivo grave. Y al determinar los grados de deterioro cognitivo con estado civil no están asociados.

**Tabla 12.** Análisis de los grados de Deterioro Cognitivo según el nivel de instrucción.

Variable	Sin Deterioro	Deterioro Cognitivo Leve	Deterioro Cognitivo Moderado	Deterioro Cognitivo Grave	Total	Chi cuadrado Valor p
<u>Instrucción</u>						
Primaria	2 (1,7%)	18 (15,0%)	10 (8,3%)	3 (2,5%)	33 (27,5%)	25,698
Secundaria	14 (11,7%)	34 (28,3%)	8 (6,7%)	4 (3,3%)	60 (50,0%)	0,002
Terciaria	11 (9,2%)	6 (5,0%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	18 (15,0%)	
Otros	3 (2,5%)	6 (5,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (7,5%)	

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** De los 120 adultos consumidores de sustancias psicotrópicas de los centros de adicciones “Centro de Rehabilitación e Internamiento de Alcohólicos y Drogadictos (CREIAD) y Proyecto Esperanza (PROESPE)”, el 28,3% (n=34) presentaron deterioro cognitivo leve en un nivel de instrucción secundaria y en el mismo un 3,3% (n=4) deterioro cognitivo grave. Al determinar la relación de estas dos variables se encontró un valor estadísticamente significativo.

**Tabla 13.** Análisis de los grados de Deterioro Cognitivo según la remuneración.

Variable	Sin Deterioro	Deterioro Cognitivo Leve	Deterioro Cognitivo Moderado	Deterioro Cognitivo Grave	Total	Chi cuadrado Valor p
<u>Remuneración</u>						
<Sueldo Básico	7 (5,8%)	18 (15,0%)	3 (2,5%)	4 (3,3%)	32 (26,7%)	5,548
Sueldo Básico	7 (5,8%)	16 (13,3%)	7 (5,8%)	1 (0,8%)	31 (25,8%)	0,476
>Sueldo Básico	16 (13,3%)	30 (25,0%)	9 (7,5%)	2 (1,7%)	57 (47,5%)	

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** De los 120 adultos de los centros de adicciones de la ciudad de Cuenca, 30 (25,0%) con un sueldo mayor del básico presentaron deterioro cognitivo leve; sin embargo, con un sueldo menor del básico 4 personas (3,3%) presentaron deterioro cognitivo grave. Entre estas variables no hay asociación.

**Tabla 14.** Análisis de los grados de Deterioro Cognitivo según el tiempo de internamiento.

Variable	Sin Deterioro	Deterioro Cognitivo Leve	Deterioro Cognitivo Moderado	Deterioro Cognitivo Grave	Total	Chi cuadrado Valor p
<u>Internamiento</u>						
<2 meses	18 (15,0%)	24 (20,0%)	13 (10,8%)	5 (4,2%)	60 (50,0%)	10,275
2-<4 meses	8 (6,7%)	20 (16,7%)	3 (2,5%)	1 (0,8%)	32 (26,7%)	0,339
4-<6 meses	3 (2,5%)	15 (12,5%)	2 (1,7%)	1 (0,8%)	21 (17,5%)	
>6 meses	1 (0,8%)	5 (4,2%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	7 (5,8%)	

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** En los adultos de los centros de adicciones de la ciudad de Cuenca, en menos de dos meses de internamiento, 24 personas (20,0%) presentaron un deterioro cognitivo leve y 5 (4,2%) deterioro cognitivo grave. Determinando la asociación no hay una estadística descriptiva significativa.

**Tabla 15.** Análisis de los grados de Deterioro Cognitivo según las drogas depresoras.

Variable	Sin Deterioro	Deterioro Cognitivo Leve	Deterioro Cognitivo Moderado	Deterioro Cognitivo Grave	Total	Chi cuadrado Valor p
<u>Drogas</u>						
No	2 (1,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,7%)	36,577
Alcohol	16 (13,3%)	7 (5,8%)	3 (2,5%)	0 (0,0%)	26 (21,7%)	0,000
Marihuana	1 (0,8%)	15 (12,5%)	3 (2,5%)	0 (0,0%)	19 (15,8%)	
Alcohol y Marihuana	11 (9,2%)	42 (35,0%)	13 (10,8%)	7 (5,8%)	73 (60,8%)	

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** En los centros de adicciones de la ciudad de Cuenca, en el consumo de alcohol y marihuana simultáneamente, un 35,0% (n=42) presentaron un deterioro cognitivo leve, y un 5,8% (n=7) deterioro cognitivo grave. Con un valor p=0,000 que es altamente significativo, demostramos que existe asociación en estas variables.

**Tabla 16.** Análisis de los grados de Deterioro Cognitivo según las drogas estimulantes.

Variable	Sin Deterioro	Deterioro Cognitivo Leve	Deterioro Cognitivo Moderado	Deterioro Cognitivo Grave	Total	Chi cuadrado Valor p
<u>Drogas</u>						
No	10 (8,3%)	23 (19,2%)	8 (6,7%)	2 (1,7%)	43 (35,8%)	12,4741
Cocaína	12 (10,0%)	35 (29,2%)	8 (6,7%)	5 (4,2%)	60 (50,0%)	0,175
Tabaco	7 (5,8%)	3 (2,5%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	11 (9,2%)	
Cocaína y Tabaco	1 (0,8%)	3 (2,5%)	2 (1,7%)	0 (0,0%)	6 (5,0%)	

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** En los adultos de los centros de adicciones “Centro de Rehabilitación e Internamiento de Alcohólicos y Drogadictos (CREIAD) y Proyecto Esperanza (PROESPE)”, 35 (29,2%) presentaron deterioro cognitivo leve en el consumo de cocaína y 5 (4,2%) deterioro cognitivo grave. Determinando asociación en las mismas, no se encuentra altamente significativo.

**Tabla 17.** Análisis de los niveles de Ansiedad según la edad.

Variable	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa	Ansiedad muy Severa	Total	Chi cuadrado Valor p
<u>Edad</u>						
18-35 años	21 (17,5%)	28 (23,3%)	15 (12,5%)	20 (16,7%)	84 (70,0%)	2,823
36-50 años	5 (4,2%)	8 (6,7%)	9 (7,5%)	6 (5,0%)	28 (23,3%)	0,831
51-64 años	2 (1,7%)	2 (1,7%)	2 (1,7%)	2 (1,7%)	8 (6,7%)	

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** De 120 personas internadas en los centros de adicciones de la ciudad de Cuenca, 28 (23,3%) presentaron ansiedad moderada en un rango de edad de 18-35 años y 20 (16,7%) muy severa. En estas dos variables no hay asociación.

**Tabla 18.** Análisis de los niveles de Ansiedad según el sexo.

Variable	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa	Ansiedad muy Severa	Total	Chi cuadrado Valor p
<u>Sexo</u>						
Masculino	24 (20,0%)	34 (28,3%)	22 (18,3%)	22 (18,3%)	102 (85,0%)	1,518
Femenino	4 (3,3%)	4 (3,3%)	4 (3,3%)	6 (5,0%)	18 (15,0%)	0,678

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** En el total de la muestra, dentro del sexo masculino se visualiza que 34 usuarios (28,3%) presentaron ansiedad moderada y 22 (18,3%) ansiedad severa y muy severa. Al determinar la asociación en estas variables, no se encontró una estadística descriptiva significativa.

**Tabla 19.** Análisis de los niveles de Ansiedad según el estado civil.

Variable	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa	Ansiedad muy severa	Total	Chi cuadrado Valor p
<u>Estado Civil</u>						
Soltero/a	18 (15,0%)	26 (21,7%)	18 (15,0%)	14 (11,7%)	76 (63,3%)	10,986
Casado/a	3 (2,5%)	7 (5,8%)	3 (2,5%)	6 (5,0%)	19 (15,8%)	0,754
Viudo/a	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)	
Divorciado/a	4 (3,3%)	3 (2,5%)	2 (1,7%)	3 (2,5%)	12 (10,0%)	
Unión libre	2 (1,7%)	2 (1,7%)	2 (1,7%)	4 (3,3%)	10 (8,3%)	
Separado/a	1 (0,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)	2 (1,7%)	

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** Del total de adultos consumidores de sustancias psicotrópicas, 26 (21,7%) presentaron ansiedad moderada en relación al estado civil soltero/a y 14 personas (11,7%) ansiedad muy severa. Al determinar asociación, no se encontró una estadística descriptiva significativa.

**Tabla 20.** Análisis de los niveles de Ansiedad según el nivel de instrucción.

Variable	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa	Ansiedad muy Severa	Total	Chi cuadrado Valor p
<u>Instrucción</u>						
Primaria	5 (4,2%)	5 (4,2%)	9 (7,5%)	14 (11,7%)	33 (27,5%)	15,743
Secundaria	13 (10,8%)	24 (20,0%)	12 (10,0%)	11 (9,2%)	60 (50,0%)	0,072
Terciaria	7 (5,8%)	6 (5,0%)	3 (2,5%)	2 (1,7%)	18 (15,0%)	
Otros	3 (2,5%)	3 (2,5%)	2 (1,7%)	1 (0,8%)	9 (7,5%)	

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** Del total de la muestra, 24 usuarios (20,0%) con una instrucción secundaria presentaron ansiedad moderada y 14 (11,7%) con un nivel de instrucción primaria presentaron ansiedad muy severa. No se encuentra un valor p altamente significativo; por lo tanto, no existe asociación.

**Tabla 21.** Análisis de los niveles de Ansiedad según la remuneración.

Variable	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa	Ansiedad muy Severa	Total	Chi cuadrado Valor p
<u>Remuneración</u>						
<Sueldo Básico	7 (5,8%)	11 (9,2%)	6 (5,0%)	8 (6,7%)	32 (26,7%)	2,657
Sueldo Básico	5 (4,2%)	9 (7,5%)	8 (6,7%)	9 (7,5%)	31 (25,8%)	0,850
>Sueldo Básico	16 (13,3%)	18 (15,0%)	12 (10,0%)	11 (9,2%)	57 (47,5%)	

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** De los adultos consumidores de los centros de adicciones de la ciudad de Cuenca, con una remuneración mayor al sueldo básico, 18 (15,0%) manifestaron ansiedad moderada y ansiedad muy severa 11 (9,2%). No hay una estadística altamente significativa: por lo tanto, no hay asociación.

**Tabla 22.** Análisis de los niveles de Ansiedad según el tiempo de internamiento.

Variable	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa	Ansiedad muy Severa	Total	Chi cuadrado Valor p
<u>Internamiento</u>						
<2 meses	14 (11,7%)	15 (12,5%)	13 (10,8%)	18 (15,0%)	60 (50,0%)	6,361
2-<4 meses	8 (6,7%)	11 (9,2%)	7 (5,8%)	6 (5,0%)	32 (26,7%)	0,703
4-<6 meses	4 (3,3%)	10 (8,3%)	5 (4,2%)	2 (1,7%)	21 (17,5%)	
>6 meses	2 (1,7%)	2 (1,7%)	1 (0,8%)	2 (1,7%)	7 (5,8%)	

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** En un total de 120 personas internadas en los centros de adicciones de la ciudad de Cuenca, en un tiempo de internamiento menor de dos meses 18 usuarios (15,0%) presentaron ansiedad muy severa y 15 (12,5%) presentaron ansiedad moderada. Al determinar la asociación en estas variables no se encontró una estadística descriptiva significativa.

**Tabla 23.** Análisis de los niveles de Ansiedad según las drogas depresoras.

Variable	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa	Ansiedad muy Severa	Total	Chi cuadrado Valor p
<u>Drogas</u>						
No	1 (0,8%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,7%)	9,757
Alcohol	10 (8,3%)	5 (4,2%)	7 (5,8%)	4 (3,3%)	26 (21,7%)	0,371
Marihuana	2 (1,7%)	8 (6,7%)	3 (2,5%)	6 (5,0%)	19 (15,8%)	
Alcohol y Marihuana	15 (12,5%)	24 (20,0%)	16 (13,3%)	18 (15,0%)	73 (60,8%)	

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** En los adultos consumidores de los centros de adicciones CREIAD y Proyecto Esperanza, dentro del consumo de alcohol y marihuana un 20,0% (n=24) presentan ansiedad moderada y un 15,0% (n=18) ansiedad muy severa. En dónde, al determinar la asociación, no se encontró una estadística descriptiva significativa.

**Tabla 24.** Análisis de los niveles de Ansiedad según las drogas estimulantes.

Variable	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa	Ansiedad muy Severa	Total	Chi cuadrado Valor p
<u>Drogas</u>						
No	14 (11,7%)	12 (10,0%)	10 (8,3%)	7 (5,8%)	43 (35,8%)	11,404
Cocaína	11 (9,2%)	22 (18,3%)	10 (8,3%)	17 (14,2%)	60 (50,0%)	0,249
Tabaco	3 (2,5%)	3 (2,5%)	4 (3,3%)	1 (0,8%)	11 (9,2%)	
Cocaína y Tabaco	0 (0,0%)	1 (0,8%)	2 (1,7%)	3 (2,5%)	6 (5,0%)	

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** En el total de la muestra, en el consumo de la cocaína 22 usuarios (18,3%) presentaron ansiedad moderada y 17 (14,2) ansiedad muy severa. Finalmente, al determinar la asociación, no se encontró una estadística altamente significativa.

**Tabla 25.** Análisis de la relación entre los Niveles de Ansiedad y los Grados de Deterioro Cognitivo.

Variable	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa	Ansiedad muy Severa	Total	Chi cuadrado Valor p
<u>Deterioro Cognitivo</u>						
Sin deterioro	12 (10,0%)	10 (8,3%)	6 (5,0%)	2 (1,7%)	30 (25,0%)	22,184
Deterioro leve	15 (12,5%)	23 (19,2%)	13 (10,8%)	13 (10,8%)	64 (53,3%)	0,008
Deterioro moderado	1 (0,8%)	3 (2,5%)	5 (4,2%)	10 (8,3%)	19 (15,8%)	
Deterioro grave	0 (0,0%)	2 (1,7%)	2 (1,7%)	3 (2,5%)	7 (5,8%)	

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Elaborado por:** Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

**Análisis:** Al determinar la relación entre deterioro cognitivo y ansiedad se encuentra una estadística altamente significativa  $p=0,008$ ; mostrándonos que un grado de deterioro leve se encuentra en relación con un nivel de ansiedad de manera mayoritaria; sin embargo, en deterioro moderado se encuentra un 8,3% ( $n=10$ ) en relación a la ansiedad muy severa.

## Capítulo VI

### 6 Discusión

Según datos del Informe Mundial sobre las drogas 2022, consumieron sustancias psicotrópicas en todo el mundo en el 2020 alrededor de 284 millones de personas con una edad entre 15 y 64 años, siendo un 26% de aumento respecto a la década anterior <sup>48</sup>, frente a esta realidad realizamos este proyecto investigativo en los Centros de Adicciones “Centro de Rehabilitación e Internamiento de Alcohólicos y Drogadictos (CREIAD) y Proyecto Esperanza (PROESPE)” de la ciudad de Cuenca, periodo 2022-2023. En varios estudios muestran una dominante presencia de alteraciones cognitivas, depresivas, de personalidad, ansiedad y psicóticas en pacientes que tengan dependencias de drogas <sup>14</sup>.

Como resultado de nuestra investigación, con una muestra de 120 personas se encontró un grupo etario más prevalente de 18-35 años con un 70,0%, un sexo masculino con 85,0%, estado civil soltero/a de 63,3%, un nivel de instrucción secundaria con un 50,0%, la remuneración un 47,5% más del sueldo básico y un tiempo de internamiento menor de dos meses con un 50,0%; estos datos son parecidos a los encontrados en la investigación titulada “Relación entre el consumo de drogas psicoactivas y el deterioro cognitivo en pacientes ecuatorianos drogodependientes”, en donde predominó el grupo de 18-24 años y el nivel de instrucción secundaria con un 50% <sup>9</sup>.

Al igual en un estudio realizado en la comunidad terapéutica Kairós titulada “Niveles de ansiedad durante el tratamiento en consumidores de sustancias psicotrópicas” prevaleció el nivel de instrucción secundaria con un 52,6%, y un estado civil soltero con un 42,1% <sup>6</sup>. En otro estudio realizado por Marengo Samuel y Bogado Juan Sebastián en Paraguay, año 2017 concluyeron que el grupo predominante es de 18 años con un 43%, y un 86% llevaban internados menos de un mes, resultados parecidos a los encontrados en nuestra investigación <sup>49</sup>.

También se encontró resultados similares en otro artículo titulado “Perfiles de drogodependientes en relación con variables y trastorno de personalidad” publicado en la Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, en donde concluyeron que el sexo masculino era el dominante con un 76,7%, con un estado civil soltero 74,4%<sup>50</sup>. Otro artículo de investigación realizado por León Ernesto, Prado Ramón, Corona Beatriz y Romero Roberto en el Hospital Universitario General “Calixto García”, en la Habana-Cuba predominó el sexo masculino con un 80,9%, un grupo de 19-29 años con un 39,2%,

nivel de educación secundaria con un 52,7% <sup>51</sup>, datos afines a los de la presente investigación.

En nuestro estudio las drogas depresoras de mayor consumo fue el alcohol con un 21,7% y la marihuana con un 15,8%, de las estimulantes la cocaína con un 50,0%, resultados parecidos a los de una investigación del año 2019 titulada “Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas en Adolescentes Colombianos” realizada por Cruz Viviana, Gómez Carlos y J. Rincón Carlos en donde encontraron que la sustancia de mayor consumo fue el alcohol con un 16,6% <sup>52</sup>; en otro estudio de Carou María, Romero Estrella y Luengo María Ángeles predominó el consumo de alcohol con un 77,8%, marihuana un 62,5% y cocaína un 35,8% <sup>50</sup>; al igual en la investigación titulada “Caracterización de pacientes con trastornos adictivos y por uso de sustancias” dieron un resultado de mayor consumo de alcohol con un 62,1% y marihuana con 40,5% <sup>51</sup> y también en el estudio de “Depresión y ansiedad como factores de riesgo en ideación suicida en pacientes con adicciones del Centro Nacional de Control de Adicciones de Asunción, año 2017” concluyeron que las sustancias preferidas de mayor consumo fueron la marihuana y cocaína con un 86%, el alcohol con un 57% <sup>49</sup>.

En una investigación de Valdevila J., et al en 2020 sobre “Relación entre el consumo de drogas psicoactivas y el deterioro cognitivo en pacientes ecuatorianos drogodependientes”, demostraron que el deterioro cognitivo leve fue el más frecuente, al igual que en este estudio se evidencia un porcentaje mayoritario de 53,3% correspondiente al deterioro cognitivo leve.

En este mismo estudio predominó en el grado de deterioro leve un rango de edad de 18-24 años, similar al demostrado en esta investigación donde se encontró un 38,3% presentaron deterioro cognitivo leve en un rango de 18-35 años, un 8,3% moderado y una 4,2% grave <sup>9</sup>.

De la misma manera, con la Escala de Ansiedad de Hamilton se evaluó el nivel de ansiedad que presentan los adultos consumidores internados en los centros de adicciones, dando como resultado una ansiedad leve un 23,3%, moderada 31,7%, severa 21,7% y ansiedad muy severa un 23,3%; indicando una mayor incidencia en la ansiedad moderada; sin embargo, debemos de tener en cuenta que todos los usuarios presentan un nivel de ansiedad en su tiempo de internamiento.

En una investigación de Contreras Y., Miransa O. y Torres V., sobre “Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas” los usuarios que presentaron ansiedad moderada fueron del grupo etario de 18 a 30 años en un 20%, del sexo masculino 79,55% y con un nivel de escolaridad secundario 22% <sup>53</sup> similar a la investigación presentada en dónde

se encontró en un rango de edad de 18-35 años en un 28%, predominante en el sexo masculino 34% y nivel de instrucción secundaria 24%.

Sin embargo, en un estudio de Valarezo O., Erazo R., y Muñoz Z., sobre “Síntomas de ansiedad y depresión asociados a los niveles del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la ciudad de Loja, Ecuador” el nivel de ansiedad predominante es la ansiedad leve 29,0% <sup>54</sup> en cambio en nuestro estudio es la ansiedad moderada con un 31,7%.

De acuerdo a las variables sociodemográficas con el deterioro cognitivo, tanto en la edad, sexo, estado civil, remuneración y tiempo de internamiento no se obtiene una significancia; sin embargo, en el nivel de instrucción la variable es estadísticamente significativa con un  $p = 0,002$ . Al igual en un estudio realizado por Alonso L., Reyes E. y González J., titulado “Funcionamiento cognitivo en sujetos con trastorno de dependencia a cocaína y crack durante la abstinencia temprana” existieron estadísticas significativas con el nivel educativo con un  $p = 0,037$  <sup>55</sup>, demostrando así que las personas con un nivel de instrucción secundaria, presentan un grado de deterioro cognitivo.

Según el estudio realizado por De León F. y Cañizales M. sobre “Relación entre el deterioro cognitivo y el consumo de alcohol, cocaína y marihuana en adultos varones del albergue Juan Pablo I” mencionan que no existe una relación significativa del deterioro cognitivo y la marihuana ya que presenta un  $p = 0,431$  <sup>56</sup>; al igual en nuestra investigación se encuentra que las drogas estimulantes como la cocaína y el tabaco no presentan una significancia con un  $p = 0,175$ . Sin embargo, las drogas depresoras que fueron estudiadas son la marihuana y el alcohol dándonos una estadística significativa con un  $p = 0,000$  demostrándonos que existe una asociación entre éstas.

Determinando los grados de asociación entre las variables independientes (edad, sexo, estado civil, instrucción, remuneración y tiempo de internamiento) y las intervinientes (drogas depresoras y estimulantes) no presentan una significancia con los niveles de ansiedad. Al igual, en la investigación titulada “Ansiedad social consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos” no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el sexo con un  $p = > 0,05$  <sup>57</sup>. Sin embargo, en el estudio realizado por Valarezo O., Erazo R., y Muñoz Z., sobre “Síntomas de ansiedad y depresión asociados a los niveles del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la ciudad de Loja, Ecuador” nos demuestra que si existe una estadística significativa con la edad dando un valor  $p = <0,01$ ; al igual con el consumo de tabaco con un  $p = <0,01$  y con el consumo de alcohol  $p = <0,01$  <sup>54</sup>.

Finalmente, al relacionar el deterioro cognitivo con la ansiedad en nuestro estudio se encontró que un 19,2% presentaron deterioro leve y ansiedad moderada, un 12,5% ansiedad leve y deterioro cognitivo leve, y ansiedad severa y muy severa un 10,8% con deterioro leve, dándonos un p valor de 0,008, indicándonos que si existe asociación entre deterioro cognitivo y ansiedad, información parecida a la detallada en una investigación realizada en el año 2020 por Spampinato María Victoria, donde concluyó que los pacientes con deterioro cognitivo leve y síntomas de ansiedad progresaron a la enfermedad de Alzheimer de una manera más rápida que las personas que no presentaron síntomas de ansiedad <sup>22</sup>, lastimosamente no se encuentran más estudios que corroboren esta información, sin embargo en un artículo titulado “Ansiedad y Cognición: un marco integrador” argumentan que la ansiedad contribuye al sistema defensivo mediante la facilitación de los mecanismos de alarma y movilización, promoviendo dos tipos de procesos cognitivos que es la priorización del procesamiento de estímulos y los de compensación, lo que reduce la capacidad de la memoria operativa <sup>58</sup>.

Con la presente investigación se pudo comprobar que el consumo de drogas es un problema de salud pública, lo cual conlleva a un deterioro cognitivo en los consumidores que se encuentran en los centros de adicciones, además el deterioro está relacionado con las drogas depresoras. También se pudo comprobar que la ansiedad no está relacionada con las variables sociodemográficas, sin embargo, los datos llaman la atención pues la ansiedad leve y muy severa tienen un porcentaje de 23,3%, lo que da como resultado una alteración de la salud mental, es por eso necesario una intervención multidisciplinaria para lograr una recuperación óptima.

## Capítulo VII

### 7 Conclusión y recomendaciones

#### 7.1 Conclusión

En base a los objetivos planteados y a los resultados que hemos obtenido en el estudio realizado en los centros de adicciones “Centro de Rehabilitación e Internamiento de Alcohólicos y Drogadictos (CREIAD) y Proyecto Esperanza (PROESPE)” de la ciudad de Cuenca en el periodo 2022-2023, el mismo que busca identificar la asociación entre deterioro cognitivo y ansiedad en adultos consumidores de sustancias psicotrópicas, podemos concluir que:

- De la muestra de 120 usuarios la edad que más prevaleció es de 18-35 años, con un sexo masculino, el estado civil que más predominó es soltero/a, un nivel de instrucción de manera mayoritaria secundaria, una remuneración mayor del sueldo básico y un tiempo de internamiento menor de dos meses.
- Datos importantes se encontraron en el consumo de sustancias psicotrópicas, siendo la de mayor consumo el alcohol, la marihuana y la cocaína, y tan solo 3 personas consumían drogas alucinógenas.
- Al determinar el deterioro cognitivo mediante el Test Folstein Mini Mental se encontró con mayor frecuencia el grado de deterioro cognitivo leve
- Mediante la Escala de Hamilton para la ansiedad hubo una mayor incidencia de la ansiedad modera, aunque referente a la leve, severa y muy severa los datos no difieren mucho.
- Es necesario destacar que se encontró una asociación entre deterioro cognitivo leve y el nivel de instrucción, además también este estudio nos dio a conocer que las personas que consumían las drogas depresoras presentaban un grado de deterioro cognitivo.
- Referente a la ansiedad, no se evidenció ninguna asociación con las variables independientes e intervinientes de este estudio.

- Por último, se identificó en esta investigación una estrecha relación entre deterioro cognitivo y ansiedad en adultos consumidores de sustancias psicotrópicas de los centros “CREIAD y Proyecto Esperanza”.

## 7.2 Recomendaciones

- Al equipo que labora en los centros de adicciones “Centro de Rehabilitación e Internamiento de Alcohólicos y Drogadictos (CREIAD) y Proyecto Esperanza (PROESPE)”, poner atención en la aplicación de los test para brindar un tratamiento oportuno mediante terapias cognitivas a los usuarios para evitar un retraso en la recuperación.
- A los futuros estudiantes de enfermería fomentar y enfocarse en la prevención del consumo de sustancias en la población comprendida entre 18.35 años ya que es donde los adolescentes empiezan una edad adulta.
- Al personal de enfermería comprometerse más en el ámbito de la salud mental y en las personas que consumen drogas, para lograr que exista un enfermero/a por centro, ya que mediante las habilidades comunicativas y al centrar su actuación en la necesidades y problemas de la persona y grupo se puede obtener una progresión satisfactoria.
- Con este estudio, se dan bases para investigaciones futuras ya que nos dimos cuenta de que existe una carencia de investigaciones en este ámbito, por lo que debe ampliarse el rol de enfermería para la práctica profesional bajo la evidencia científica.

## Referencias

1. OPS/OMS. Salud Mental [Internet]. [citado 12 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
2. Contreras Y, Miranda O, Torres V. Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. Rev Med Mil. 31 de enero de 2020;49(1):71-85.
3. UNODC. Informe Mundial sobre las Drogas 2020 de la UNODC: el consumo global aumenta a pesar de que el COVID-19 tiene un impacto de gran alcance en los mercados mundiales de drogas [Internet]. 2019 [citado 9 de abril de 2022]. Disponible en: [https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/06\\_26\\_Informe\\_Mundial\\_Drogas\\_2020.html](https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/06_26_Informe_Mundial_Drogas_2020.html)
4. NIH. Salud mental [Internet]. National Institute on Drug Abuse. 2019 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/informacion-sobre-drogas/salud-mental>
5. NIH. Drogas y Cerebro [Internet]. National Institute on Drug Abuse. 2015 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/informacion-sobre-drogas/drogas-y-cerebro>
6. Vintimilla D, Campoverde X, Vintimilla J, Campoverde J, Bustamante C, Tenemaza M. Niveles de ansiedad durante el tratamiento en consumidores de sustancias psicotrópicas. 31 de diciembre de 2020;6.
7. Asociación de Academias de la Lengua Española, Real Academia Española. Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 26 de abril de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
8. Rojo-Mota G, Pedrero-Pérez EJ, Puerta-García C. Cribado neurocognitivo en adictos a sustancias: la evaluación cognitiva de Montreal. Rev Neurol. 3:129-36.
9. Valdevila JA, Jaramillo J, Carcelén R, Valdevila R, Murillo-Zúñiga D. Relación entre el consumo de drogas psicoactivas y el deterioro cognitivo en pacientes ecuatorianos drogodependientes. Correo Científico Méd. junio de 2020;24(2):527-42.
10. OMS, OPS. Depresión y otros trastornos mentales comunes [Internet]. Organización Mundial de la Salud 2017. Oficina Regional para las Américas; 2017. 24 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

11. Chacón E, Fernández M, Murillo R, Xatrush D. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*. 1:23-36.
12. OPS, OMS. Directrices de la OMS. Reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia [Internet]. World Health Organization; 2020. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52426/9789275322574\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52426/9789275322574_spa.pdf)
13. Naciones Unidas Ecuador. Epidemia oculta del consumo de drogas entre las personas de edad se puso en relieve en el informe anual de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes [Internet]. 2021 [citado 24 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://ecuador.un.org/es/123245-epidemia-oculta-del-consumo-de-drogas-entre-las-personas-de-edad-se-puso-en-relieve-en-el>, <https://ecuador.un.org/es/123245-epidemia-oculta-del-consumo-de-drogas-entre-las-personas-de-edad-se-puso-en-relieve-en-el>
14. Contreras Y, Miranda O, Torres V. Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Rev Cub Med Mil*. 2020;49(1):71-85.
15. Xu W, Wang H, Wan Y, Tan C, Li J, Tan L, et al. Alcohol consumption and dementia risk: a dose–response meta-analysis of prospective studies. *Eur J Epidemiol*. 1 de enero de 2017;32(1):31-42.
16. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017. 2017 de 2013;38.
17. Comisión de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Líneas de investigación 2020-2025. 2020.
18. Serrano J, Luna J, Luna ME. Atención de Enfermería en la ansiedad. *Rev Electrónica Portales Médicoscom* [Internet]. 2016 [citado 24 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/atencion-enfermeria-ansiedad/>
19. United Nations Office on Drug and Crime. DRUG MARKET TRENDS: CANNABIS OPIOIDS [Internet]. Vol. 3. Vienna-Austria; 2021 [citado 6 de abril de 2022]. 121 p. Disponible en: [unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21\\_Booklet\\_3.pdf](https://unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_3.pdf)

20. United Nations Office on Drug and Crime. GLOBAL OVERVIEW: DRUG DEMAND DRUG SUPPLY [Internet]. Vol. 2. Vienna-Austria; 2021 [citado 6 de abril de 2022]. 109 p. Disponible en: [https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21\\_Booklet\\_2.pdf](https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_2.pdf)
21. Ochoa P. Deterioro cognitivo asociado al consumo de marihuana en los pacientes institucionalizados en el CETAD Kairós. UPS. :55.
22. Spampinato MV. Anxiety Associated with Faster Alzheimer’s Disease Onset [Internet]. ScienceDaily. 2020 [citado 11 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedaily.com/releases/2020/11/201124092156.htm#:~:text=FULL%20STORY-,Anxiety%20is%20associated%20with%20an%20increased%20rate%20of%20progression%20from,major%20public%20health%20crisis%20worldwide.>
23. Roqué M, Allegri R, Bartolini L, Karin R. Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias. Formación Profesional para el Equipo Socio-Sanitario [Internet]. Primera edición especial. Buenos Aires; 2015. 176 p. Disponible en: <https://www.algec.org/biblioteca/Deterioro-cognitivo-Alzheimer.pdf>
24. Fernández FV. Recomendaciones para el manejo del deterioro cognitivo. Sociedad Andaluza de Neurología. [Internet]. : Fundación Sociedad Andaluza de Neurología. Imprenta y Papelería Rojo, S.L.; 2019 [citado 8 de abril de 2022]. 156 p. Disponible en: <https://www.saneurologia.org/wp-content/uploads/2019/10/LIBRO-DETERIORO-COGNITIVO-DEF.pdf>
25. MAYO CLINIC. Deterioro cognitivo leve - Síntomas y causas [Internet]. Mayo Foundation for Medical Education and Research. [citado 8 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mild-cognitive-impairment/symptoms-causes/syc-20354578>
26. Barahona M, Villasán A, Sánchez A. Controversias y utilidad clínica del deterioro cognitivo leve (DCL) Disputes and clinical utility of mild cognitive impairment. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2014;1(2):47-53.
27. Villanueva L, Ugarte A. Niveles de ansiedad y la calidad de vida en estudiantes de una universidad privada de Arequipa. Av.psicol. diciembre de 2017;25(2):17.

28. Trunce S, Villarroel G, Arntz J, Muñoz S, Werner KM. Niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Investig En Educ Médica*. 9 de diciembre de 2020;9(36):8-16.
29. García M, Navarro E, Rubia J. Drogas alarmantes en la última década, ¿qué sabemos sobre ellas? *Revista Española de Drogodependencias*. 18 de mayo de 2018;43(2):86-99.
30. López R, Linares F, López C, Olivera R, Valladares A. Consumo de drogas en estudiantes universitarios de la provincia Cienfuegos. *Revista Finlay*. 2016;6(4):9.
31. MedlinePlus. Trastorno de consumo de drogas: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. 2022 [citado 9 de abril de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001522.htm>
32. Prado F, Valenzuela S, Vidal G. ADICCIONES JUVENILES: ¿Delincuencia o enfermedad? Una mirada sociológica sobre la problemática. *Rev Cienc Soc Humanas*. 1 de enero de 2016;7(7):23-32.
33. Ahumada J, Gamez M, Valdez C. El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. diciembre de 2017;13(2):13-24.
34. Aguirre N, Bonilla C, Aldana O. Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. *Rev Salud Pública*. 2017;19(1).
35. Navarrete B, Secín R. Generalidades del trastorno por consumo de alcohol. *Acta Médica Grupo Ángeles*. marzo de 2018;16(1):47-53.
36. Cancino M, Rehbein L. Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Ter Psicológica*. diciembre de 2016;34(3):183-9.
37. Jimeno L, Navasa C, Ibañez L, Benito M, Alda M, Pilar M. Plan de cuidados a una paciente con ansiedad atendida en el servicio de urgencias. A propósito de caso clínico. ▷ *RSI - Rev Sanit Investig* [Internet]. 18 de octubre de 2021 [citado 10 de abril de 2022]; Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-a-una-paciente-con-ansiedad-atendida-en-el-servicio-de-urgencias-a-proposito-de-caso-clinico/>

38. Waisman M. Alteraciones Cognitivas en usuarios de drogas. En: ADICCIONES [Internet]. Primera. Medica Panamericana Editorial 0, Argentina; 2017 [citado 10 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.berri.es/pdf/ADICCIONES%E2%80%9A%20Uso%20de%20sustancias%20psicoactivas%20y%20presentaciones%20cl%C3%ADnicas%20de%20la%20enfermedad%20adictiva/9789500695510>
39. Organización de los Estados Americanos. El Problema de drogas en las Américas Estudios Drogas y Salud Publica [Internet]. America; 2013 [citado 11 de abril de 2022]. 84 p. Disponible en: [http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth\\_esp.pdf](http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf)
40. Ministerio de Salud Pública. Modelo de atención integral residencial para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud de tercer nivel del Ministerio de Salud Pública - CETAD [Internet]. Quito, Ecuador; 2015 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://drive.google.com/file/d/1VOVR1THT07AgJXcQvwF1gljXHIQDQLSO/view?usp=sharing&usp=embed\\_facebook](https://drive.google.com/file/d/1VOVR1THT07AgJXcQvwF1gljXHIQDQLSO/view?usp=sharing&usp=embed_facebook)
41. CREIAD. Comunidad Terapéutica para Adicciones - CENTRO DE ADICCIONES Y TRATAMIENTO PARA ADULTOS VARONES [Internet]. [citado 12 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.adolescentesadicciones.com/comunidad-terapeutica-creiad>
42. Ministerio de Salud Pública. Política Pública de Rehabilitación Social 2022-2025 [Internet]. Ecuador; 181 p. Disponible en: [https://www.derechoshumanos.gob.ec/wp-content/uploads/2022/02/18\\_02.-Politica-Publica-de-Rehabilitacion-Social\\_vF-.pdf](https://www.derechoshumanos.gob.ec/wp-content/uploads/2022/02/18_02.-Politica-Publica-de-Rehabilitacion-Social_vF-.pdf)
43. Ministerio de Salud Pública. Prevención y Tratamiento para consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 12 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/prevencion-y-tratamiento-para-consumo-de-alcohol-tabaco-y-otras-drogas/>
44. Colomo N, Oliveira C, Hernández J, Berguero T, Fábrega JF, Porras N, et al. Validez de las escalas de autoevaluación para el diagnóstico de depresión y ansiedad en pacientes adultos con bronquiectasias. Arch Bronconeumol Organo Of Soc Esp Neumol Cir Torácica SEPAR Asoc Latinoam Tórax ALAT. 2021;57(3):179-85.

45. Ramírez CI, Rodríguez CM, Baptista T. Validez y confiabilidad del Minimental State Examination (MMSE) y del MMSE modificado (3MS) para el diagnóstico de demencia en Mérida, Venezuela. *MedULA Rev Fac Med*. 2011;20(2 (Julio-Diciembre)):128-35.
46. Barrios Osuna I, Anido Escobar V, Morera Pérez M. Declaración de Helsinki: cambios y exégesis. *Rev Cuba Salud Pública*. marzo de 2016;42(1):0-0.
47. Sistema Nacional de Salud. Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud-Acuerdo Ministerial 5216 [Internet]. 2015. Disponible en: <http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%205216.pdf>
48. UNODC. El Informe Mundial sobre las Drogas 2022 de UNODC destaca las tendencias del cannabis posterior a su legalización, el impacto ambiental de las drogas ilícitas y el consumo de drogas entre mujeres y personas jóvenes [Internet]. 2022 [citado 28 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/el-informe-mundial-sobre-las-drogas-2022-de-unodc-destaca-las-tendencias-del-cannabis-posterior-a-su-legalizacin--el-impacto-ambiental-de-las-drogas-ilcitas-y-el-consumo-de-drogas-entre-mujeres-y-personas-jvenesok.html>
49. Marengo Samuel BJS, Aquino JSB. Depresión y ansiedad como factores de riesgo en ideación suicida en pacientes con adicciones del Centro Nacional de Control de Adicciones de Asunción, Año 2017. *Rev Científica Estud E Investig*. 2017;6:135-7.
50. Carou M, Romero E, Luengo MÁ. Perfiles de drogodependientes en relación con variables y trastornos de personalidad. *Adicciones*. 7 de octubre de 2016;29(2):113.
51. Machín EL, Rodríguez RFP, Miranda BC, Carrazana RR. Caracterización de pacientes con trastornos adictivos y por uso de sustancias. *Arch Hosp Univ Gen Calixto García* [Internet]. 29 de junio de 2021 [citado 28 de diciembre de 2022];9(2). Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e678>
52. Cruz-Ramírez V, Gómez-Restrepo C, Rincón CJ. Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes colombianos. 18.
53. Olive YC, Gómez OM, Lio-Coo VT. Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Habana Cuba*. 2020;49:15.

54. Valarezo-Bravo OF, Erazo-Castro RF, Muñoz-Vinces ZM. SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADOS A LOS NIVELES DE RIESGO DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE LOJA, ECUADOR. *Health Addict Drug* [Internet]. 10 de marzo de 2021;21(1). Disponible en: [https://ojs.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path\[\]=584](https://ojs.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path[]=584)
55. Alonso-Matías L, Reyes-Zamorano E, González-Olvera JJ. Funcionamiento cognitivo en sujetos con trastorno de dependencia a cocaína y crack durante la abstinencia temprana. *Rev Neurol Ed Impr.* 2019;68(7):271-80.
56. León FJD, Cañizales MA. RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y EL CONSUMO DE ALCOHOL, COCAÍNA Y MARIHUANA EN ADULTOS VARONES DEL ALBERGUE JUAN PABLO II. *REDEPSIC.* 22 de julio de 2022;1(2):63-82.
57. Jiménez-López LM, Jurado Cárdenas S. Ansiedad social consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos. *J Behav Health Amp Soc Issues México.* octubre de 2014;6(1):37-50.
58. Gutiérrez M, García MD. ANSIEDAD Y COGNICION: UN MARCO INTEGRADOR. *REME* [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2022];3(4). Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/agutim660131299/texto.htm>

## Anexos

### Anexo A. Operacionalización de variables

**Tabla 26.** Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>Tipo de sustancia que consume</b>	Según la OMS, las drogas son “todas aquellas sustancias que pueden producir en un organismo vivo, un estado de dependencia física, psíquica o de ambos tipos y que pueden utilizarse con finalidades médicas o no médicas” <sup>29</sup> .	Entrevista directa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol</li> <li>• Tabaco</li> <li>• Marihuana</li> <li>• Cocaína</li> <li>• Heroína</li> <li>• Éxtasis</li> <li>• Anfetaminas</li> <li>• Hongos</li> <li>• Benzodiazepinas</li> <li>• Alucinógenos</li> </ul>	<b>Nominal dicotómica</b> Si No
<b>Deterioro Cognitivo</b>	Pérdida o disminución del rendimiento de una o más de las capacidades mentales <sup>23</sup>	Escala Mini mental de Folstein	Sin deterioro	<b>Numérica</b> 25-30
			Leve	20-24
			Moderado	15-19
			Grave	0-14
<b>Ansiedad</b>	Proviene del latín “anxiētas, -ātis.”, definiéndolo como “un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo” <sup>59</sup> .	Escala de Ansiedad de Hamilton	Leve	<b>Numérica</b> < 17
			Moderada	18-24
			Severa	25-30
			Muy severa	31-56
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona <sup>59</sup> .	Cronológico	Años cumplidos	<b>Numérica</b>
<b>Sexo</b>	Órganos sexuales que diferencian a un hombre y a una mujer <sup>59</sup> .	Fenotipo	Masculino Femenino	<b>Nominal dicotómica</b> Hombre-Mujer
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona en relación con la nacionalidad, filiación o matrimonio, que constan en el registro civil <sup>59</sup> .	Condición jurídica	Cédula de identidad	<b>Nominal politómico</b> Soltero/a Casado/ Viudo/a Divorciado/a Unión libre Separado/a
<b>Nivel de instrucción</b>	Grado más elevado de estudios realizados o en curso <sup>60</sup> .	Grado de formación	Cédula de identidad	<b>Ordinal</b> Primaria Secundaria Terciaria Otros

<b>Ocupación</b>	Trabajo, empleo o oficio que se ocupa una persona <sup>59</sup> .	Laboral	Tipo de ocupación	<b>Nominal dicotómica</b> Dependiente Independiente
<b>Remuneración</b>	Recompensa o paga por una actividad realizada <sup>59</sup> .	Cantidad ganado de dinero mensual	Reporte verbal	<b>Numéricas discontinua</b> Menor del sueldo básico Sueldo básico Más del sueldo básico
<b>Tiempo de internamiento</b>	Periodo de confinamiento de una persona en un hospital o en otro centro <sup>61</sup>	Entrevista directa	Reporte verbal	<b>Numérica</b>

Realizado por: Evelyn Cárdenas - Michelle Enriquez

## Anexo B. Instrumentos

### Formulario 1. Datos Generales

DATOS GENERALES				
<b>Edad:</b>	<b>Sexo</b> .... Femenino .... Masculino	<b>Estado civil</b> Soltero/a .... Casado/a .... Viudo/a .... Divorciado/a .... Unión libre .... Separado/a ....		
<b>Nivel de instrucción</b> Primaria .... Secundaria Terciaria .... Otros ....	<b>Ocupación</b> Dependiente Independiente	<b>Remuneración</b> < 400 dólares .... 400 dólares .... 500 dólares .... ≥600 dólares		
<b>Tiempo de internamiento:</b>		<b>Sustancia:</b>		

### Formulario 2. Escala de Hamilton para la Ansiedad.

<i>Definición operativa de los ítems</i>	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave Incapacitante
	<i>Puntos</i>				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4

7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

### Formulario 3. Prueba Folstein Minimental

¿En qué años estamos?	0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx. 5)	
¿En qué estación?	0-1		
¿En qué día (fecha)?	0-1		
¿En qué mes?	0-1		
¿En qué día de la semana?	0-1		
¿En qué hospital (o lugar) estamos?	0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx. 5)	
¿En qué piso (planta, sala, servicio)?	0-1		
¿En qué pueblo (ciudad)?	0-1		
¿En qué provincia estamos?	0-1		
¿En qué país (o nación, autonomía)?	0-1		
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas basta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.		N° de repeticiones necesarios FIJACIÓN Recuerdo Inmediato (Máx. 3)	
<b>Peseta</b> 0-1 <b>Caballo</b> 0-1 <b>Manzana</b> 0-1 <b>Balón</b> 0-1 <b>Bandera</b> 0-1 <b>Árbol</b> 0-1			

Si tiene 30 pesetas y me van dando de tres en tres. ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés <b>30</b> 0-1   <b>27</b> 0-1   <b>24</b> 0-1   <b>21</b> 0-1   <b>18</b> 0-1 <b>0</b> 0-1   <b>D</b> 0-1   <b>N</b> 0-1   <b>U</b> 0-1   <b>M</b> 0-1	ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx. 5)	
Preguntas por las tres palabras mencionadas anteriormente <b>Peseta</b> 0-1   <b>Caballo</b> 0-1   <b>Manzana</b> 0-1 <b>Balón</b> 0-1   <b>Bandera</b> 0-1   <b>Árbol</b> 0-1	RECUERDO diferido (Máx.3)	
<b>DENOMINACIÓN</b> Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera Lápiz 0-1   Reloj 0-1 <b>REPETICIÓN</b> Pedirle que repita la frase “ni se, ni no, ni, pero” (o “En un trigal había 5 perros”) 0-1 <b>ORDENES</b> Pedirle que siga la orden: “coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo” <b>Coje con mano</b> 0-1   <b>Dobla por mitad</b> 0-1   <b>Pone en suelo</b> 0-1 <b>LECTURA</b> Escriba legiblemente en un papel “Cierre los ojos”. Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 <b>ESCRITURA</b> Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 <b>COPIA</b> Dibuje 2 pentágonos interceptados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la inserción. 0-1	LENGUAJE (Máx. 9)	
	Puntuación TOTAL: (Máx.30 puntos)	

## Anexo C. Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título de la investigación:** Deterioro Cognitivo y Ansiedad en adultos consumidores de sustancias psicotrópicas del centro de adicciones “CREIAD y Proyecto Esperanza” de la ciudad de Cuenca, periodo 2022-2023.

**Datos del equipo de investigación:**

	Nombres Completos	# Cédula	Institución a la que pertenece
Investigadora	Evelyn Pamela Cárdenas Nieves	0106278989	Universidad de Cuenca
Investigadora	Erika Michelle Enríquez Inga	0150640662	Universidad de Cuenca

#### ¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en los Centros de Adicciones “Centro de Rehabilitación e Internamiento de Alcohólicos y Drogadictos (CREIAD) y Proyecto Esperanza (PROESPE)”, en la ciudad de Cuenca. En el presente documento llamado "Consentimiento Informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. Además, se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que desee participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, usted tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No

tenga prisa para decidir. Si es necesario, vuelva a leer este documento o consulte con personas de su confianza.

### **Introducción**

El consumo de drogas hoy en día es considerado como un grave problema de salud pública a nivel mundial; en dónde se ha evidenciado que debido al consumo el usuario presenta síntomas de ansiedad que pueden llegar a un deterioro cognitivo en las funciones cerebrales en la etapa de abstinencia perjudicando así su salud mental a lo largo de la rehabilitación.

Por lo que, este estudio está realizado con la finalidad de encontrar una asociación entre el deterioro cognitivo y ansiedad en personas que consumen drogas; además, para que éste mismo estudio sirva como guía para el personal de enfermería sobre las actividades e intervenciones a realizar en el primer, segundo y tercer nivel de atención tanto en prevención, rehabilitación y recuperación generando el bienestar y un confort óptimo en el usuario.

Finalmente, concientizar sobre el abuso del consumo drogas en edades tempranas que trae consigo alteraciones a nivel cognitivo y emocional.

### **Objetivo del estudio**

Buscar una relación entre el deterioro cognitivo y la ansiedad en personas que consumen diferentes tipos de drogas, cuyo propósito es brindar información oportuna en la prevención de dicho consumo que se presenta en la población, así como las complicaciones que trae consigo el abuso de drogas.

### **Descripción de los procedimientos**

Consta en el llenado de dos formularios; en la cual, el primer formulario consiste en valorar los niveles de ansiedad que presente el usuario y tendrá un tiempo estipulado de 10 a 15 minutos; y el segundo formulario, con el fin de valorar la función cognitiva en un tiempo de 20 a 25 minutos.

Los procedimientos a realizar son:

- La Escala de Ansiedad de Hamilton, consta de 14 preguntas; en la cual, se valora signos y síntomas ansiosos y el comportamiento general y fisiológico del paciente.
- Con respecto a la Escala de Folstein Mini Mental se evalúa la Orientación Temporal, Espacial, Fijación, concentración y cálculo, Memoria y Lenguaje y construcción.

### **Riesgos y beneficios**

Los datos obtenidos en la investigación serán de carácter confidencial; sin embargo, las investigadoras manejarán los mismos con fines educativos. Además, la presente investigación no presenta ningún riesgo para su salud.

Sin embargo, este estudio presentará un beneficio para mejorar los tratamientos del centro, puesto que, en las diferentes instituciones de manera integral mediante el equipo multidisciplinario se podrán aplicar a tiempo psicoterapias como la terapia individual cognitivo-conductual, y así lograr que se conserven las funciones cerebrales superiores durante el tiempo de internamiento, procurando una salud mental óptima. También se podrá llevar a cabo la respectiva educación a la población sobre la prevención del consumo de drogas para así evitar daños en la salud mental como el deterioro cognitivo y la ansiedad. Además, al final de esta investigación, la información que genera puede aportar beneficios a los próximos estudiantes de la carrera de enfermería para que de esta manera conozcan la asociación entre estos dos problemas y a la vez generar un documento base que sirva de guía de cuidado para sus prácticas de enfermería en Salud Mental y Psiquiatría y para futuras investigaciones.

### **Otras opciones si no participa en el estudio**

La participación de esta investigación es de manera voluntaria, por lo que usted es libre de decidir si desea o no participar en este estudio.

<b>Derechos de los participantes</b>		
<p>Usted tiene derecho a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Recibir la información del estudio de forma clara;</li> <li>2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;</li> <li>3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;</li> <li>4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;</li> <li>5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;</li> <li>6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;</li> <li>7) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;</li> <li>8) El respeto de su anonimato (confidencialidad);</li> <li>9) Que se respete su intimidad (privacidad);</li> <li>10) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;</li> <li>11) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;</li> <li>12) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</li> </ol>		
<b>Manejo del material biológico recolectado</b>		
No procede.		
<b>Información de contacto</b>		
<p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor al siguiente teléfono 0983427793 que pertenece a Cárdenas Nieves Evelyn Pamela o envíe un correo electrónico a <a href="mailto:evelyn.cardenas99@ucuenca.edu.ec">evelyn.cardenas99@ucuenca.edu.ec</a>, o al 0990074379 que pertenece a Enriquez Inga Erika Michelle o envíe un correo electrónico a <a href="mailto:erika.enriquez@ucuenca.edu.ec">erika.enriquez@ucuenca.edu.ec</a></p>		

<b>Consentimiento informado</b>		
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>		

_____	_____	_____
Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
_____	_____	_____
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha
_____	_____	_____
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha

<p>Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Vicente Solano Paucay, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: <a href="mailto:vicente.solano@ucuenca.edu.ec">vicente.solano@ucuenca.edu.ec</a></p>
--

## Anexo D. Carta de Intereses



Cuenca 20 de mayo de 2022

Lcda. Amparito Rodríguez Sánchez, Mgt.  
Directora del proyecto de investigación

Su despacho.

De nuestras consideraciones:

Reciba un cordial saludo de quienes conformamos "CREIAD";

Le escribo en respuesta al oficio entregado por las estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad de Cuenca, Evelyn Pamela Cárdenas Nieves y Erika Michelle Enríquez Inga, en cual en su escrito expresan su interés de realizar su estudio investigativo en nuestra institución, razón por la cual damos respuesta **FAVORABLE** a su petición para ser aplicados los instrumentos de evaluación antes mencionados en su oficio.

Agradezco por su interés que presentan, sin más me despido.

Atentamente:



JEFFERSON AGUIRRE PELAEZ  
PSICÓLOGO CLÍNICO  
C.O.P.S. 1029-2018-1961812

Jefferson Daniel Aguirre P.  
Director Técnico - CREIAD



Dirección: Km. 12 Av. Panamericana Norte Telefax: (07) 4106080 \* (07) 4106165 Cel.: 0998411671 Cuenca - Ecuador  
Página web: www.adolescentesadicciones.com \* E-mail: creiad2012@hotmail.com

