

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**



**ESCUELA DE POSGRADO**

**TESIS**

**FACTORES DE RIESGO Y COMORBILIDAD  
PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES DEL  
DEPARTAMENTO DE ADICCIONES DEL HOSPITAL  
VÍCTOR LARCO HERRERA, 2014 – 2018**

**PRESENTADO POR:**

**GUSTAVO AUGUSTO SIPÁN VALERIO**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN SALUD PÚBLICA**

**ASESOR:**

**Dra. ELSA CARMEN OSCUVILCA TAPIA**

**HUACHO - 2020**

**FACTORES DE RIESGO Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES  
DEL DEPARTAMENTO DE ADICCIONES DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO  
HERRERA, 2014 – 2018**

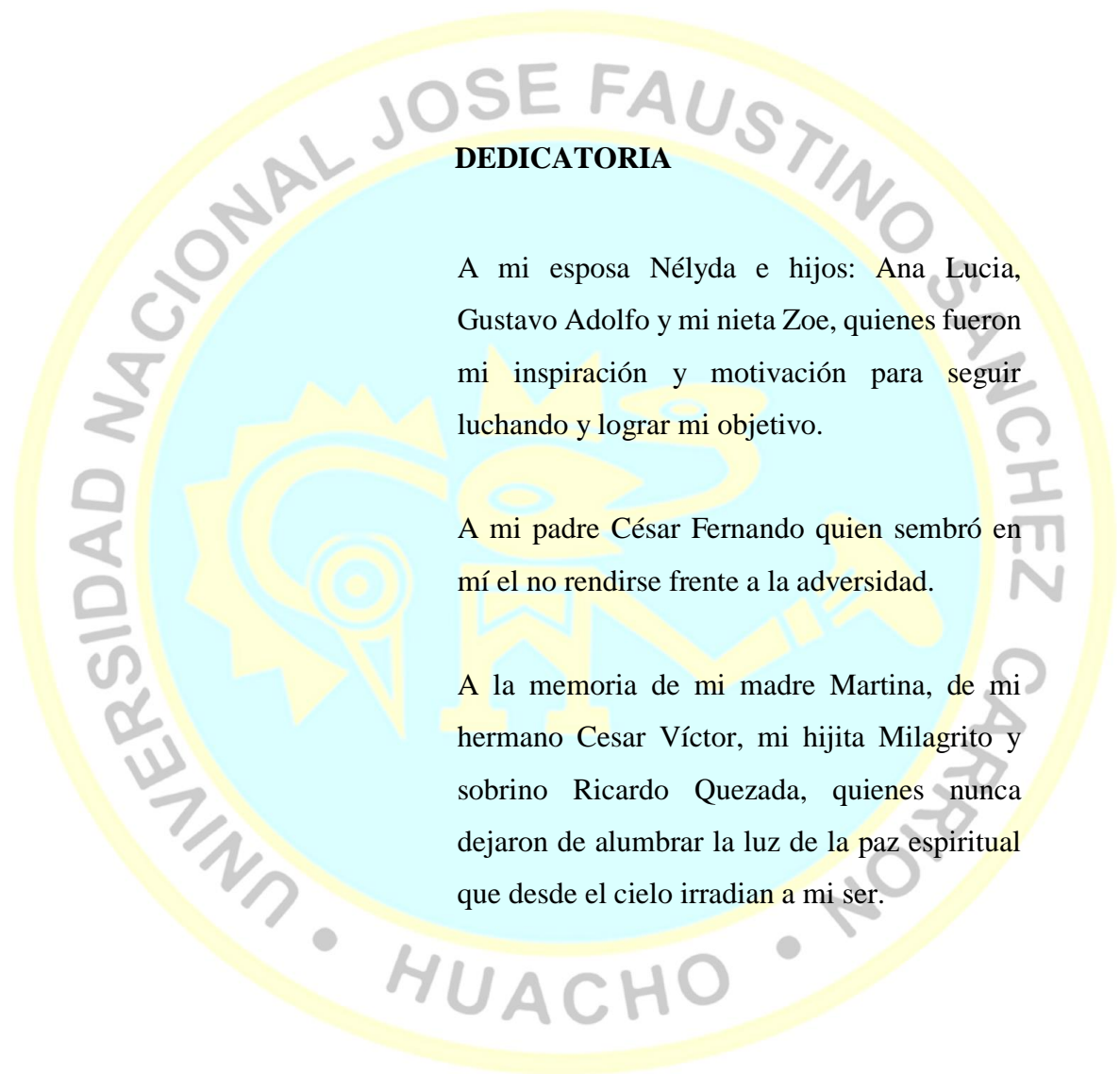
**GUSTAVO AUGUSTO SIPÁN VALERIO**

**TESIS DE DOCTORADO**

**ASESOR: Dra. ELSA CARMEN OSCUVILCA TAPIA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN  
ESCUELA DE POSGRADO  
DOCTOR EN SALUD PÚBLICA  
HUACHO**

**2020**



### **DEDICATORIA**

A mi esposa Nélyda e hijos: Ana Lucia, Gustavo Adolfo y mi nieta Zoe, quienes fueron mi inspiración y motivación para seguir luchando y lograr mi objetivo.

A mi padre César Fernando quien sembró en mí el no rendirse frente a la adversidad.

A la memoria de mi madre Martina, de mi hermano Cesar Víctor, mi hijita Milagrito y sobrino Ricardo Quezada, quienes nunca dejaron de alumbrar la luz de la paz espiritual que desde el cielo irradian a mi ser.

*Gustavo Augusto Sipán Valerio*

## AGRADECIMIENTO

A mi asesora Dra. Elsa Carmen Oscuvilca Tapia quien entregó parte de su tiempo para transmitirme sus experiencias en la investigación científica que hoy se plasma en la obtención del grado académico de Doctor en Salud Pública.

*Gustavo Augusto Sipán Valerio*

“No es saludable estar adaptado a una sociedad profundamente enferma.”

Jiddu Krishnamurti



# ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>CARATULA</b>                                    | <b>I</b>  |
| <b>TITULO</b>                                      | <b>II</b> |
| <b>AGRADECIMIENTO</b>                              | <b>IV</b> |
| <b>RESUMEN</b>                                     | <b>X</b>  |
| <b>ABSTRACT</b>                                    | <b>XI</b> |
| <b>CAPÍTULO I</b>                                  | <b>14</b> |
| <b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>                  | <b>14</b> |
| <b>1.1 Descripción de la realidad problemática</b> | <b>14</b> |
| <b>1.2 Formulación del problema</b>                | <b>19</b> |
| <b>1.2.1 Problema general</b>                      | <b>19</b> |
| <b>1.2.2 Problemas específicos</b>                 | <b>19</b> |
| <b>1.3 Objetivos de la investigación</b>           | <b>20</b> |
| <b>1.3.1 Objetivo general</b>                      | <b>20</b> |
| <b>1.3.2 Objetivos específicos</b>                 | <b>20</b> |
| <b>1.4 Justificación de la investigación</b>       | <b>21</b> |
| <b>1.5 Delimitaciones del estudio</b>              | <b>22</b> |
| <b>1.6 Viabilidad del estudio</b>                  | <b>23</b> |
| <b>CAPÍTULO II</b>                                 | <b>25</b> |
| <b>MARCO TEÓRICO</b>                               | <b>25</b> |
| <b>2.1 Antecedentes de la investigación</b>        | <b>25</b> |
| <b>2.1.1 Investigaciones internacionales</b>       | <b>25</b> |
| <b>2.1.2 Investigaciones nacionales</b>            | <b>27</b> |
| <b>2.2 Bases teóricas</b>                          | <b>29</b> |
| <b>2.3 Bases filosóficas</b>                       | <b>76</b> |
| <b>2.4 Definición de términos básicos</b>          | <b>78</b> |
|  | <b>V</b>  |

|                                       |  |            |
|---------------------------------------|--|------------|
| 2.5                                   | Hipótesis de investigación                       | 79         |
| 2.5.1                                 | Hipótesis general                                | 79         |
| 2.5.2                                 | Hipótesis específicas                            | 79         |
| 2.6                                   | Operacionalización de las variables              | 81         |
| <b>CAPÍTULO III</b>                   |  | <b>87</b>  |
| <b>METODOLOGÍA</b>                    |  | <b>87</b>  |
| 3.1                                   | Diseño metodológico                              | 87         |
| 3.2                                   | Población y muestra                              | 88         |
| 3.3                                   | Técnicas de recolección de datos                 | 94         |
| 3.4                                   | Técnicas para el procesamiento de la información | 95         |
| <b>CAPÍTULO IV</b>                    |  | <b>96</b>  |
| <b>RESULTADOS</b>                     |  | <b>96</b>  |
| 4.1                                   | Análisis de resultados                           | 96         |
| 4.2                                   | Contrastación de hipótesis                       | 105        |
| <b>CAPÍTULO V</b>                     |  | <b>118</b> |
| <b>DISCUSIÓN</b>                      |  | <b>118</b> |
| 5.1                                   | Discusión de resultados                          | 118        |
| <b>CAPÍTULO VI</b>                    |  | <b>136</b> |
| <b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> |  | <b>136</b> |
| 6.1                                   | Conclusiones                                     | 136        |
| 6.2                                   | Recomendaciones                                  | 139        |
| <b>CAPÍTULO VII</b>                   |  | <b>140</b> |
| <b>REFERENCIAS</b>                    |  | <b>140</b> |
| 7.1.                                  | Fuentes Documentales                             | 140        |
| 7.2                                   | Fuentes Bibliográficas                           | 142        |
| 7.3                                   | Fuentes Hemerográficas                           | 144        |
| 7.4                                   | Fuentes Electrónicas                             | 145        |
|                                       |  | VI         |



|  |            |
|--|------------|
| <b>ANEXOS</b>                              | <b>148</b> |
| ANEXO 01 CONSENTIMIENTO INFORMADO          | 149        |
| ANEXO 03 APRECIACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS | 155        |
| ANEXO 04 MATRIZ DE CONSISTENCIA            | 158        |

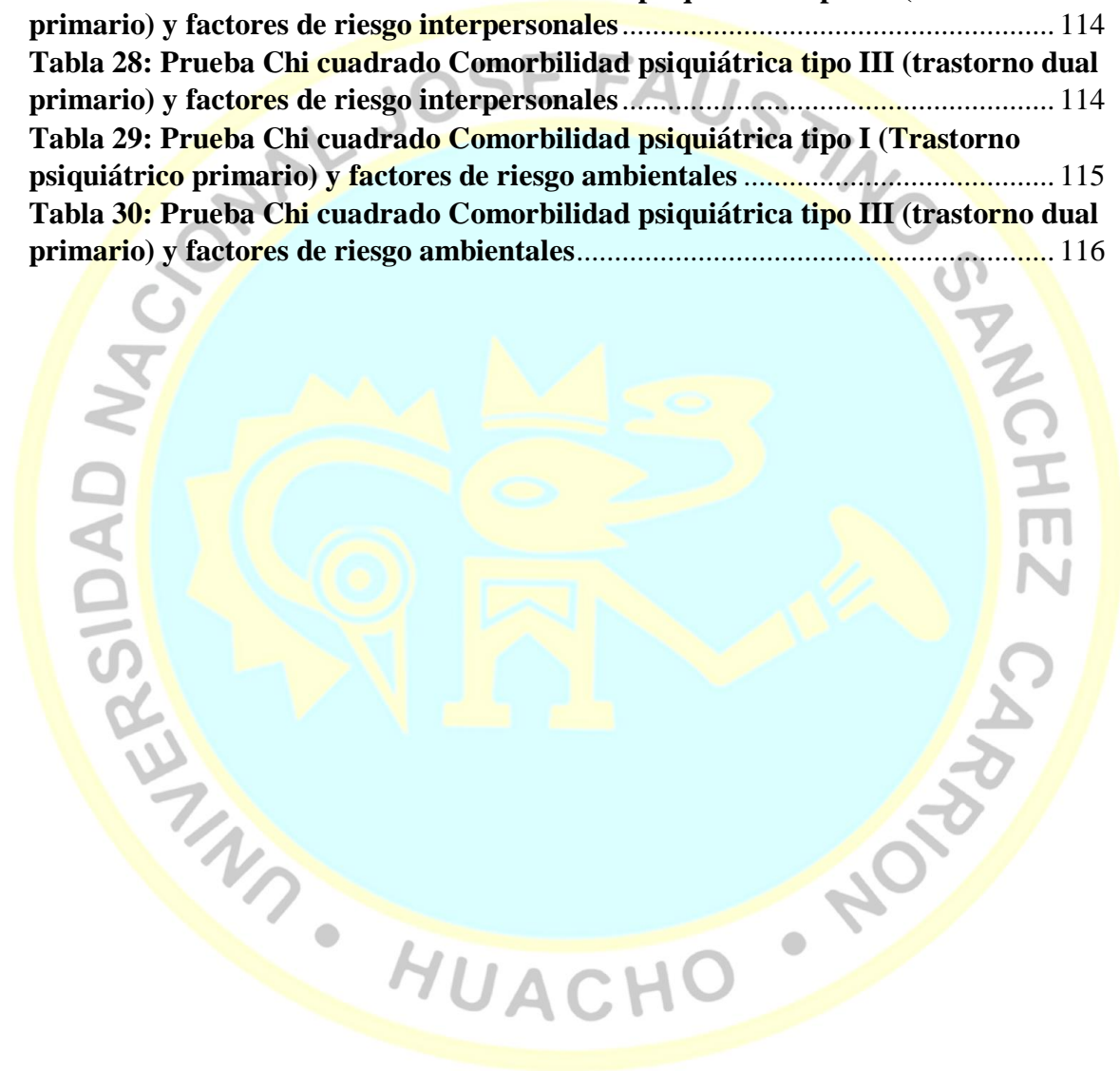


## ÍNDICE DE TABLAS

|  |     |
|--|-----|
| <b>Tabla 1. Clasificación de las Drogas según sus efectos sobre el SNC</b> .....   | 31  |
| Tabla 2. Patrones de consumo de drogas .....   | 33  |
| <b>Tabla 3. Modificaciones neurobiológicas observados en los principales trastornos psiquiátricos, así como durante el síndrome de abstinencia a diversas drogas</b> ..... | 42  |
| <b>Tabla 4. Descripción de ejemplos de subtipos de patología dual (tipos I, II y III de Zimberg)</b> .....   | 45  |
| <b>Tabla 5. Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas</b> .....  | 70  |
| <b>Tabla 6: Tabla de contingencia de las variables sociodemográficas de los pacientes</b><br>.....   | 96  |
| <b>Tabla 7: Tabla de contingencia de edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas</b> .....   | 97  |
| <b>Tabla 8: Tabla de contingencia de trastornos psiquiátricos asociados en los pacientes farmacodependientes.</b> .....  | 97  |
| <b>Tabla 9: Tabla de contingencia factores de riesgo con desorden psicológico y Odds Ratio</b> .....   | 98  |
| <b>Tabla 10: Tabla de contingencia de factores de riesgo intrapersonales en farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica</b> .....                                    | 98  |
| <b>Tabla 11: Tabla de contingencia de factores de riesgo interpersonales en farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica</b> .....                                    | 101 |
| <b>Tabla 12: Tabla de contingencia de factores de riesgo ambientales en farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica</b> .....  | 103 |
| <b>Tabla 13: Tabla de contingencia de trastornos psiquiátricos asociados a los tipos de comorbilidad psiquiátrica en los pacientes farmacodependientes</b> .....           | 104 |
| <b>Tabla 14: Prueba Chi-cuadrado de Factores de riesgo con comorbilidad psiquiátrica y ODDS Ratio</b> .....  | 105 |
| <b>Tabla 15: Prueba Chi-cuadrado de Comorbilidad psiquiátrica tipo I (trastorno psiquiátrico primario) y factores de riesgo intrapersonales</b> .....                      | 106 |
| <b>Tabla 16: Prueba de Chi-cuadrado de Comorbilidad psiquiátrica tipo II (trastorno por uso de sustancias primario) y factores de riesgo intrapersonales</b> .             | 107 |
| <b>Tabla 17: Prueba Chi-cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo II (trastorno por uso de sustancias primario) y factores de riesgo intrapersonales</b> .....               | 108 |
| <b>Tabla 18: Prueba Chi-cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo II (trastorno por uso de sustancias primario) y factores de riesgo intrapersonales</b> .....               | 108 |
| <b>Tabla 19: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo II (trastorno por uso de sustancias primario) y factores de riesgo intrapersonales</b> .....               | 109 |
| <b>Tabla 20: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo II (trastorno por uso de sustancias primario) y factores de riesgo intrapersonales</b> .....               | 109 |
| <b>Tabla 21: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo III (trastorno dual primario) y factores de riesgo intrapersonales</b> .....                               | 110 |
| <b>Tabla 22: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo III (trastorno dual primario) y factores de riesgo intrapersonales</b> .....                               | 110 |



|  |            |
|--|------------|
| <b>Tabla 23: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo I (trastorno psiquiátrico primario) y factores de riesgo interpersonales .....</b> | <b>111</b> |
| <b>Tabla 24: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo I (trastorno psiquiátrico primario) y factores de riesgo interpersonales .....</b> | <b>112</b> |
| <b>Tabla 25: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo I (trastorno psiquiátrico primario) y factores de riesgo interpersonales .....</b> | <b>112</b> |
| <b>Tabla 26: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo III (trastorno dual primario) y factores de riesgo interpersonales.....</b>        | <b>113</b> |
| <b>Tabla 27: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo III (trastorno dual primario) y factores de riesgo interpersonales.....</b>        | <b>114</b> |
| <b>Tabla 28: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo III (trastorno dual primario) y factores de riesgo interpersonales.....</b>        | <b>114</b> |
| <b>Tabla 29: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo I (Trastorno psiquiátrico primario) y factores de riesgo ambientales .....</b>     | <b>115</b> |
| <b>Tabla 30: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo III (trastorno dual primario) y factores de riesgo ambientales.....</b>            | <b>116</b> |



## RESUMEN

La presente investigación “Factores Riesgo y Comorbilidad psiquiátrica en pacientes del Departamento de Adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014 – 2018”.

**Objetivo:** Determinar la relación entre los factores de riesgo y la comorbilidad psiquiátrica en pacientes del Departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014 – 2018.

**Metodología:** El diseño, es no experimental y corresponde a un estudio de casos y controles sustentado en la epidemiología social, quiere decir se conoce el efecto y se investigó la causa. Fue un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional, observacional analítico, ambispectivo y longitudinal, en una población constituida por la totalidad de pacientes que asistieron al Departamento de Adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, en el periodo 2014 – 2018 y una muestra de 112 pacientes. Para la recolección de datos se aplicó la técnica del análisis documental cuyo instrumento fue la historia clínica, así mismo la técnica la encuesta personal, como instrumento el cuestionario. La técnica de procesamiento de datos fue la prueba no paramétrica chi cuadrado y el cálculo de ODDS RATIO para identificar los factores de riesgo. El instrumento de medición nos dio coeficientes de 0.873 (Spearman – Brown), 0,873 (Rulon – Guttman) y 0.730 (Alfa de Cronbach): CONFIABLES. La información fue codificada y digitalizada en Excel y exportada al software estadístico SPSS.

**Resultados:** El 43.8% de los pacientes con adicciones a sustancias psicoactivas con trastorno psiquiátrico (CASOS) y el 33.0% de los pacientes con adicciones a sustancias psicoactivas sin trastorno psiquiátrico (CONTROLES) respectivamente estuvieron expuestos a los factores de riesgo de la investigación, con un chi cuadrado = 7.213,  $gl=1$ ,  $p=0.007$  SIGNIFICATIVO, ODDS RATIO= 3.595.

**Conclusiones:** Aquellos pacientes que se exponen a los factores de riesgo tienen 3.595 (OR) más riesgo cuando tienen un trastorno psiquiátrico que el que no tiene desorden psiquiátrico, con un intervalo de confianza del 95% con un límite inferior 1.368 y un límite superior 9.445. De repetirse el estudio este riesgo se encontrará en el 95% de los casos en los intervalos mencionados. Por lo tanto existe relación entre los factores de riesgo y la comorbilidad psiquiátrica.

**Palabras clave:** Factores de riesgo, comorbilidad psiquiátrica, sustancias psicoactivas.

## ABSTRACT

The present investigation “Risk Factors and Psychiatric Comorbidity in patients of the Department of Addictions of the Víctor Larco Herrera Hospital, 2014 - 2018.

**Objective:** To determine the relationship between risk factors and psychiatric comorbidity in patients of the Addictions Department of the Víctor Larco Herrera Hospital, 2014 - 2018.

**Methodology:** The research design is non-experimental and corresponds to a case-control study based on social epidemiology, that is, the effect is known and the cause is investigated. It was a study with quantitative, descriptive, correlational, analytical, prospective and longitudinal observational approach, in a population made up of all the patients who attended the Addictions Department of the Víctor Larco Herrera Hospital, in the period 2014 - 2018 and a sample of 112 patients. For data collection, the documentary analytical technique was applied, the instrument of which was the medical history, as well as the personal survey technique, as an instrument the questionnaire. The data processing technique was the non-parametric chi-square test and the calculation of ODDS RATIO to identify risk factors. The measuring instrument gave us coefficients of 0.873 (Spearman - Brown), 0.873 (Rulon - Guttman) and 0.730 (Cronbach's Alpha): RELIABLE. The information was encoded and digitized in Excel and exported to SPSS statistical software.

**Results:** 43.8% of patients with addictions to psychoactive substances with psychiatric disorder (CASES) and 33.0% of patients with addictions to psychoactive substances without psychiatric disorder (CONTROLS) were respectively exposed to the risk factors of the investigation, with a chi-square = 7.213,  $gl = 1$ ,  $p = 0.007$  SIGNIFICANT, ODDS RATIO = 3.595.

**Conclusions:** Those patients who are exposed to risk factors have 3,595 (OR) more risk when they have a psychiatric disorder than the one without psychiatric disorder, with a 95% confidence interval with a lower limit of 1,368 and an upper limit of 9,445. If the study is repeated, this risk will be found in 95% of the cases at the mentioned intervals. Therefore, there is a relationship between risk factors and psychiatric comorbidity.

Keywords: Risk factors, psychiatric comorbidity, psychoactive substances.

## INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas a nivel mundial va alcanzando cifras muy altas en los últimos años, según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), unos 275 millones de personas en todo el mundo (cerca del 5.6% de la población mundial) consumieron drogas en al menos una ocasión en el 2016 (Informe Mundial de Drogas, 2018).

En nuestro país según la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA, en la Estrategia Nacional de lucha contra las Drogas 2017 – 2021; 7 de cada 10 personas señala haber consumido alguna vez en su vida drogas legales como el alcohol (54.7%) y el tabaco (21.1%). Mientras que el 4.8% de la población manifiesta haber consumido drogas ilegales en algún momento de su vida, drogas como la marihuana, pasta básica de cocaína y clorhidrato de cocaína. Cerca de 800,000 consumidores de bebidas alcohólicas son considerados “bebedores problemáticos”, y en cuanto a la dependencia del consumo de drogas ilegales, el se manifiesta en 5 de cada 10 consumidores en los casos de marihuana y clorhidrato de cocaína, y en 6 de cada 10 consumidores en el caso de la PBC (p.67).

Por tanto el problema de las drogas continua siendo una grave amenaza para la salud, seguridad y el bienestar de toda la humanidad (Estrategia Nacional de lucha contra las Drogas , 2017 - 2021, pág. 128).

Con respecto a los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de drogas, en muchos pacientes con adicción a sustancias se está incrementando algunas formas de comorbilidades y una de ella es la patología dual o comorbilidad psiquiátrica, es decir individuos que tienen una adicción más otro trastorno mental, como los trastornos de personalidad, esquizofrenia, trastorno de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos bipolares, etc. De tal manera que el abordaje en el tratamiento y rehabilitación se hace más difícil y complejo por lo que requiere evidencias con estudios de investigación para delinear estrategias reales que se acerquen al fondo del problema para lograr los objetivos propuestos.

Es por ello que en el presente estudio de investigación aborda a los pacientes del Departamento de Adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera para identificar y



determinar aquellos factores de riesgo que tienen relación con las diferentes comorbilidades psiquiátricas, que nos va a servir replantear las acciones terapéuticas tradicionales y dar un enfoque más integral.

Por tanto las investigaciones sobre factores de riesgo en comorbilidad psiquiátrica, es un primer reto, dado que su prevalencia es elevada, y esto exige que la investigación en este orden requiere una concepción transversal y multidisciplinar (Fundación Acorde, 2013).

El informe final de la presente tesis, contiene 7 capítulos:

Capítulo I, Planteamiento del problema; Capítulo II, Marco teórico; Capítulo III, Metodología; Capítulo IV, Resultados, Capítulo V, Discusión de resultados, Capítulo VI. Conclusiones y recomendaciones y Capítulo VII, Referencias bibliográficas.





# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la realidad problemática

Actualmente, el Consumo en Sustancias Químicas con efectos psicotrópicos, va alcanzando cada vez graves consecuencias a nivel de la Salud Pública, la economía, en lo social y cultural.

El cual los gobiernos del mundo prácticamente no pueden contener esta corriente que también acarrea corrupción, delitos y costos muy altos en pérdidas humanas y en la economía de los estados involucrados directa e indirectamente en este problema. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2012, p. 6)

La consecuencia más grave del consumo de sustancias psicoactivas, es la drogodependencia (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2009) afirman:

Que ya desde épocas pasadas sobre todo en los años 70 es considerada como una epidemia debido al costo que representa ya que no sólo le afecta al paciente más si no tiene un efecto hacia la sociedad generando distintos tipos de problemáticas sociales que se pueden observar hasta la actualidad.

Según la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, en su Informe Mundial sobre las Drogas. Ha podido calcular 1 de cada 20 adultos, es decir, 250 millones de individuos de 15 y 64 de edad, en algún momento hicieron uso de algún tipo

de droga en el año 2014. (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2016, p. 1)

Así mismo informa que mundialmente practicar el consumo de drogas, muchos lo que hacen uso de estos, suelen convertirse en poli consumidores.

Lo cual quiere decir que no solo se conforman con un tipo de droga, sino varias de ellas, todo ello para poder explorar sus efectos. También hoy en día podemos ver que algunas de las drogas son utilizadas como medicamentos para aliviar dolores o enfermedades. (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2016)

Dentro del contexto de trastornos relacionados, con consumo de sustancias psicoactivas, viene emergiendo la patología dual o comorbilidad psiquiátrica, aplicamos este término para poder nombrar la existencia simultánea de una alteración adictiva y una alteración psíquica en el ser humano (Castro , 2017) afirma, que la comorbilidad entre las patologías psiquiátricas y el exceso en uso de sustancias tóxicas tiene una trascendencia desde la visión de la neurología, de la clínica y terapéutica, este contexto ha dado lugar a qué se genere una nueva entidad clínica denominada patología Dual en la cual es encargada de ver la Salud Mental y la drogodependencia de los pacientes.

En el marco, las alteraciones psíquicas y de la conducta por consumo de sustancias psicotrópicas; la comorbilidad psiquiátrica o patología dual constituye un fenómeno sanitario emergente, que cada vez está recibiendo mayor atención, no sólo en la literatura científica sino también a nivel de la Asistencia Clínica.

La relación entre el Consumo de Sustancias de abuso y las alteraciones mentales (o simplemente, ciertos síntomas de la esfera psiquiátrica) no es nada nuevo sino más bien denominado como un vínculo conocido desde épocas anteriores. Por

ejemplo, Hipócrates de Cos hablaba de la “Ingesta de vino con igual cantidad de agua, para liberarse de la ansiedad y los temores, algunos autores manifiestan el concepto de comorbilidad como primera referencia histórica plasmados en el siglo IV a.C. Así mismo el empleo de sustancias psicoactivas con capacidad de generar dependencia en el marco del abordaje terapéutico de los trastornos mentales también se remonta a los orígenes de la propia Medicina. Algunas de estas sustancias, opio, Cannabis o Cocaína pasaron de un uso ritual y religioso a un empleo terapéutico y posteriormente a un uso recreativo (Haro et al., 2012) afirma que en el Siglo XVII, el médico inglés Thomas Sydenham, escribía que “los medicamentos que el señor DIOS dio al ser humano con el fin de calmar los dolores, ninguno es tan Universal y eficiente como el opio”. E incluso llegó afirmar que “sin el opio, el arte de curar no existiría”. Por su parte, y más recientemente, Wilhelm Griesinger, en su tratado sobre Las Enfermedades Mentales (1865), refería que con el opio “Se mejora el sueño, mejoran los síntomas de irritación cerebral, el enfermo se calma, las alucinaciones se moderan, el sentimiento de ansiedad disminuye, así como las ideas delirantes, y, a veces, se llega a la curación completa” (p. 22).

Durante el Siglo XIX tuvieron lugar las primeras aproximaciones científicas que intentaron correlacionar los efectos de las droga de abuso con la aparición de trastornos psiquiátricos. Cabrera – Abreu, apunta “La coexistencia de varias agrupaciones sindrómicas en un mismo paciente no es un fenómeno que pasara desapercibido para los alienistas del Siglo XIX”. Jacques – Joseph Moreau de Tours y sus auto –experimentos sobre el hashish y la enfermedad mental. Del mismo modo, el desarrollo de la corriente degeneracionista abrió definitivamente la espita que permitiría explicar, desde una base

etiopatogénica, la génesis de los trastornos mentales y el papel jugado por las drogas de abuso.

Pero, a pesar de esta estrecha conexión la historia real de la patología dual es relativamente reciente y sus inicios hay que buscarlos en la publicación de la versión III del DSM (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders) en 1980 y en la puesta en marcha de los primeros estudios epidemiológicos acerca de la presencia de enfermedades y trastornos psiquiátricos en la población general utilizando esta herramienta diagnóstica. Los principales estudios diseñados para estimar la prevalencia de la comorbilidad psiquiátrica, realizados en Estados Unidos sobre población general y publicada en la primera mitad de la década de 1990, el estudio ECA (Epidemiología Catchment Área Study) y el estudio NCS (National Comorbidity Survey), (Haro et al., 2012) confirma: El hallazgo, de una persona, de la presencia de dos o más alteraciones psiquiátricas, involucrando los ejes I y II del DSM – III, resultaba ser un fenómeno bastante frecuente. Con los datos aportados por estos estudios, la patología dual alcanzó su mayoría de edad y, a partir de aquí, ha tenido lugar una auténtica explosión documental acerca de la comorbilidad psiquiátrica.

La Etiología de la comorbilidad psiquiátrica se medita que específicamente sea a raíz multifactorial. A pesar, se plantea la dimensión en forma más consistente, factores de riesgo asociados a este trastorno mental, que serían factor de riesgo intrapersonal, interpersonal y ambientales, el cual nos van a configurar todo el contexto teórico para explicar la etiopatogenia de la comorbilidad psiquiátrica.

En el Perú, (Zegarra-Valdivia, Chino, & Carzola, 2015) afirman: “Prevalencia de patología dual en el sur del Perú: Estudio clínico – descriptivo, un centro psiquiátrico en Arequipa, los resultados demuestran una prevalencia de patologías dual de 49%” ( p. 32).



Así mismo, en la investigación comorbilidad psiquiátrica en pacientes internados del Servicio de Psiquiatría del Hospital Hermilio Valdizán en Lima (Jimenez & Chero, 2011) afirman: “El 55.6% de pacientes hospitalizados presentó patología comorbida y trastorno mental más trastorno adictivo” (p. 51).

Las investigaciones sobre factores de riesgo en comorbilidad psiquiátrica, es un primer reto, dado que su prevalencia es elevada, y esto exige que la Investigación en este orden requiere una concepción transversal y multidisciplinar.

En mi experiencia como profesional de Enfermería en la especialidad de Salud Mental y Psiquiatría, en el Servicio de Adicciones del Hospital “Víctor Larco Herrera”, se observó que en estos últimos 5 años ha aumentado la prevalencia de pacientes que se hospitalizan con comorbilidad psiquiátrica, de manera que en el abordaje que el equipo terapéutico realiza a estos miembros en tratamiento, es altamente especializado y complejo, dado las características cognitivas, conductuales y afectivas del paciente dual. Lo más prevalente son aquellos pacientes drogodependientes que tienen asociados un trastorno de personalidad, como el antisocial, el borderline, seguido de la esquizofrenia, luego los trastornos de ansiedad, la depresión, el trastorno bipolar, etc., con todo este espectro de comorbilidad psiquiátrica, se asumió el reto del tratamiento y rehabilitación de estos pacientes.



## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Qué factores de riesgo se relacionan con la comorbilidad psiquiátrica en pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018?

### **1.2.2 Problemas específicos**

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo intrapersonales en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo interpersonales en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo ambientales en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018?
4. ¿Qué trastornos psiquiátricos primarios presentan los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018?
5. ¿Qué trastornos por el uso de sustancias primario presentan los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018?
6. ¿Qué trastornos duales primario presentan los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación entre los factores de riesgo y la comorbilidad psiquiátrica en pacientes del Departamento de Adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014 – 2018.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

1. Identificar los factores de riesgo intrapersonales en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018.
2. Identificar los factores de riesgo interpersonales en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018.
3. Identificar los factores de riesgo ambientales en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018.
4. Identificar los trastornos psiquiátricos primarios en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018.
5. Identificar los trastornos por el uso de sustancias primario en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018.
6. Identificar los trastornos duales primario en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018.

## **1.4 Justificación de la investigación**

### **1.4.1. Conveniencia**

Este estudio contribuyó en el conocimiento de los factores de riesgo que se relacionan con la comorbilidad psiquiátrica en pacientes farmacodependientes, de manera que los resultados permitieron conceptualizar el proceso salud – enfermedad en drogodependencias y facilitará el desarrollo de modelos para la intervención específicamente en cuanto a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

### **1.4.2. Relevancia Social**

La investigación permitió reforzar los modelos de enfoque de factores de riesgo en adicciones sobre todo poblaciones las cuales no saben sus derechos y los perjudicados son los niños y adolescentes. De manera que la Institución podrá delinear acción acorde a la realidad en los niveles de prevención.

### **1.4.3. Implicancia Práctica**

El instrumento a emplear responde a nuestra realidad, el cual pudo medir los factores de riesgo en pacientes de nuestro contexto, así mismo este instrumento fue la base para medir estos factores en otros contextos diferentes. Según (Vacca y Vargas , 1998) afirman que todo factor de riesgo va evolucionando y modificándose conforme el tiempo avanza asimismo también los patrones de comportamiento de consumo van cambiando estos se fortalecen y potencializa en diferentes contextos.

#### **1.4.4. Valor Teórico**

Toda la información que se obtuvo de este problema de investigación nos permitió relacionar los factores de riesgo con la comorbilidad psiquiátrica (casos) y también con nuestros pacientes controles, utilizando las diferentes teorías explicativas de la experiencia con el consumo, sustancias. (Petraitis, Flay & Miller, 1995, p. 57)

#### **1.4.5. Utilidad metodológica**

El estudio nos permitió crear un nuevo instrumento para recolectar datos de factores de riesgo en pacientes consumidores de drogas con o sin comorbilidad psiquiátrica acorde a nuestra realidad. También se utilizaron métodos, técnicas y procedimientos que se diseñaron exclusivamente en esta investigación con cuya validez y confiabilidad podrán usar para otros estudios, lo que alcanzó su utilidad metodológica.

### **1.5 Delimitaciones del estudio**

#### **1.5.1. Delimitación espacial**

El presente estudio de investigación se realizó, en el Departamento de Adicciones del Hospital “Víctor Larco Herrera”, en el Distrito Magdalena del Mar, Provincia - Lima.

### **1.5.2. Delimitación Social**

Los pacientes que fueron estudiados, en el Departamento de Adicciones del Hospital “Víctor Larco Herrera”, para efectos de medir los factores de riesgo que intersectan con la comorbilidad psiquiátrica.

### **1.5.3. Delimitación Poblacional**

Este estudio utilizó la encuesta. Fueron anónimas, únicamente se preguntó lo necesario para hallar resultados, además conto con la participación de 112 pacientes, del Departamento de Adicciones del Hospital “Víctor Larco Herrera”.

### **1.5.4. Delimitación Temporal.**

Ciclo de investigación fue de Enero del año 2014 a Diciembre del 2018.

## **1.6 Viabilidad del estudio**

### **1.6.1. Viabilidad Temática**

En cuanto al análisis, realizó en el tiempo propuesto, luego de la aprobación del proyecto de tesis por el jurado evaluador, guiado con la metodología propuesta que dio respuesta al problema de investigación. No existió conflicto de interés ni impedimentos éticos morales en el desarrollo de la investigación.

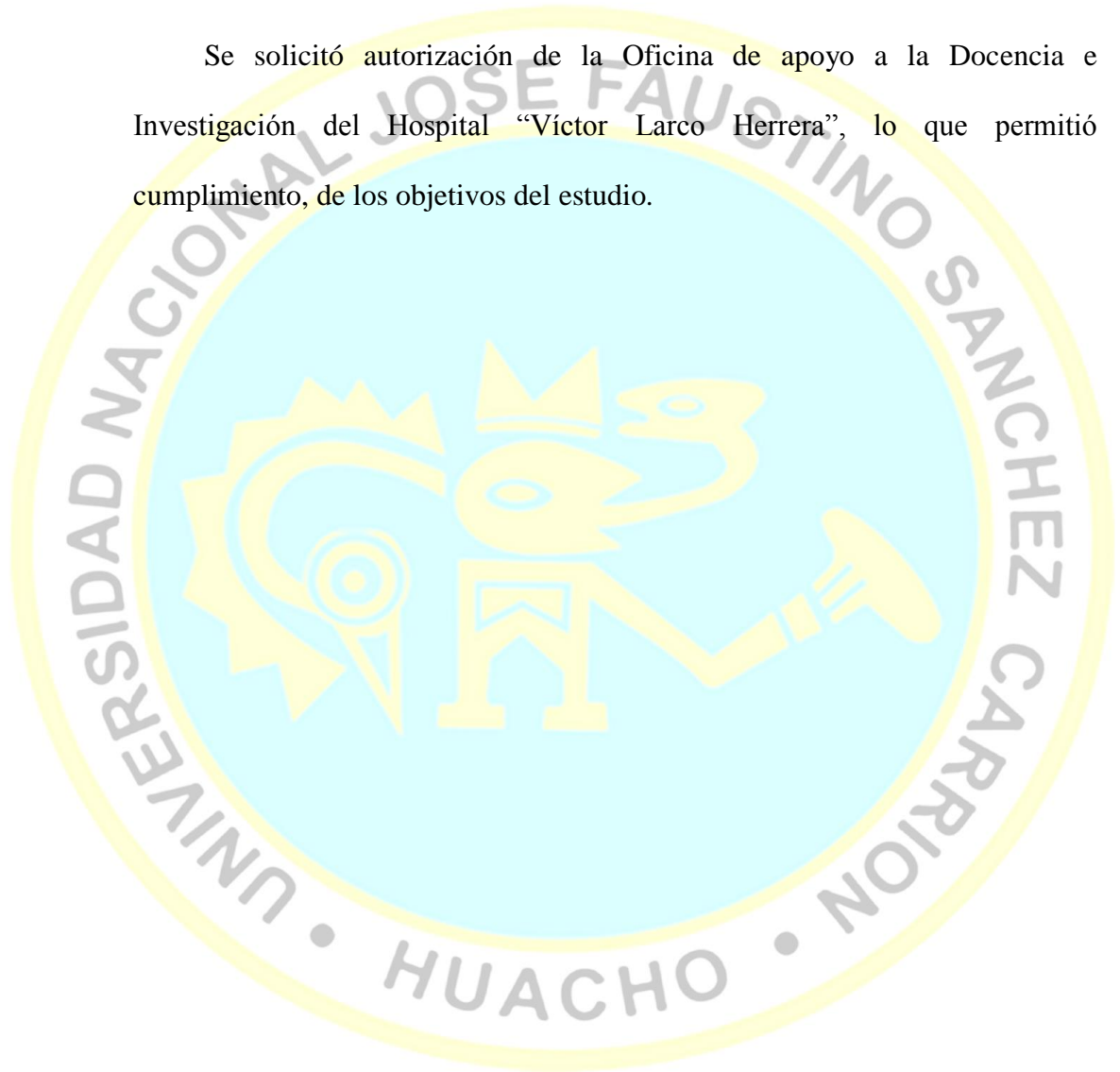


### **1.6.2. Viabilidad Económica**

Ejecución del estudio ha sido financiada por el autor de la tesis.

### **1.6.3. Viabilidad Técnica**

Se solicitó autorización de la Oficina de apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital “Víctor Larco Herrera”, lo que permitió cumplimiento, de los objetivos del estudio.



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de la investigación

##### 2.1.1 Investigaciones internacionales

García, Nabalvos, Robles, Jordan, & O'Ferall (2017). En su investigación: Perfil psicopatológico y prevalencia de patología dual de los pacientes con dependencia alcohólica en tratamiento ambulatorio. Centro tratamiento de adicciones, ARCA de Cádiz. España. **Resultados:** Determinó la prevalencia de PD varía del 45.1% (MCMI.-III) al 80.4% (MINI.5) dependiendo del instrumento utilizado. Se muestra que el acontecimiento depresivo mayor actual y recidivante es predominantes, luego le sigue el trastorno de ansiedad generalizada actual, y por otro lado el riesgo de suicidio y el trastorno distímico actual; de los pacientes duales el 73,2% presenta una puntuación global moderada – intensa en EMCA, un 56.1% tiene conducta impulsiva y un 41.5% síntomas altamente consistentes con el TDAH. Correspondiente a la calidad de vida, el 53.7% tenía un mal estado de salud mental. Un 30% de los pacientes con PD y consumo añadido de drogas tenía antecedentes de trastorno bipolar y un 10% de suicidio alto. **Conclusiones:** “La prevalencia comorbilidad psiquiátrica en pacientes con dependencia alcohólica en tratamiento ambulatorio varía dependiendo del método de detección, siendo la MINI la que identifica en mayor número de casos, y más de la mitad de los pacientes con PD tiene conducta impulsiva, mala calidad de salud mental y altos niveles de craving. Requieren especial atención los PD con consumo de otras sustancias”.

Carratalá (2016). En su tesis doctoral: *“Personalidad e impulsividad como factores predictores de pronóstico en dependencia de cocaína y patología dual grave. España”*. **Conclusiones:** “Los pacientes con TCC y esquizofrenia presentaron menos demora media que los sujetos controles. Se puede decir entonces que, aunque no se encontraren diferencias de tiempo en cuanto a la señal de stop y letras existentes en los grupos, desde el enfoque de patología dual se ha mostrado patrones de impulsividad. Utilizando la escala de Baratt, los pacientes que padecían impulsividad en alto rango presentan también un riesgo suicida de fuerza mayor. Encontrándose que al ir aumentando la impulsividad iba aumentando también el riesgo suicida, por otro lado, se encontró que al haber dependencia de un tipo de droga aumenta la proporcionalidad del suicidio. Concluyendo no respuesta a la prueba de inhibición prepulso (IPP) a los grupos encuestados.

Casarez, M.; Gonzáles, A.; Villagra, P.; Hoffman, S.; Reinhard, I. (2011). En su investigación: *Patología dual y trastornos mentales en reclusos consumidores de sustancias. Centro penitenciario Villabona (Asturias). España*. **Resultados:** un porcentaje de 35% de personas encuestadas cumplieron con todo lo que se necesitaba para poder realizar el diagnóstico de patología dual, de los cuales, el 83,3% presentó comorbilidad con trastorno de ansiedad, un porcentaje de 79.2% se encontró que padecía trastornos afectivos y por otro lado un 0,8% se encuentran con trastornos psicóticos. Llegando a la conclusión que un aproximado de un tercio de estas personas han sido maltratadas de una forma y psicológico en la etapa infantil, por otro lado un porcentaje de 67,1% ha pasado por algún riesgo para su vida en el transcurso de los años. Un grupo de personas que hacen el 23.1% manifestó haber sufrido malos tratos físicos en la infancia, de una manera psicológica fue el 22,4% y el 2.1% han sufrido abusos sexuales. Todo lo mencionado se

fue dando aun en la etapa adulta, llegando a los porcentajes de 14%, 22,4% y 1.4% de estos casos respectivos. **Conclusiones:** concluimos mencionando que la droga más utilizada por aquella población es la cocaína, haciendo uso de ella un 50% los cuales en el transcurso de la vida han sufrido de maltrato infantil (en todas las modalidades). Estas personas muestran también más riesgos de suicidio (68.8% ) frente a aquellos sin patología dual (33.7%).

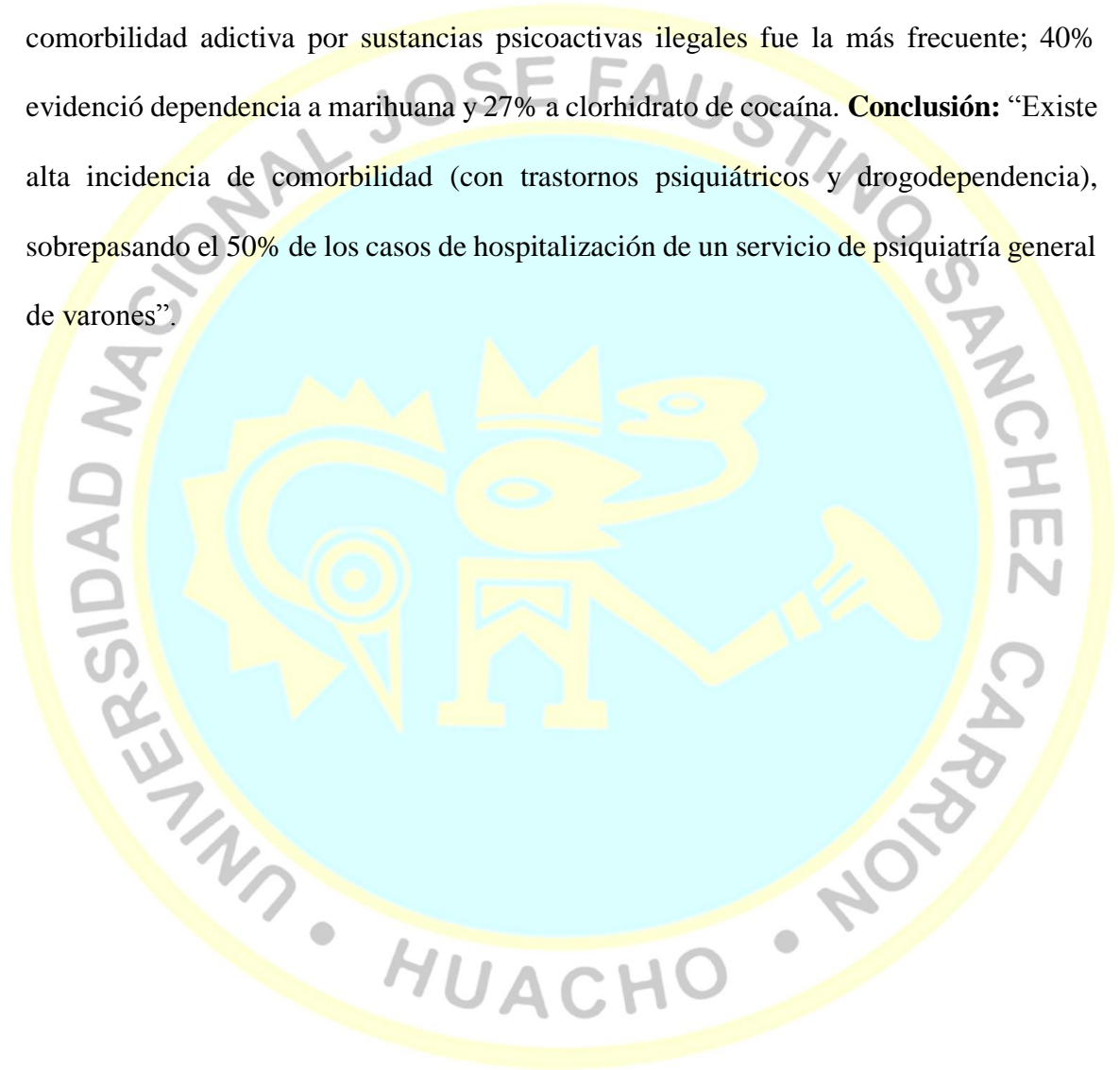
### 2.1.2 Investigaciones nacionales

Zegarra-Valdivia, Chino, & Carzola (2015). En la investigación: “*Prevalencia de Patología Dual en el Sur del Perú: Estudio Clínico – Descriptivo. (Arequipa) Perú*”

**Conclusiones:** Se encontró que existe vulnerabilidad socio-familiar e individual de los individuos encuestados de acuerdo a la protección o resistencia frente a la Enfermedad Mental, también se encontró carencias de políticas efectivas en Salud Mental y cada vez los resultados van en aumento.

Jiménez & Chero (2011). En la investigación: “*Comorbilidad Psiquiátrica en pacientes internados en el Servicio de Varones del Hospital Hermilio Valdizan (Lima) Perú*”. **Objetivo:** Determinar la comorbilidad adictiva, los diagnósticos psiquiátricos asociados a dependencia de sustancias psicoactivas y sus características sociodemográficas en pacientes internados con trastornos psiquiátricos en un Servicio de Psiquiatría General de Varones del Hospital Hermilio Valdizán. **Metodología:** Estudio prospectivo, descriptivo y observacional. Las variables sociodemográficas y las variables diagnóstico psiquiátrico. Se utilizó la definición de Caso de Comorbilidad de la OMS. La muestra fue de 27 pacientes hospitalizados, Servicio de Varones - HHV, internados entre 1 de Enero y el 30 de Junio del 2010, mayores de 17 años. **Resultados:** El 55,6% (15) de

pacientes hospitalizados presentó patología comórbida, trastorno mental más trastorno adictivo. Desde los 24.8 años y la categoría en edades mayor fue de 21-29 años, 60.0% (9) de todos los casos. El 86.7% (13) fueron solteros. El 66.7 (10) tenía secundaria incompleta. El 73.3% (11) era desocupado. El trastorno esquizofrénico asociado a dependencia de sustancias psicoactivas evidenció un 63.2% de los casos comórbidos. La comorbilidad adictiva por sustancias psicoactivas ilegales fue la más frecuente; 40% evidenció dependencia a marihuana y 27% a clorhidrato de cocaína. **Conclusión:** “Existe alta incidencia de comorbilidad (con trastornos psiquiátricos y drogodependencia), sobrepasando el 50% de los casos de hospitalización de un servicio de psiquiatría general de varones”.





## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1. Drogas en el Mundo Actual**

La droga afecta a muchas personas no importa el color, la clase social, si es adolescente o es adulto, (Cedro, 2013) afirma:

El 5% de adultos mundialmente han consumido algún tipo de sustancia ilícita en una oportunidad del 2010; existiendo personas problemáticos con consumo problemático cerca de 27 millones de personas (0.6% de la población mundial). Cerca de 0.2 millones, humanos tienden a morir a causa que se encuentran asociadas al uso de las drogas.

De acuerdo al tema se debe tener en cuenta que cada país tiene una apreciación diferente en cuanto a las drogas, influenciada por sus particularidades locales (Ibid, 2013 , p. 10), afirma: Este autor afirma que la problemática es diferente en países que son sólo consumidores que en países en los cuales existe la producción y el consumo ya que cuando existe ambas situaciones son países en los cuales el problema es mucho más difícil de conllevar y mucho más difícil de erradicar.

En el transcurso del tiempo se ha tratado de frenar con estas sustancias. Dando inicio a penalizaciones , castigos que no han dado buenos resultados (Cedro, 2013) afirma, que muchos países han buscado de dar la solución desde el ámbito político generando restricciones hacia la actividad que aqueja, sin embargo existen otros sectores los cuales deben también inmiscuirse Dentro de este problema para poder darle solución ya que a la fecha se está viendo desde una visión netamente aislada lo cual no consigue hasta la fecha dar una solución definitiva.

Realizar un abordaje integral en lo preventivo y remediativo, enfoque a las secciones vulnerables (Cedro, 2013) afirma:

Que un país cuando reconoce en qué ambiente una persona inicia su consumo de droga puede de esta manera generar un tratamiento y a la vez generar una reinserción social con éxito sin discriminación y obteniendo mejores resultados al no recaer.

(Cedro , 2013) refiere: “Las alternativas de prevención y orientación deben trabajar estratégicamente aprovechando las nuevas formas de interacción de hoy y del mañana, enseñando a niños y jóvenes a identificar, distanciarse de los riesgos, convirtiéndose en agentes de salud entre sus pares” (p. 17).

Al prever que las personas consuman droga no esteremos eliminando el problema de las adicciones sino más bien educando al ciudadano previniendo problemas psicológicos a causa de este consumo.

Esto no será posible (Cedro, 2013) nos dice: “Nuestras civilizaciones sino piensan sobre las consecuencias de las drogas y cada quien en posición pone manos a la obra, reconociendo la inversión genera estilos de vida saludables contribuyendo fundamentalmente, al avance del territorio” (págs. 12 - 13).

### **2.2.2. Contexto general**

#### **2.2.2.1. Concepto de droga**

La droga es definida de muchas maneras, pues según los efectos y consecuencias se le atribuyen un término específico. OMS “Sustancia que un individuo introducen dentro de su organismo modificando sus funciones normales de este. Por otro lado puede definirse también como compuestos químicos o sustancias naturales que pueden generar efectos de cambios en estructuras y función del cerebro y de las partes del cuerpo. (Cedro, 2013)

(Ibid, 2013, p. 19) nos dice: “Actualmente se dice, que las sustancias, como la marihuana y heroína, aceleran las neuronas por su configuración imitando los neurotransmisores naturales”.

### 2.2.2.2. Clasificación de las drogas

La clasificación más aceptada, permite distinguir sustancias según sean sus efectos que generan en el sistema nervioso central (SNC). Tomando en cuenta estos criterios se presenta la Tabla 1:

**Tabla 1. Clasificación de las Drogas según sus efectos sobre el SNC**

|   | <b>Tipo</b>                             | <b>Definición</b>  | <b>Drogas</b>   |
|---|---|--|---|
| 1 | Depresoras del SNC o psicodéptico       | Son aquellas que inhiben el funcionamiento del SNC, enlenteciendo la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales. Entre los efectos que producen se encuentran relajación, sedación, somnolencia, sueño, analgesia e incluso coma. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol</li> <li>• Opiáceos (heroína, morfina, etc.)</li> <li>• Benzodiazepinas</li> <li>• Barbitúricos</li> <li>• Marihuana</li> <li>• Inhalantes</li> </ul>            |
| 2 | Estimulantes del SNC o psicoanalépticos | Sustancias que generan una activación general del SNC, dando lugar a un incremento de las funciones corporales.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivados cocaínicos</li> <li>• Anfetaminas</li> <li>• Metanfetamina</li> <li>• MDMA (éxtasis)</li> <li>• Nicotina</li> <li>• Xantinas (cafeína, teína, etc.)</li> </ul> |
| 3 | Alucinógenos o psicodislépticos         | Denominadas también perturbadores del SNC. Generan un estado de conciencia alterado, deforman la percepción y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• LSD</li> <li>• Psilocibina</li> <li>• Peyote</li> <li>• PCP o Fenciclidina</li> <li>• Ketamina</li> </ul>  |

**Fuente:** (Cedro, 2013, p. 20)

Según se manifiesta todo tipo de droga considerada droga Social es aquella que tiene su uso a través de una normativa o una norma legal, son drogas que son vendidos de forma libre entre las más conocidas están el alcohol y cigarro. Las sustancias que se consideran ilegales principalmente están asociados al mundo del hampa entre ellas tenemos la cocaína, drogas sintéticas, marihuana, etc.

### 2.2.2.3. Algunas definiciones

Los conceptos sobre la droga se dan en cuanto a una interpretación a causa de los efectos dados por esta. (Cedro , 2013)

**Dependencia:** La dependencia de una sustancia significa que necesita esa sustancia en particular para funcionar normalmente. La dependencia de drogas puede ser el resultado de medicamentos recetados, drogas recreativas o medicamentos disponibles sin receta. La drogodependencia es una condición médica tratable. Hay varios medicamentos que su médico le puede recetar para ayudar con la drogodependencia. El tipo de medicamento recetado depende del medicamento del que depende.

**Tolerancia:** el organismo reacciona de una manera favorable cuando interacción con alguna sustancia nueva a la cual ya se ha acostumbrado, generando en este, dependencia. Poco a poco el organismo no se saciará con tan poco y necesitará que vaya en aumento.

**Síndrome de abstinencia:** Los síntomas de abstinencia son los diversos efectos físicos y psicológicos de la desintoxicación. Estos pueden ocurrir después de reducir o dejar de tomar drogas o alcohol. La condición afecta a aquellos que usan una sustancia regularmente y de repente se detienen. Cuando hay una pausa en la rutina, su cerebro



reacciona con una oleada de adrenalina y antojos. Esto, a su vez, crea síntomas relacionados con el medicamento.

**Uso y abuso:** se le considera a una persona que está en abuso de drogas cuando tiende a consumirlas sin poner un límite y sin que las necesite, sintiendo que su cuerpo se lo pide y que si no lo consume puede llegar a la desesperación

**Policonsumo:** se consumen varios tipos de drogas aunque no siempre ya sea en un solo momento o en diferentes horarios, por ejemplo algunas personas tienden a consumir cocaína y luego de unas horas consumen alcohol.

**Patrones de consumo:** nos muestran las diferentes modalidades o características que se dan en el consumo en un determinado momento (tabla 2).

Tabla 2. Patrones de consumo de drogas

| Nombre                          | Patrón de uso   | Motivaciones   | Características  |
|---------------------------------|---|--|--|
| 1. Consumo experimental         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacto inicial con una o varias sustancias.</li> <li>• Abandono o prolongación del consumo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Curiosidad</li> <li>• Presión de grupo</li> <li>• Atracción de lo prohibido y del riesgo.</li> <li>• Búsqueda de placer y de la novedad.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconocimiento de los efectos</li> <li>• Consumo en grupo.</li> <li>• Mayor frecuencia de consumo en la adolescencia.</li> </ul> |
| 2. Consumo ocasional            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso intermitente de sustancias sin periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la comunicación</li> <li>• Búsqueda de placer.</li> <li>• Relajación</li> <li>• Transgredir normas</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo en grupos.</li> <li>• Puede conocer la acción de la sustancia en el organismo y por eso la consume.</li> </ul>            |
| 3. Consumo habitual o episódico | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso frecuencia de la droga. Se ha establecido un patrón más o menos fijo de consumo.</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensificar sensaciones de placer.</li> <li>• Deseo de pertenencia al grupo y</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se amplían las situaciones en que se recurre a las drogas.</li> <li>• Uso en grupo o individual.</li> </ul>                       |



---

|                                  |   |  |   |
|----------------------------------|---|--|---|
|                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervienen factores intrapersonales, interpersonales y contextuales.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>necesidad de reconocimiento.</li> <li>• Mitigar la soledad, aburrimiento y ansiedad.</li> <li>• Reafirmación de la independencia o aversión a la sociedad</li> <li>• Reducir hambre, frío y cansancio.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectos conocidos y buscados.</li> <li>• Moderado ejercicio del autocontrol.</li> </ul>  |
| 4. Consumo patológico o adictivo | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de la sustancia.</li> <li>• Vida que gira en entorno a sustancia a pesar de las complicaciones que pueda ocasionar.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de estados emocionales, que de otra manera parecen no accesibles.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empleo de mucho tiempo en la obtención y recuperación del consumo.</li> <li>• Consumo intenso.</li> <li>• Presencia de síntomas de abstinencia y tolerancia.</li> <li>• Reducción o abandono de actividades, sociales, laborales o recreativas.</li> <li>• Uso continuado de la sustancia aun conociendo las consecuencias.</li> </ul> |

---

**Fuente:** (Cedro, 2013, p. 23)

Aquí se resalta que el inicio de uso de drogas no quiere decir de qué va a ser prolongado en el tiempo ni que se van a abusar del uso de estas, el uso prolongado o en exceso principalmente está dado por factores psicológicos, que van a estar relacionados también con una personalidad otros factores psicológicos de la persona y de su entorno social (Ibid, 2013, p. 23).

### 2.2.3. Comorbilidad Psiquiátrica o Patología Dual

Según la (Sociedad Española de Patología Dual , 2015) afirma: “Los males psíquicos señalan el 20% de la totalidad de males a nivel de Europa y los problemas relacionados con el bienestar psíquico que perjudican de 1 a 4 sujetos en un determinado tiempo de su existencia” (pág. 98).

(Ibid, 2015, p. 99) estima: “El 27% de los habitantes, de 18 y 65 años, señalo una alteración psíquica en el transcurso al año anterior, incorporando alteraciones entrelazadas con las sustancias, las adicciones, psicosis, depresión, ansiedad y trastornos alimentarios”.

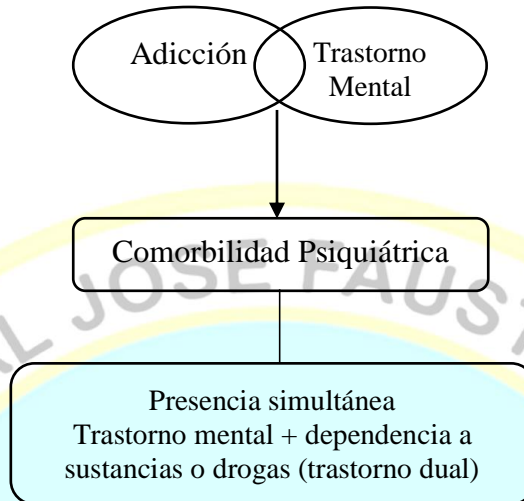
Los datos presentados hacen énfasis al número extenso de pacientes que padecen trastornos mentales, estimando a 83 millones de personas que se encuentran afectadas en Europa.

Luego de la marginación que se vivió en siglos pasados, al fin el enfermo mental se ha integrado definitivamente a las redes normalizadas de salud (La espada et al., 2003).

(Minkoff, 2001) Este autor menciona que la red de salud al inicio estuvo renuente a poder implementar un servicio para el tratamiento de esta enfermedad Y esa es una de las posibles causas de que a la fecha existen tantos casos y que se puedan manejar estos problemas de una manera eficiente y eficaz.

La investigación en neurociencias, tomando como referencia al (Instituto Nacional de Salud Mental, 2001) establece que los problemas mentales provienen del cerebro. Por otro lado, el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) menciona las

adicciones también son consideradas una enfermedad cerebral, rechazando que este se pueda tratar de algún tipo de cambio de carácter.



**Fuente:** (Center for substance abuse treatment 1994; McLellan et al. 1991, p.56)

#### 2.2.4. Etiología de la Patología Dual

Según el (Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías , 2004)

Diversos estudios no han podido determinar si es que realmente puede relacionarse las alteraciones psíquicas son incluidos en las drogas externas, según por diversos autores estos problemas interactúan y se condiciona entre ellos.

Las señales conseguidas en los estudios mencionan que las alteraciones psíquicas y de conducta se presentan incluso anticipadamente a síntomas de abuso de sustancias (Kessler et al. 2001; Bakken et al., 2003) es decir: “Crece, sensibilidad de la persona frente a circunstancias a pesar que, las alteraciones psíquicas pueden aumentar por el exceso de sustancias u ocurrir de forma paralela” (p. 57).

De igual modo. “Se diferencia en personas con alteraciones, tienen comorbilidad y personas drogodependientes con alteraciones de la conducta que se perjudican por

consumo de sustancias, no tienen un diagnóstico óptimo” (El Informa Nacional Sueco, 2002, p. 71)

(Morel, 1999), Menciona que todo trastorno que se observa en los pacientes que se han vuelto dependientes del consumo de drogas tienen consigo trastornos psicológicos que van relacionados con la ansiedad, violencia y sueño.

Algunas teorías relacionadas con sustancias a las alteraciones psíquicas pues en algunos casos como ejemplo dicen, heroína disminuye la ansiedad, aliviando estrés, dándole al paciente la tranquilidad que necesitan, estos mayormente son esquizofrénicos o con esquizofrenia limítrofe (borderline).

Es necesario menciona que al haber un paciente de gravedad no se le puede recetar este tipo de droga. Si bien es cierto, cocaína disminuye el decaimiento, mejorar el comportamiento, así mismo al hablar del cannabis podemos decir que este alivia la presión, el éxtasis disminuye las inhibiciones sociales (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2004)

(Bronisch y Wittchen, 1998) afirma, toda persona que a veces sufre de depresión se auto médica con benzodiacepinas y opiáceos, los pacientes que reciben un tratamiento no sólo con antidepresivos si no conjuntamente con un tratamiento psicológico presentan un umbral mucho más bajo de depresión.

Una investigación hecha en Noruega (n = 2359) define, existe un porcentaje muy elevado en personas que hacen uso de drogas trayendo consigo problemas familiares durante la infancia o juventud, (Lauritzen et al., 1997) afirma: “El 70 % presento dificultades en la conducta o la enseñanza, 38 % presento opresión en la escuela y 21 %



tomo medicamentos en, infancia y adolescencia. Las personas femeninas con comorbilidad psiquiátrica presentaron mayor número de violaciones” (p. 92).

Con frecuencia se afirma que estos trastornos inician en edades muy tempranas, y que pueden tener distintas expresiones, por ejemplo, pueden ser motivo de adicción el ambiente en dónde se encuentra ya que el niño es vulnerable y puede generar una adicción (Sociedad Española de Patología Dual, 2015).

### **2.2.5. Prevalencia de la Patología Dual**

Uchtenhagen y Zeiglgänsberger (2000), llegaron a concluir que todo consumidor de drogas tiene un trastorno dentro de su personalidad y esto afecta a poblaciones del 50 % y el 90 %, siguiendo una alteración del afecto (20 % al 60 %), alteraciones psicóticas (20 %). Entre el 10% y 50 % de pacientes tienen casos en comorbilidad lo cual tiene un carácter psiquiátrico o de su personalidad. (p. 69)

Fridell (1991) menciona que se pueden distinguir: “Trastornos de la personalidad (del 65 % al 85 %), estados de depresión y ansiedad (del 30 % al 50 %), y psicosis (15 %). En un estudio de drogodependientes se demostró prevalencia de trastornos de la personalidad antisociales (23 %), borderline (18 %) y paranoides (10 %)” (p. 46).

Según la (Sociedad Española de Patología Dual , 2015). “Demostraciones aglomeradas en los años recientes hablan, trastornos duales son más comunes y tendrían que dar más tiempo para considerarse como irregularidad” (p. 69).

Muchas personas que padecen enfermedades mentales graves se sienten mejor ocultando el uso excesivo de tabaco no tomándolo en cuenta como una droga (LevRan et al.; Martínez, R. et al., 2013).



### **2.2.6. Diagnóstico de la patología dual**

El Índice de Gravedad de la Dependencia (ASI), es un instrumento empleado para diagnosticar Cómo planificar y realizar un seguimiento a los tratamientos que se emplean. Instrumento tiene la capacidad de ser multidimensional ya que puede determinar problemas que han sufrido suscitados en el pasado y en la actualidad (Krausz 1999a; Öjehagen y Schaar 2013, citado en Cedro, 2013, pág. 89). El Instituto Trimbos ha probado este instrumento para diagnosticar Y tratar pacientes con adicciones con trastorno de la atención e hiperactividad (Eland y Van de Glint, 2001).

Con frecuencia se afirma que son pocos los casos en lo que es los pacientes voluntariamente buscan servicios que les permitan resolver asuntos en adicción.

Hoy en día, muy complejo poder diferenciar síntomas que coinciden con trastornos de adicción y otro tipo de trastorno mental, lo que ocasiona que no se pueda dar un tratamiento adecuado y Exacto para la enfermedad que aqueja al paciente.

Para poder dar una valoración de la patología Dual se debe tener en cuenta no imponer periodos de abstinencia arbitrarias como máximo debe tenerse una recogida de datos con una historia clínica completamente estructurada e integral (Minkoff, 2001).

### **2.2.7. Tratamiento de la Patología Dual.**

Según los estudios internacionales mencionamos a continuación 3 guían en atenciones para controlar la comorbilidad: (El Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías , 2004)

1. **Tratamiento secuencial o en serie:** al tener clientes con alteraciones psiquiátricas sumergidos a la adicción en drogas deberán ser tratados de una forma consecutiva. Las personas tienen curación en uno de sus problemas y así conjuntamente luego de ello reciben a para otros problemas los cuales sean de gravedad.
2. **Tratamiento paralelo:** es el tratamiento brindado especialmente para ambos casos, atendidos por servicios especializados.
3. **Tratamiento integrado:** este tipo de tratamiento es específico para personas con casos graves el cual tiene que ser continuo, todo tratamiento debe ser motivado para el paciente.

#### **2.2.8. El problema conceptual de la Patología Dual**

Según el término de la palabra “patología dual” se implementó en el año 1980. (Haro et al., 2012), menciona que esta denominación es dada en algún tipo de pacientes, en su mayoría jóvenes, con ingresos continuos y altas de los centros psiquiátricos y señalados por incumplimentación terapéutica denegando planes participativos comunitarios. En un acto científico que tuvo lugar en la década de los 80 se introdujo la palabra “Young adult chronic patient”. Sin embargo, esta denominación fue demasiado breve y este término entró en desuso desde 1985, siendo sustituido por distintas acepciones y acrónimos que crearon gran confusión como “mentally ill chemical abuser” (MICA) mayoritariamente en los estados, Estados Unidos, así también Nueva York, “Chemically abusing mentally ill” (CAMI) más frecuente en los estados de la costa oeste o “substance abusing mentally ill” (SAMI) Finalmente durante los años 1988 – 1989 empezaron a ser ampliamente usados por los especialistas los términos “patología dual”

y diagnóstico dual” en referirse a los clientes con afecciones psiquiátricas que abusaban en drogas. De hecho, en 1993, la APA se refería ya a la patología dual como uno de los mayores problemas existentes en el territorio, de salud psiquiátrica.

No obstante, este término no fue universalmente aceptado, pues en 1994-1995, la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) expresó su preferencia por la denominación “coexistencia de abuso de sustancias y trastorno mental” o simplemente “comorbilidad” para referirse a aquellos pacientes con percepciones diagnósticas para 1 o 2 alteraciones psíquicas y uno o más trastornos por abuso de sustancias. Incluso en la actualidad hay autores que no están de acuerdo con la acepción de patología dual aduciendo que puede existir otro tipo de patología doble dentro del marco de la psiquiatría, independiente de los TUS, como la comorbilidad de alteraciones psíquicas e incapacidad de desarrollarse. Además, apuntan que la patología dual, como hoy la entendemos engloba a entidades muy distintas, aumentando desde minúsculas incapacidades, tal como las alteraciones angustiosas. En cualquier caso, y desde la perspectiva semántica, el término “dual” siempre es preferible al término “doble”, pues este último adjetivo hace referencia a fenómenos que se componen en dos partes iguales, semejantes o de la misma categoría. Sin embargo, el término “dual” indica la coexistencia de dos entes de naturaleza diferente. (Haro et al., 2012)

### **2.2.9. Hacia la consolidación de la tipología de patología dual**

Una vez confirmada la patología dual como entidad de naturaleza propia, gracias en gran medida, a los estudios epidemiológicos comentados previamente, una gran parte de estudios publicados sobre esta materia en las dos últimas décadas se han centrado en establecer los modelos de relación etiológica entre los distintos trastornos comórbidos

que integran la patología dual, aunque estas relaciones están aún muy lejos de ser completamente dilucidadas, (Haro et al. , 2012) afirma:

Siguiendo a Mueser et al. y a Markou et al, existirían varios tipos diferentes de modelos: la primera teoría sería un modelo de factores comunes, la cual indica trastornos psiquiátricos y la dependencia constituyendo a 2 manifestaciones sintomatológicas (p.159). A pesar de ello la hipótesis de la alteración dual, que cada vez cobra más trascendencia, existen toda una serie de correlatos biológicos y farmacológicos que la sustentan, y que, a modo de sumario.

**Tabla 3. Modificaciones neurobiológicas observados en los principales trastornos psiquiátricos, así como durante el síndrome de abstinencia a diversas drogas**

|                   | Sistemas funciones de neurotransmisión |    |     |    |      |     |     |     |    |    |
|-------------------|--|----|-----|----|------|-----|-----|-----|----|----|
|                   | 5-HT                                   | NA | Ach | DA | GABA | CRF | NPY | CCK | SS | OP |
| Psicoestimulantes | ↓                                      |    |     | ↓  |      | ↑   | ↓   |     |    |    |
| Opiáceos          |  | ↑  |     | ↓  |      | ↑   |     |     |    | ↓  |
| Etanol            | ↓                                      |    |     | ↓  | ↓    | ↑   |     |     |    |    |
| Nicotina          |  | ↑  | ↓   |    |      |     |     |     |    | ↓  |
| Benzodiazepinas   | ↓                                      |    |     |    | ↓    | ↑   |     |     |    |    |
| Depresión         | ↓                                      | ↑↓ | ↑   | ↓  | ↓    | ↑   | ↓   |     |    | ↓  |
| Ansiedad          | ↓                                      | ↑  |     | ↓? | ↓    | ↑   |     | ↑   |    |    |
| Esquizofrenia     | ↑↓                                     | ↑↓ |     | ↑  | ↑?   | ↑   | ↓   | ↓?  | ↓  | ↓  |

**Fuente:** (Haro et al., 2012, p. 34)

5-HT (serotonina); NA (noradrenalina); Ach (acetilcolina); DA (dopamina) GABA acido gamma – amino – butírico); CRF (hormona liberadora de cortocotropina); NPY (neuropéptido Y); CCK (Colecistokinina); SS (somatostatina); OP (opioides). (Ibid, 2012, p. 159)

Como muestra evidencias hace dos décadas para dilucidar la conexión neurobiológica de los trastornos comórbidos presentes en la patología dual, recurriremos al ejemplo de la dependencia y la esquizofrenia, cuya explicación se ha justificado en



base a varias hipótesis. (Haro et al., 2012), afirma: “En líneas generales, se puede postular una primera teoría, por la cual las sustancias sería el problema predisponente para la aparición de las psicosis”.

(Haro et al., 2012), menciona que el alto consumo de cannabis es coadyuvante para incrementar cuadros psicóticos agudos incrementando el riesgo de poder llegar a desencadenar una esquizofrenia crónica, dentro de la enfermedad de la esquizofrenia existe una teoría denominada la automedicación en la cual el paciente se automedica para disminuir los efectos de los sedantes que son aplicados para su tratamiento.

Otro ejemplo de esta hipótesis de la automedicación lo constituye la frecuente comorbilidad observada entre la esquizofrenia y la dependencia tabáquica. En estos dos trastornos se ha observado una desregulación de la neurotransmisión colinérgica y dopaminérgica. (Haro et al., 2012), afirma: “Además, la nicotina es capaz de estimular las neuronas glutamatérgicas de la corteza prefrontal e incrementar la liberación, el recambio de dopamina en las vías corticomesolímbicas. Estas acciones podrían los síntomas negativos de la esquizofrenia, aunque también podrían ser positivos” (p. 166). Además, el consumo de nicotina podría mejorar el procesamiento de la información sensorial, que habitualmente se encuentra alterado en estos pacientes.

Por su parte, (Winokur, 1990) en un artículo titulado, el concepto de depresión secundaria y su relación con la comorbilidad, efectúa una reflexión acerca de la distinción entre depresión primaria y secundaria en el contexto de las implicaciones taxonómicas, diagnósticas y terapéuticas, concluye:

En una apuesta neo – kraepeliana, que es bastante improbable que se puede efectuar un diagnóstico de comorbilidad en psiquiatría. Para Winokur, el fenómeno de la



coexistencia de dos procesos psiquiátricos en un mismo paciente es explicable, a modo de enfermedad “unitaria” mediante la evolución del proceso primario a secundario, y no mediante el concepto de comorbilidad.

Finalmente, podemos comentar la aproximación a este problema efectuada por Zimberg. Con el objetivo de elaborar criterios claros para poder identificar adecuadamente a pacientes con patología dual, reunió las contribuciones de facultativos clínicos y de un comité compuesto por diez expertos en toxicomanías, dos de ellos miembros de la DSM – IV Task Force de la APA, (Haro et al. , 2012), nos dice:

Junto a una amplia revisión sistemática de la literatura, y estableció una nueva tipología para la patología dual, que recogemos en la Tabla 4, con esta tipología y con la financiación del Center for Substance Abuse Treatment, Zimberg puso en marcha un programa integrado por facultativos de unidades comunitarias y de los servicios, toxicómanos que atendían a pacientes que presentaban un trastorno de abuso de sustancias y un trastorno psiquiátrico mayor, destinado a adiestrar a este personal. Zimberg concluyó que su tipología hizo comprensible las complejas interacciones entre las alteraciones psíquicas y alteraciones por consumo de drogas e hizo que planifiquen terapéuticamente fuera más efectiva. No obstante, este tipo de programas de atención médica integrada en clientes con alteración dual ya fueron puestos marcha en estado, Nueva York en el año 1984. En la actualidad, dirigiéndonos patología dual a pesar que un cliente lo tratan en 1 o más de 2 TUS. Pero, a pesar DSM – IV – R estos son 11 tipos distintos de sustancias psicoactivas y 13 tipos alteraciones psíquicas, la variedad de diagnósticos duales es muy amplia y el fenómeno de la patología dual se complica, (Haro et al., 2012), nos habla:

Adicionalmente, los estudios publicados en las dos última décadas han evidenciado que esta entidad conlleva una serie de problemas socio – sanitarios añadidos,

como una mayor tasa de recaídas y hospitalizaciones, incumplimientos, terapéuticos, problemas familiares, mayor incidencia de conductas antisociales y violentas, infecciones por HIV, etc., que se han posicionado como parte integrante del propio diagnóstico. Del mismo modo, se han producido importantes avances, aunque no definitivos, en el conocimiento. Profundizar en este campo contribuirá, sin duda, a explicar mejor el fenómeno de la patología dual, así como al diseño de programas de prevención, al abordaje integral de su tratamiento y a la búsqueda de nuevas herramientas farmacológicas más específicas para este tipo de pacientes.

**Tabla 4. Descripción de ejemplos de subtipos de patología dual (tipos I, II y III de Zimberg)**

| <b>Tipo</b>   | <b>Descripción</b>  | <b>Ejemplo</b>   |
|---|---|--|
| <b>Tipo I<br/>trastorno<br/>Psiquiátrico<br/>primario</b>               | El trastorno psiquiátrico comienza claramente antes del uso regular de la sustancia psicoactiva, de tal modo que el curso en el abuso o dependencia de la sustancia es contingente con las fluctuaciones del trastorno psiquiátrico.  | Un paciente consume alcohol en exceso durante un episodio depresivo perfectamente diagnosticado y no bebe cuando remite el cuadro depresivo.   |
| <b>Tipo II<br/>Trastorno por<br/>uso de<br/>sustancias<br/>primario</b> | Trastorno por uso de sustancias primario.<br>Un trastorno por uso de sustancias existe claramente antes del comienzo de un trastorno psiquiátrico y existe una relación inequívoca entre el curso del abuso o dependencia de la sustancia y los episodios del trastorno psiquiátrico, de tal manera que los síntomas psiquiátricos solo están presentes durante las fases activas de uso de la sustancia o dentro de las tres semanas de discontinuar el consumo. | Un paciente cumple los criterios de trastorno depresivo mayor cuando es dependiente del alcohol, pero no manifiesta estos síntomas durante periodos sobrios superiores a tres semanas. |
| <b>Tipo III<br/>Trastorno dual<br/>primario</b>                         | Ambos, el trastorno por uso de sustancias y el trastorno psiquiátrico, están presentes y nunca coinciden el uno con el otro en comienzo y curso.  | Un paciente con historia previa de dependencia al alcohol que se ha mantenido sobrio durante 10 años y desarrolla después un trastorno delirante, aunque no vuelve a consumir alcohol. |

Ambos, el trastorno por uso de sustancias y el trastorno psiquiátrico, son crónicos y severos, sin comienzos inequívocos y con cursos que se superponen.

El trastorno psiquiátrico comienza claramente antes del trastorno por uso de sustancias, pero los dos tienen cursos independientes, de forma que ninguno de ellos parece afectar el curso del otro.

Un paciente diagnosticado de esquizofrenia a los 17 años comienza a beber alcohol en exceso hasta que llega a los 20 independientemente de la evolución de su esquizofrenia.

El trastorno por uso de sustancias comienza con claridad antes del trastorno psiquiátrico, pero los dos tienen cursos independientes, de forma que ninguno de ellos parece afectar el curso del otro.

Un paciente con dependencia a la cocaína durante 2 años desarrolla una esquizofrenia crónica que persiste incluso durante periodos de abstinencia superiores a 6 meses.

---

**Fuente:** (Haro et al., 2012, p. 34)

#### **2.2.10. Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas**

Producto del trabajo en prevención primaria, intervención temprana (prevención secundaria) y en tratamiento, rehabilitación y reinserción social de personas adictas (prevención terciaria), han surgido diferentes interrogantes, por ejemplo, ¿Por qué algunos individuos desencadenan una conducta adictiva y otros no, a pesar de estar expuestos a las mismas condiciones de riesgo?, ¿Qué factores intervienen en el desencadenamiento de una adicción?, ¿existen factores genéticos que predisponen al individuo en el desencadenamiento de una conducta adictiva? O ¿Por qué ciertos individuos que han vivenciado un maltrato por parte de sus padres o han estado expuesto a diferentes factores de riesgo, han desarrollado y fortalecido otras conductas más

saludables?, (Cedro, 2013), nos habla: “Dichas inquietudes nos confirman la complejidad en la adquisición de una conducta adictiva y ciertas circunstancias en peligro y defensa a diferentes niveles (individual, familiar, escolar y social).

Es a partir de ello, que algunos estudios en los años pasados han aportado diferentes conceptos y enfoques, (Ibid, 2013, p. 69), afirma: “Uno de los más importantes es el de los factores de riesgo y de protección que han aportado significativamente en las políticas de prevención, atención e intervención de las adicciones”.

#### **2.2.10.1. Factores de riesgo**

Se ha hecho un gran esfuerzo por brindar un mejor abordaje integral para disminuir el consumo de sustancias, en las personas, sin embargo la cifra sigue creciendo teniendo como población en consumo activo a una gran mayoría de personas. (Cedro, 2013)

La definición del término riesgo nos da entender sobre la vulnerabilidad que tiene cada persona ante cualquier adversidad o problema, a la vez nos muestra que muchas veces en el futuro se producen acontecimientos que no son deseados, si esto lo analizamos desde la observación médica un simple hecho de verse en una amenaza por cualquier acontecimiento futuro uno como persona gustaría de evitarlo es por ello que los principales actores sociales son los llamados en Buscar evitar cualquier amenaza o riesgo (Contradrogas, 1999).

Para (Zamora y Forselledo , 1996), afirma que: “al mencionar este término es hablar de una posibilidad de que el individuo vuelva a tener el mismo problema” (p. 54).



### **2.2.10.2. Clasificación de los factores de riesgo**

Todo tipo de factor de riesgo representa una situación adversa o desafío para cualquier tipo de persona en su desarrollo, la clasificación de este va a depender de la circunstancia.

#### **a. Asociado al nivel individual**

Es la socialización, se da en momentos o con aspectos relacionados a sí mismo, entre estos factores se encuentran los siguientes:

Autoestima inadecuada, inseguridad, depresión, experiencias decepciones, fracasos, falta de perseverancia; falta de retención, agresividad y diversos problemas en la persona (Ferrando, 1992; Vacca, 1998; CONTRADROGAS 1999a, 1999b; Ministerio de Educación 1999 y Rojas 1999, citado de Cedro, 2013)

Asimismo, hace referencia a ciertos factores psicológicos y sociales (personalidad), biológicos, genéticos y hereditarios (vulnerabilidad).

#### **Vulnerabilidad**

(Washton , 1989), plantea en una de sus obras que: “... lo que parece ser transmitido de generación en generación (biológica o psicológicamente) es mucho más probable que sea una vulnerabilidad no específica hacia la dependencia química en vez de una vulnerabilidad específica al alcohol o a la cocaína...”. No obstante, como lo propone la investigadora y terapeuta (Amaya , 1991), nos dice: “... Sabemos que esto es



sólo el comienzo, pero podemos acercarnos al esclarecimiento de grandes dudas, las perspectivas son que en cinco años podrán perfeccionarse unas pruebas que ayudarían a identificar biológicamente a niñas que podrían desarrollar algún tipo de adicción”. Igualmente se dice en estos ámbitos (la adicciónología) que dentro de posiblemente una década podremos obtener medicinas para alterar la dopamina e incluso para manipular los genes y así poder eliminar el consumo de drogas”.

Últimas décadas se están encontrando con mayor precisión factores genéticos asociados a la adicción, por ejemplo.

Para el desarrollo de investigaciones, podrían permitir la localización de genes asociados con el abuso de droga y determinar cómo los factores medioambientales pueden actuar recíprocamente con ellos y hacer a un individuo más vulnerable a la adicción.

Asimismo, en estudios con humanos, los investigadores han investigado los modelos de abuso de drogas de gemelos adoptados:

Tales estudios están proporcionando valiosa información sobre la magnitud de la influencia genética en el abuso de droga y adicción. En un estudio de gemelos se comparó la magnitud de uso de droga, abuso y dependencia en los gemelos. Los investigadores encontraron que esas influencias genéticas jugaron un papel mayor en el abuso y dependencia de droga clínicamente diagnosticada, mientras los medios climáticos jugaron mayor uso droga ocasional. Además en un estudio familiar, los investigadores determinaron que los parientes de abusadores de droga presentan ocho veces más probabilidades de abusar de las drogas en comparación con los parientes de las personas que no abusadores de drogas. (NIDA 2000a , 2000b)

La genética interactúa recíprocamente con otros factores, los estudios indican que esta vulnerabilidad involucra muchos genes y factores medioambientales, como la familia y la comunidad, que también juegan un papel mayor formando la conducta de una persona hacia las drogas. Además, en los estudios genéticos de vulnerabilidad al consumo de alcohol, se han realizado estudios con animales generales y de adopción que han confirmado cierta asociación. (Harrisons y col. , 1994), este autor afirma que la herencia para el alcoholismo está promediando el sesenta y noventa por ciento, las personas que tienen parientes que son alcohólicos y son cercanos a ellos tienen tres a cuatro veces un mayor riesgo de desarrollar este trastorno o dependencia, de la misma forma en niños los cuales tienen a padres alcohólicos se ha observado que tienen reacciones placenteras ante el alcohol.

Según (Schukit, 2000) los datos mencionados anteriormente subrayan algunos de los problemas importantes relacionados a influencias genéticas en ese desorden:

Primero, es improbable que cualquier individuo herede una predisposición o vulnerabilidad para el alcoholismo. Más bien, hay una predisposición variable (no específica) de características genéticamente influenciadas, que actúan recíprocamente con el ambiente aumentando el riesgo para los problemas de vida alcohol – relacionados severos y repetitivos. Segundo, la identificación de rasgos que refuerzan el riesgo de alcoholismo y posiblemente los genes relacionados a estas características, podría ayudar a tener un perfil sobre los factores sociales y culturales que actúan recíprocamente con una predisposición biológica para producir el nivel final de riesgo para este desorden. Es posible que realizando más investigaciones sobre influencias medioambientales y potencialmente cambiables pudiera ayudar a desarrollar acercamientos en prevención cada vez más precisos que puedan aplicarse a individuos que llevan el riesgo más alto.

## **Personalidad y consumo de drogas**

**Trastorno de personalidad antisocial:** una de las características es la vulnerabilidad de los derechos de los demás que empieza al nacer luego sigue en la adolescencia y aun en la etapa adulta.

Desde pequeños muchos de aquellos que poseen esta personalidad buscar pertenecer a actividades peligrosas y para sentirse bien empiezan a consumir bebidas alcohólicas, hacer uso del tabaco. (Schukit, 2000)

**Trastorno límite de la personalidad:** (Schukit, 2000), afirma: “La percepción de una inminente separación o rechazo, o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la autoimagen, afectividad, cognición y comportamientos. Además, presentan un patrón de relaciones inestables e intensas” (p.54).

**Trastorno pasivo – agresivo de la personalidad :** el autor (Sánchez, 1991): “Manifiestan una resistencia pasiva en sus labores sociales y laborales, constantemente se quejan por incomprensión, son hostiles, manifestando críticas y desprecio irracional por la autoridad, entre otras sintomatologías” (p. 65).

### **Otros factores**

Entre factores en salud mental más reconocidos para el desarrollo del alcoholismo tenemos los siguientes. (Kumpfer y Hopkins, 1993)

**Depresión:** es un estado de ánimo que puede ser muy profundo de acuerdo a una situación emocional en la cual invade, muchas veces las personas tienen a llenar aquel vacío sumergiéndose en el alcohol o en drogas.

- Ansiedad. Elementos básicos

**Estrés:** Es la condición que con más frecuencia afronta una persona, al enfrentarse al vivir diario. Es también considerado como un estado de tensión que puede ser desencadenado por cualquier tipo de agente o situación extraña (Goetsch y Fuller, 1993).

**Ansiedad generalizada:** es un estado de ansiedad crónica. Dada por que una persona suele estar muy preocupada y tener pensamientos negativos llegando a exagerar la situación (Goetsch y Fuller, 1993)

**Psicosis:** Existen tres condiciones psicóticas a destacar en el alcoholismo. Por un lado, la alucinosis alcohólica, que se trata de una condición de abstinencia por lo general autolimitada. La otra es la paranoia alcohólica, donde la celopatía es la más frecuente, caracterizada por ser una condición muchas veces secundaria al alcoholismo. Finalmente se tiene a la esquizofrenia, una de las condiciones psicóticas crónicas más severas con síntomas que se agrupan en tres síntomas: positivos, negativos y de desorganización. (Ibid, 1993, p. 141)

- b. Asociado al nivel familiar:** el funcionamiento familiar es uno de los factores para dar posibilidad a una adicción, pues muchas veces al presentarse problemas familiares los niños guardan resentimiento hasta cuando son adolescentes y es entonces cuando en una forma de venganza o al tomar malas decisiones, deciden dar pase a la adicción según ellos



para olvidar los problemas, no dándose cuenta que estos los hunde más que resolver lo pendiente (CONTRADROGAS 1999a, 1999b, pág. 42).

- c. Asociado al ámbito escolar:** en la actualidad aun encontramos ciertos factores que influyen en la vida de los adolescentes pues muchas instituciones se distraen tanto en la teoría y los números, pero se olvidan de practicar valores en los alumnos, entre estos factores podemos señalar:

Ausencia de estímulos se puede observar muchas veces que los maestros no ayudan a los estudiantes en este aspecto, esto es necesario pues ayuda al estudiante a desenvolverse y ser autónomo, tomando sus propias decisiones racionales y responsable: aptitudes que disminuyen, autoestima y vigencia de modelos negativos; falta de creatividad y de comunicación entre alumno – docente y padres; falta de uso creativo del tiempo; predominio métodos y técnicas que no favorecen el desarrollo de una actitud y visión crítica, de la acción reflexiva, de la creatividad y de la solidaridad, etc.

- d. Asociado al grupo de pares:** sabemos que los clientes son personas socializados los cuales transmiten comportamientos y actitudes a nuestros hijos es por ello que mencionamos tipos que pueden ser imitados: adicción a las drogas, actitudes permisivas presión para tomar alcohol y utilizar el tabaco como un anti estrés o medio de diversión (Contradrogas 1999a, 1999b; Ministerio de Educación, 1999).

- e. Asociado al contexto social:** el medio social es uno de los factores que puede ser causante de las adicciones, pues hoy en día se ven muchos extranjeros que practican el libertinaje y piensan que pueden fumar



delante de los ciudadanos, haciendo que esto se vea como algo normal y que los pequeños que ven esto con el tiempo también lo crean, pero no solo este es uno de los casos sino, también imitan actitudes, costumbres etc . Mencionaremos los siguientes:

Existe en la actualidad la comercialización de drogas, en la televisión de igual manera vemos algunos comerciales que se asemejan a este tipo de consumo; problemática económica y social; escasos vínculos con la vecindad y desorganización de la comunidad; falta de oportunidades de empleo y de participación de la juventud; disponibilidad de tabaco, alcohol y otras drogas; aprobación o permisibilidad sociocultural del uso de alcohol y tabaco básicamente; adaptación en sustancias legales en el medio laboral, etc. (Contradrogas 1999a, 1999b, Ministerio de Educación 1999; Rojas , 1999)

### **2.2.11. Combinación de factores de riesgo que pueden originar contacto con la droga y su consumo**

El contacto droga – individuo

Las oportunidades que tiene un individuo para obtener una sustancia psicoactiva y consumirla es uno de los tantos factores a considerar en la iniciación de un comportamiento adictivo a drogas, pero no es el de mayor jerarquía, para decir que hay un aptitud de adicción de drogas o una adicción atípica se conjugan factores diversos, entre los cuales es el de mayor relevancia la combinación de los individuales hereditarios (vulnerabilidad) familiares, y ambientales, debido a que las adicciones tienen una etiología multicausal y un proceso (evolución) caracterizado por no tener un tiempo específico en el desencadenamiento de una conducta adictiva, la cual dependerá de la

sustancia, los patrones de consumo (frecuencia, tiempo, lugar, etc.) entre otros factores, es decir, la interacción entre los factores de riesgo y de protección.

Además, necesario precisar cuándo nos referimos al consumo funcional y disfuncional solo es válido para las drogas sociales y no para las ilegales, ya que el mismo consumo de una droga ilegal (marihuana PBC, etc.) es disfuncional. El término funcional hace referencia a las características del individuo en interacción con su entorno, por ejemplo, la capacidad de autocontrol, no existe alguna alteración en sus actividades productivas, familiares, escolares, etc. pero podría estar cimentando las bases para la adquisición de una conducta adictiva (consumo disfuncional - pérdida progresiva de los mecanismo de autocontrol). Sin embargo, la presencia de estos elementos no explica las modalidades del uso de las sustancias. (Opción 1998, 2000; FAD, 2000, p. 124)

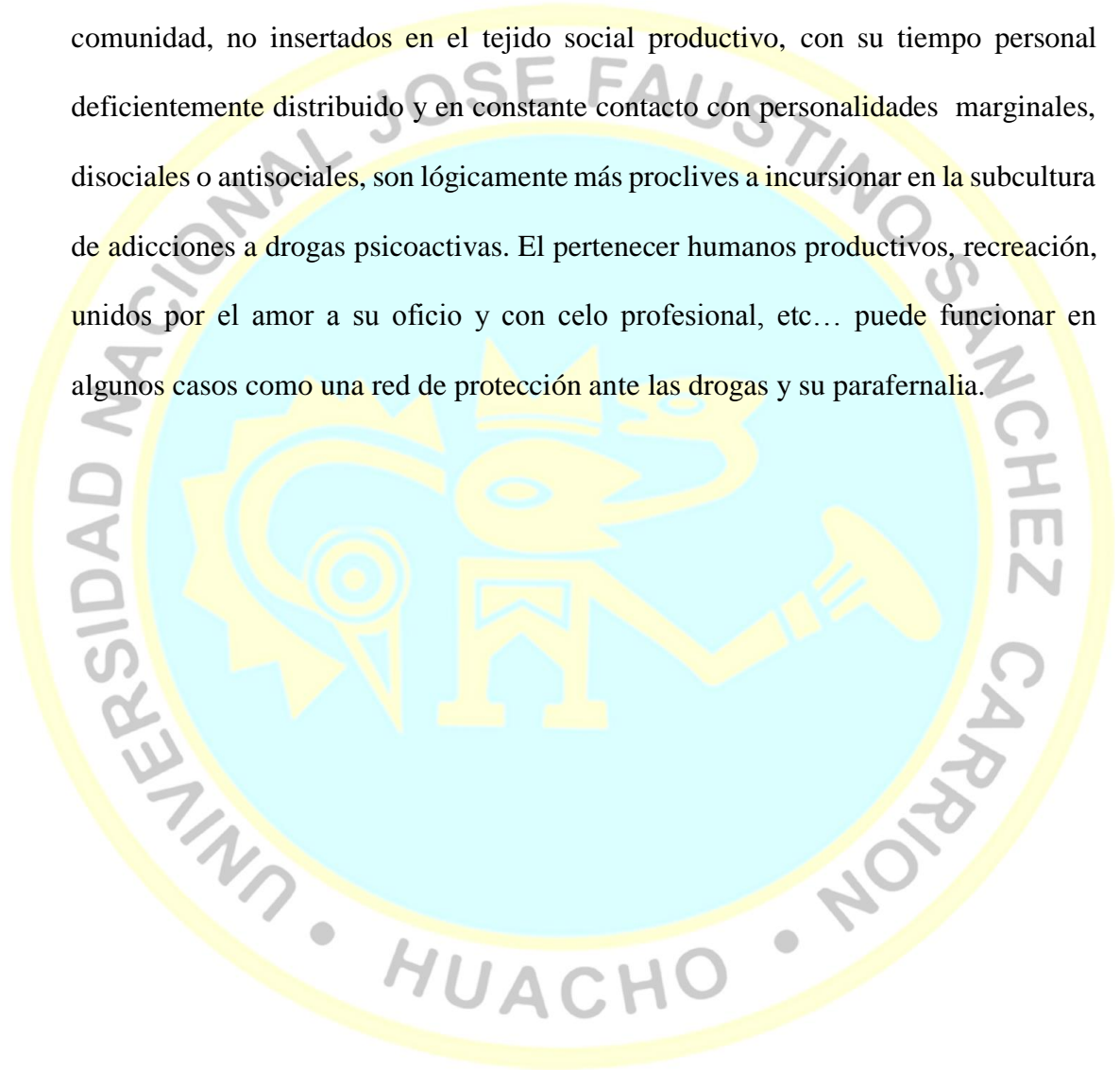
El problema de definir el abuso de drogas en conocer clientes que empiezan de manera experimental la adicción en determinada sustancia y después de algunos ensayos dejan de usarla, abandonándola definitivamente, (Vacca, 1996), afirma:

Otras personas usan la misma sustancia u otras drogas de manera moderada y controlan su consumo hasta cierto punto, centrando en el uso de la droga un vínculo social, en tanto que existen otros individuos que al tomar contacto con una determinada sustancia experimentan ansiosamente con ella y de manera corta y galopante, se instala en ellos un cuadro de adicción a dicha droga. Este objetivo de investigación médica ha conducido a detectar los elementos más relevantes para la aparición de un caso de adicción a sustancias y se ha logrado aislar algunos factores que juegan un rol preponderante como causales .

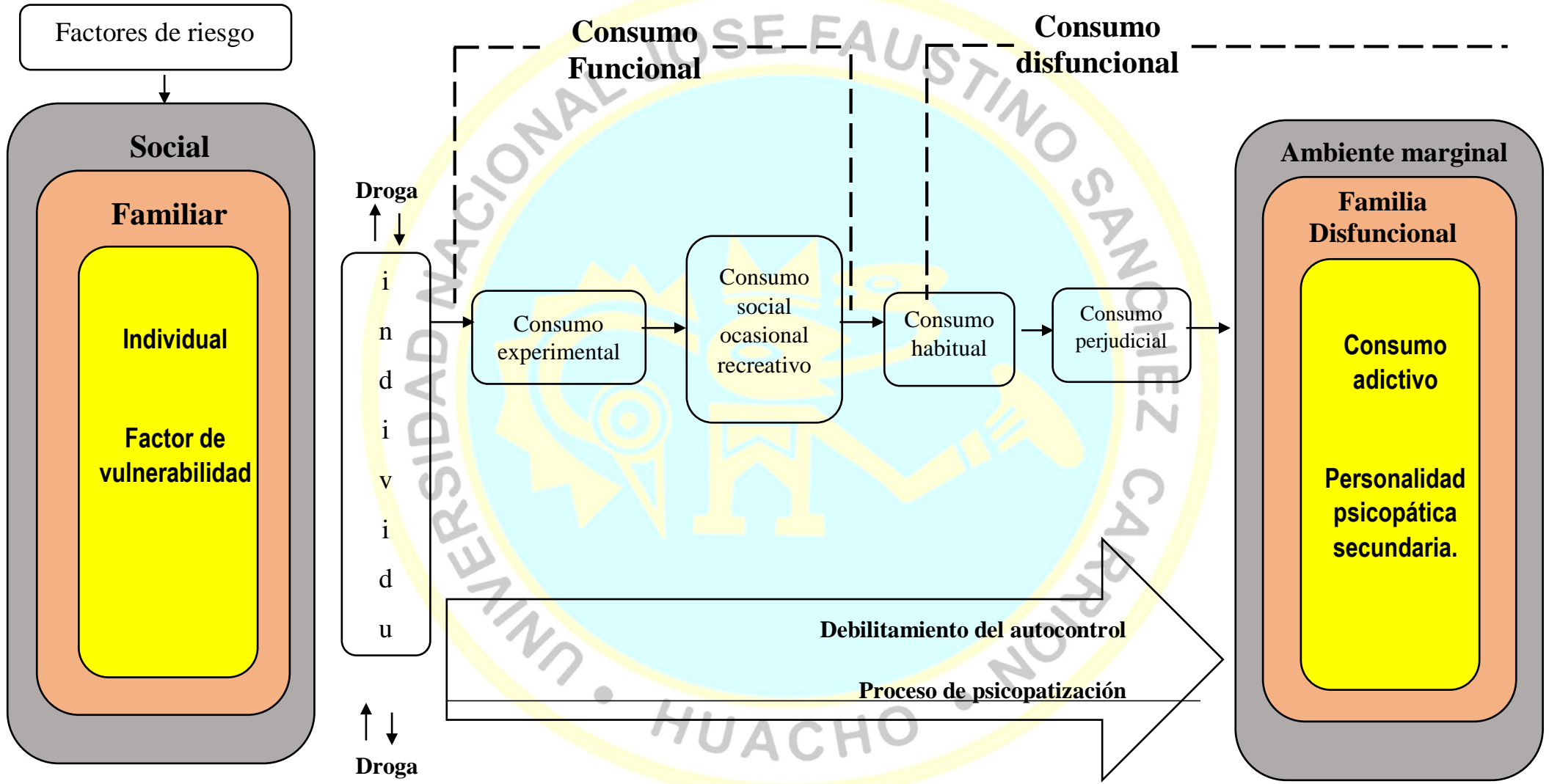
**Actitud que establece la comunidad con referencia al consumo de drogas y su parafernalia:** La actitud permisiva y blanda que muestre la comunidad para dicho uso o, en todo caso, la relajada presión sobre el usuario que ejerce presión sobre el usuario que ejerce el grupo de referencia y hasta el de pertenencia, son muchas veces determinantes para el contacto droga/huésped y el mantenimiento de una conducta de consumo, (Vacca, 1996) afirma que: “Ella origina una formulación sesgada del autoconcepto individual acerca del consumo de drogas; pues se le concibe, entonces, como una conducta funcional socialmente adaptativa o poco o nada autodestructiva”. Adicionalmente, el tipo propenso macrosocial despliegue y bombardeo publicitario promoviendo en las televisoras locales el uso de sustancias legales, bajo el amparo de una legislación proconsumo. Este tipo de mensajes, al ser procesados por el receptor, pueden desencadenar o mantener una conducta de consumo a drogas legales y condicionar sistemas ideativos proactivos en la comunidad e influyentes en la familia.

- **Disposición para la obtención de la droga:** Se refiere a la facilidad que puede tener el individuo para obtener la sustancia psicoactiva debido a factores como: su bajo costo, proximidad a los focos de microcomercialización, obsequio de ésta (disponibilidad de la sustancia), etc. Las formas de comercialización de drogas se hacen cada vez más sofisticadas y mayor la facilidad para obtenerlas. Una llamada telefónica con su consigna basta para tener en pocos minutos en su domicilio u oficina determinado tipo de droga. O asistir a un determinado restaurante de la capital donde en la caja, de manera disimulada, la droga es un producto aparte en la cuenta para el consumo de los alimentos que le gravan y pueden pagar con tarjeta de crédito. (Vacca, 1996)

- **Acerca de la ubicación del individuo en la estructura social:** Las diferentes condiciones sociales en las cuales se desarrolla un individuo, y el lugar que ocupa en la pirámide social lo colocan en situación de riesgo eminente, moderado o reducido (más no nulo) para el contacto droga / huésped y el inicio de un consumo, (Ibid, 1996, p. 121), significa que: Las personas pertenecientes a los círculos marginales de la comunidad, no insertados en el tejido social productivo, con su tiempo personal deficientemente distribuido y en constante contacto con personalidades marginales, disociales o antisociales, son lógicamente más proclives a incursionar en la subcultura de adicciones a drogas psicoactivas. El pertenecer humanos productivos, recreación, unidos por el amor a su oficio y con celo profesional, etc... puede funcionar en algunos casos como una red de protección ante las drogas y su parafernalia.



### FACTORES DE RIESGO EN LA EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS





### 2.2.12. Inicio del comportamiento de consumo de drogas

Las sustancias que producen dependencia, por una persona que tenga acceso a una determinada sustancia, puede deberse a diversas causas (Vacca, 1986, p. 75)

**a. Consumo por inducción:** El usuario es inducido socialmente para tomar contacto con la sustancia. Son dos los mecanismos empleados:

- **Convencimiento:** Acción de presión del oferente, quien utiliza argumentos pro consumo supuestamente válidos y lógicos que hacen que el sujeto abandone o sustituya creencias previas que tenía hacia las drogas, elevando su expectativa, haciendo que reconozca pasivamente la “no nocividad” de la sustancia psicoactiva y la conveniencia de su entorno.

- **Persuasión:** Acción de lograr, mediante argumentos convincentes, que el individuo crea en las bondades de la droga o del consumo neutralizando o debilitando las cogniciones previas que acerca de esta tenía, conduciéndolo al correspondiente consumo.

**b. Consumo por disponibilidad de obtención:** Es la oferta comercial de la sustancia, usualmente obsequiada antes de ser efectivamente vendida. Es decir, la propuesta del consumo con o sin inversión de dinero, objeto material o servicio alguno. Considérese también al acceso que puede tener un sujeto para usar alguna droga por la proximidad física que tiene a ésta y que le puede significar costo económico o no.

**c. Consumo por déficit de asertividad:** Es la deficiencia de ciertos individuos para un comportamiento de rechazo a la propuesta de consumir sustancias psicoactivas,

que los lleva a aceptarlas en contra de lo que piensan, sienten y desean; es decir, aun no estando de acuerdo concluyen en el consumo.

- d. Consumo por iatrogenia:** Son los síntomas psicofísicos derivados de la adicción a alguna sustancia psicoactiva debida a la administración de un fármaco prescrito por un facultativo, se presenta al tener la persona predisposición a habituarse o contraer adicción a sustancias químicas. Cuando se les prescribe sin haber realizado, previamente, la exploración clínica de los antecedentes personales y familiares de riesgo. La iatrogenia farmacológica también puede presentarse a nivel quirúrgico y clínico.
- e. Consumo por seducción:** El rol protagónico lo tiene el oferente, quien seduce poniendo en juego su carisma, en base a la imagen que proyecta, su ascendencia y la simpatía personal:
- f. Consumo por contaminación:** Es la modificación de las expectativas y cogniciones previas referentes al consumo, por estar en contacto con un entorno social infestado de consumidores o traficantes, que lo van convirtiendo en permisivo, flexible, induciendo “blandura” mental hacia el tráfico y consumo de drogas, de tal manera que sus cogniciones previas, que no eran en un inicio favorables al uso de drogas ni a su comercialización, se van debilitando paulatinamente.
- g. Consumo por modelado:** El consumidor se convierte en modelo arquetípico por las características que presenta, las cuáles aspira el observador a adquirir de él; por las consecuencias psicofísicas “favorables” que el primero descubre en el

modelo después del consumo, por la similitud física, psíquica o social, por la aceptación social hacia éste y por las expectativas que puede formarse de él.

- h. Consumo por asociación:** Cuando el consumo de una determinada droga se realiza durante un evento altamente significativo para el sujeto, tanto en lo social, afectivo, cognitivo o conductual, por lo que esta conducta o alguna de las propiedades de la droga adquiere similar poder de significancia o bienestar para éste.

### **2.2.13. Factores de Riesgo según Milton Rojas**

#### **2.2.13.1. Riesgo y Factores Intrapersonales**

Mencionamos 2 factores intra-personales asociados al consumo de drogas, la violencia en las calles: el adolescente se relaciona con el grupo de pares, poniendo en práctica las actitudes, valoración positiva de la droga, y la “búsqueda de sensaciones”. (Rojas 2013, citado de Cedro, 2013)

#### **2.2.14. Factores de Riesgo según Ugarte Rosa**

(Ugarte 2000, citado de Cedro , 2013) Menciona que: “De una subversión de las jerarquías tradicionales, debilitadas por coaliciones entre miembros de diversas generaciones, como hijo-madre-abuela, que obstaculizan la alianza conyugal” (p. 55).

El autor (Friedman , 1974) concibe que: “La farmacodependencia es uno de los síntomas de disfuncionalidad en las relaciones entre los miembros de la familia. Sirve de muchas maneras y puede ser un síntoma transitorio o bien una perturbación” (p. 142).

(Coleman y colaboradores, 1986) menciona que los jóvenes con farmacodependencia son un: “Grupo de estos jóvenes había tenido una más frecuente experiencia de muerte de figuras significativas respecto a sus coetáneos, como también de experiencias de separación de la familia durante la fase infantil y adolescente, y de huida/regreso a casa como prueba de una relación conflictiva con el ambiente de pertenencia” (p. 47).

(Cancrini y La Rosa, 1991), estos dos autores establecen una clasificación de las adicciones a la heroína con la que se puede definir la drogodependencia.

#### **2.2.15. Factores de Riesgo según Laespada**

“En esencia, un factor de riesgo es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno (Luengo y otros, 1999)” (Laespada, 2011, p.113).

(Gómez-Reino y otros 1995, Barca y otros 1986; García 1992; Vallés , 1996), afirma: son distintos factores que influyen en que los adolescentes o jóvenes sean más vulnerables “Una serie de cambios cognitivos, personales y psicosociales hacen a los adolescentes más vulnerables a las conductas problemáticas, ya que les sitúan más cerca de la influencia por tres grupos principales de factores de riesgo” (p. 39).

- **Factores de riesgo individuales:** En ella, encuentran diferentes problemas y la forma en cómo siente el individuo. Su personalidad y actitudes son los que hacen que sea únicos.
- **Factores de riesgo relacionales:** son los que están relacionados con el entorno, sea sociedad o familia.
- **Factores de riesgo sociales:** Las costumbres de la sociedad son influencia para personas que tiene una autoestima débil, y que muchas veces necesitan hacer lo que todos hacen para poder ser aceptados.

#### **2.2.15.1. Factores de riesgo individuales**

La adolescencia la etapa intermedia entre la niñez y la edad adulta en esta se dan muchas evoluciones físicas, psicológicos, socioculturales, teniendo como objetivo, el ingresar a la etapa adulta. Todos los jóvenes no asimilan los cambios de la misma manera. (Cedro, 2013)

##### **2.2.15.1.1. Actitudes, creencias y valores**

Todo joven piensa y analiza sobre las drogas logrando dar un balance enfocado en que si debería consumir o no.

Diversos investigadores han probado que las creencias y aptitudes están íntimamente relacionado con el consumo (Romero, 1996).



### **2.2.15.1.2. Habilidades o recursos sociales**

Las habilidades sociales según (Romero, 1996) afirma que es la capacidad de interrelacionarse con la sociedad de una manera adaptada y adecuada a contexto en donde se encuentra.

Los adolescentes socializan una manera mayor a cuando eran niños, sin embargo existen casos en los cuales muchos de ellos en su crecimiento han tenido dificultades de socialización por lo cual en esta etapa se les hace difícil, (Laespada, 2001), nos dice:

Tomando esta premisa se puede inferir que si un joven no logra expresar lo que siente o no puede opinar libremente, es más propenso a que sea influenciado por su grupo de amigos. Es por ello que personas con problemas de personalidad son más propensas a estos problemas de adicción.

### **2.2.15.1.3. Autoconcepto y autoestima**

Primeramente habla de apreciación, tenemos de nosotros mismos. Sin embargo, la autoestima es la medida de la cantidad del amor propio que tenemos así mismos. Los jóvenes que poseen una baja autoestima son aquellos que son más vulnerables de caer en el vicio de las sustancias.

Ser impulsivo, detenerse, meditar, es la otra cara del autocontrol, (McCown y DeSimone, 1993):

La impulsividad, es la acción a la necesidad de querer algo (Laespada, 1991) afirma: “Una persona con dificultades para posponer el refuerzo, con excesiva focalización en el presente, preferirá involucrarse en conductas que proporcionan recompensas inmediatas como el consumo de drogas” (p. 48).

Para (Bandura 1982; Marlatt y Gordon 1985 ) afirma: “La realización de la conducta problema dependerá, en última instancia, de un proceso de toma de decisiones, de una valoración personal de pros y contras, beneficios y costes que puede proporcionarle tal conducta” (p. 52).

#### **2.2.15.2. Factores de riesgo relacionales**

La familia es el primer agente socializador en la vida de los adolescentes, en segundo lugar, se encuentra la escuela la cual es como un segundo hogar, llena de aprendizajes día a día. Factores los cuales son de influencia en los jóvenes.

##### **2.2.15.2.1. La escuela**

El colegio es la segunda casa, todos los días es un nuevo aprendizaje. Es por ello que la escuela es de vital importancia para los jóvenes porque muy aparte de desarrollar el aprendizaje, también mejora la capacidad y ayuda a desarrollar las habilidades y destrezas desde una edad temprana.

Algunos estudios han señalado que un bajo rendimiento escolar es un problema que se da muchas veces por problemas familiares, o por que el niño está sufriendo algún abuso dentro de la institución, así mismo al notar un mayor absentismo es porque algún problema está trayendo esto como consecuencia, (Marcos y Bahr 1995; Swaim, 1991): “En relación al medio, actitudes negativas hacia el profesorado y la vida académica, suelen encontrarse asociados al consumo de drogas y otras conductas desviadas como el delinquir” (p. 79).

### **2.2.15.2.2. El grupo de pares o grupo de amigos**

Padres o familiares, algún adolescente, incluso como ciudadano y profesional es necesario comprender las actitudes de los adolescentes, cada día surgen cambios en ellos. La educación que se brinda en casa depende mucho de la actitud de los jóvenes frente a diversas costumbres sociales.

### **2.2.15.2.3. La familia**

La familia son las primeras personas con la cual el niño socializa es por ello que cumplen un rol muy importante en la sociedad, educando e inculcando valores a sus hijos, teniendo la gran responsabilidad de formar jóvenes de bien (Laespada, 2001).

### **2.2.15.3. Factores de riesgo sociales**

Ingerir una o que otra sustancia es una costumbre en la actualidad dependiendo de la fuente del cliente, (Laespada, 2001):

En nuestro contexto se puede observar el consumo de alcohol y tabaco en distintos lugares, adoptando estas costumbres como algo normal y que ahora lo llevamos en nuestro estilo de vida diario, se debe tener en cuenta que no solo es un tema de costumbres sino también en los dirigentes de nuestra sociedad que permite.

Flay & Petraitis mencionan que la conducta es la respuesta a un tipo de situación. De igual manera habla de que al mismo tiempo, las influencias de las costumbres sociales, actitudes de las personas son parte de la vida diaria.

- Lo que la persona toma del ambiente en el que vive.
- Qué piensa de su conducta, como la evalúa y que hace con ese concepto.
- Que conocimientos percibe de la salud.

Todas estas teorías, se encuentran enfocadas a la conducta.

A continuación se mencionan las dimensiones básicas de la personalidad: Control personal, Control emocional, Introversión-extraversión, Sociabilidad e Inteligencia

La teoría de la influencia triádica sostiene que (Laespada, 2001): “La habilidad de controlar las acciones y el estado de ánimo llevan al desarrollo de un nivel de autoestima y un autoconcepto más coherente” (p. 56).

#### **2.2.15.4. Presión/incitación para consumir sustancia**

Un concepto que explica también el consumo se da muchas veces por presión de grupo. Pues los jóvenes al querer sentirse aceptados hacen todo lo que se les dice, incluso tomando malas decisiones, (Laespada, 2001) nos habla:

En la adolescencia los chicos suelen pertenecer a un grupo de amigos, sin embargo muchas veces estos grupos son una mala influencia, si bien es cierto muchos de ellos provienen de hogares con costumbres diferentes algunos más cerrados y otros con total libertinaje, los cuales siempre se encuentran guiados por un líder o la “cabeza” como lo llama algunos, para pertenecer es necesario que pases algún tipo de prueba entre ellos puede estar el consumo de drogas, beber alcohol, es la presión la que hace que un

adolescente acepte al sentir que si se niega se puedan burlar del , aquí viene a tallar mucho la autoestima y la confianza que se tenga uno mismo , pues quien este vulnerable estará más propenso a aceptar y tomar una decisión errónea.

#### 2.2.16. Factores de protección

Se pueden incluir actividades dentro de programas que tengan como meta la protección a los estudiantes, así mismo programas recreativos como un medio de esparcimiento en la cual el joven pueda distraerse y hacer un hábito los juegos deportivos y recreacionales. De la misma manera debe ser en el hogar, los padres deben dar el ejemplo y a la vez informar a sus hijos de las consecuencias de las sustancias tóxicas y enseñarles a decir no ante un ofrecimiento de parte de alguna persona.

Clasificación:

- a. **Asociados al individuo:** el poder establecer vínculos afectivos , relaciones sociales con los demás, satisfactorias relaciones con sus familiares, capacidad para comunicar sus emociones, identidad sexual y goce sexual apropiados, participación escolar y comunitaria, trabajo satisfactorio, posibilidad de concretar sus iniciativas, distribución racional de su tiempo, entre otras (Ferrando 1992, Vacca 1998, Contradrogas 1999a; 1999b, Ministerio de Educación, 1999)
- b. **Asociados a la familia:** Los estudios que indican que el riesgo y la resiliencia pueden alterarse con éxito incluyen intervenciones para



el control parental y la mejora de los apegos y habilidades sociales. Estas intervenciones son prometedoras, pero rara vez se han implementado o evaluado (Ferrando 1992; Vacca 1998, Contradrogas 1999a, 1999b, Ministerio de Educación , 1999)

**c. Asociados al sistema educativo:** son aquellos que se dan de la participación de maestro – alumno los cuales fomentan la creatividad y espontaneidad creando un ambiente de futuras metas; puntos críticos de acuerdo a los problemas sociales; practicando el liderazgo e incentivando a la comunidad, padres en el estudio de los niños.

**d. Asociados al grupo de pares:** aquellos rasgos se encuentran con un respeto absoluto a ideas de los demás, el deseo de pertenecer a un grupo, dejando de lado aquellas costumbres que hoy en día los jóvenes ven como algo normal. (Vacca, 1987)

**e. Asociados al medio social:** la juventud ha cambiado en cuanto a las costumbres de hoy en la cual nos falta desarrollarnos aún más educativamente quitando aquel pensamiento que hace que hoy por hoy se piense que el alcohol y las drogas son parte de la vida y poniendo más énfasis a las políticas de protección a la infancia con la participación de la comunidad y la generación de soluciones de sus propios problemas. Es importante darles siempre un enfoque claro y que generen una responsabilidad compartida. (Contradrogas, 1999)

### 2.2.17. Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas

Según (Cedro , 2013) al hablar: “hace alusión a la prevención en casa en centros educativos, brindando información acerca de estas sustancias y sus efectos en la vida del ser humano”.

**Tabla 5. Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas**

| Clasificación          | Factores de riesgo   | Factores de protección   |
|------------------------|--|--|
| <b>Intrapersonales</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitudes favorables hacia el consumo de drogas.</li> <li>• Desconocimiento sobre las consecuencias del consumo.</li> <li>• Mitos e información distorsionada sobre las drogas.</li> <li>• Reducidas habilidades – sociales</li> <li>• Bajo nivel de autoestima.</li> <li>• Despreocupación por el mantenimiento de la salud.</li> <li>• Insuficiente capacidad de autocontrol.</li> <li>• Escasa tolerancia a la frustración</li> <li>• Predisposición genética para el consumo de drogas.</li> <li>• Fracaso escolar.</li> <li>• Limitada participación o desinterés en actividades de tiempo libre.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ideas de rechazo al consumo de drogas considerando que hacen daño.</li> <li>• Conocimiento sobre las consecuencias de las distintas drogas.</li> <li>• Desarrolla de habilidades sociales, tales como asertividad, expresión de sentimientos, toma de decisiones.</li> <li>• Adecuada autoestima</li> <li>• Valoración de la salud y preocupación por cuidarla</li> <li>• Capacidad de autocontrol</li> <li>• Capacidad de afrontar las frustraciones</li> <li>• Ausencia de antecedentes genéticos relacionados al consumo de drogas.</li> <li>• Existo en el desempeño escolar.</li> <li>• Organización del tiempo libre en actividades constructivas.</li> </ul> |
| <b>Interpersonales</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades de comunicación entre padres e hijos.</li> <li>• Ausencia física o emocional de los padres</li> <li>• Ausencia de figuras de autoridad</li> <li>• Apoyo y control familiar débil</li> <li>• Uso de la violencia o inadecuada administración de</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuada comunicación entre padres e hijos.</li> <li>• Presencia y cercanía emocional de los padres</li> <li>• Rol de padres como figuras de autoridad</li> <li>• Vigilancia y apoyo permanente de la familia.</li> <li>• No empleo del castigo físico o psicológico y priorización de</li> </ul>   |

|                    |  |  |
|--------------------|--|--|
|                    | castigos y premios en educación infantil.  | la recompensa en la educación.   |
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de límites o normas claras en la educación de los hijos.</li> <li>• Estilo de crianza autoritario</li> <li>• Uso indiscriminado de alcohol y otras drogas en la familia.</li> <li>• Actitudes a favor del consumo.</li> <li>• Conflictos familiares frecuentes</li> <li>• Falta de sentido de pertenencia y disfrute de la familia.</li> <li>• Dependencia y presión de grupo de amigos.</li> <li>• Pertenecer a grupos antisociales o tener amistades con personas que consumen.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de reglas y límites claros en la educación de los hijos.</li> <li>• Estilo de crianza democrático.</li> <li>• No consumo o consumo moderado de alcohol por parte de la familia.</li> <li>• Actitudes favorables hacia la salud y de rechazo al consumo.</li> <li>• Adecuada dinámica familiar.</li> <li>• Sentido de pertenencia y recreación y disfrute en familia.</li> <li>• Autonomía y toma de decisiones propias en relación al grupo de amigos.</li> <li>• Formar parte de grupos tales como parroquia, club deportivo, recreativo, etc.</li> <li>• Relaciones amicales con personas no consumidoras.</li> </ul> |
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación de pobreza y marginalidad</li> <li>• Producción y venta de drogas</li> <li>• Accesibilidad y disponibilidad de drogas</li> <li>• Ausencia o incumplimiento de normas de control de drogas.</li> <li>• Sociedad consumista, individualista, hedonista.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con acceso a recursos como vivienda, salud, empleo, et.</li> <li>• Políticas claras de control de drogas por parte del Estado.</li> <li>• Control de la oferta</li> <li>• Cumplimiento adecuado de las leyes de control del consumo de drogas legales, por parte de las autoridades.</li> </ul>  |
| <b>Ambientales</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Influencia de la publicidad en los medios de comunicación social.</li> <li>• Falta de promoción y ofertas de actividades de tiempo libre saludables en la comunidad.</li> <li>• Ausencia de redes de apoyo social.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar valores como la solidaridad y responsabilidad.</li> <li>• Difusión y campañas sobre las consecuencias del uso de drogas.</li> <li>• Promoción y oferta de actividades de tiempo libre saludables en la comunidad.</li> <li>• Contar con redes de apoyo social.</li> </ul>  |

**Fuente:** (Cedro, 2013, p. 135)

### **Resiliencia:**

Es la capacidad que poseen algunas personas y la ponen en práctica cuando se encuentran en alguna situación grave, triste, sacando fortalezas desde los peores momentos. (Cedro, 2013)

Mencionamos algunos indicios de ayuda a la persona a poder enfrentar situaciones difíciles haciendo que cada vez estos sea más fácil y acostumbrándolas a obtener éxito (Ibid, 2013, p. 134), afirma: “que desde un enfoque específico se necesita que enseñemos a los niños a poder desarrollar la capacidad de resiliencia para que aun cuando grandes ellos puedan, afrontar riesgos y tomara buenas decisiones.

Por lo cual si eres resilientes tiene mucho que ver con el entorno en el cual se vive:

- a) **Ciertos atributos de las personas**, autonomía, empatía, comprensión, interés por alguna situación del humor, capacidad para poder concentrarse.
- b) **Condiciones del medio ambiente familiar y social**, tales como: a) el sentirse seguro de recibir afecto b) el sentimiento de aceptación c) el apoyo de redes informales

### **2.2.18. Trastornos inducidos por sustancias.**

Categoría de trastornos mentales que consta de Trastornos inducidos por sustancias y Trastornos por uso de sustancias;

Alteración ansiedad



Alteración del estado ánimo

Intoxicación

Delirio, intoxicación

Alteración Amnésico Persistente

Trastorno de percepción persistente

Trastorno psicótico

Disfunción sexual

Trastorno del sueño

Retirada

Retiro del delirio

Vía de Administración y velocidad de los efectos de la sustancia

La cantidad, la frecuencia y la rapidez con que un medicamento llega al cerebro determinan los cambios conductuales y neuroplásticos asociados con el proceso de adicción. A pesar de la naturaleza crítica de estas variables, el campo de la drogadicción a menudo ignora los problemas farmacocinéticos, que argumentamos que puede llevar a conclusiones falsas. Primero, revisamos los datos clínicos que demuestran la importancia de la velocidad de inicio del fármaco y de patrones intermitentes en sustancias, adicción a sustancias psicoestimulantes. Esto seguido por una revisión de la literatura preclínica demostrando que las variables farmacocinéticas tienen un papel decisivo en los resultados conductuales y neurobiológicos en animales.



Modelos de adicción. Esta literatura incluye datos recientes que destacan la importancia de los niveles cerebrales de drogas intermitentes y "punzantes" en produciendo un aumento en la motivación para tomar drogas con el tiempo. La aparición rápida de drogas y la exposición intermitente a las drogas parecen empujar el proceso de adicción avanza más efectivamente. Esto tiene implicaciones significativas para refinar modelos animales de adicción y para mejorar comprender las neuroadaptaciones que son críticas para el trastorno.

#### Duración de los efectos

Las sustancias que suelen ser más fuertes en efectos prolongan la abstinencia un mayor tiempo. Los pacientes en situaciones de emergencia deben ser desintoxicados y cuidadosamente monitoreado por personal médico. En teoría, estos pacientes deberían ser observados sin medicamentos antipsicóticos durante 30 días para ayudar en el diagnóstico. En la práctica, sin embargo, los médicos suelen comenzar con medicamentos antipsicóticos rápidamente para acelerar la disminución o eliminación de síntomas La mayoría también se transfiere a la configuración de hospitalización para más observación (Caton, 2005).

#### **2.2.18.1. Trastornos mentales inducidos por sustancias/ medicamentos**

(Cedro, 2013) nos habla:

Manifiesta que al darse la intoxicación, la cocaína o anfetamina proceden a causar trastornos psicóticos y de ansiedad inducidos, así mismo sucederá al entrar en la abstinencia la cual es privarse de todo tipo de droga aunque el organismo se lo pida dentro

de este proceso aparecerán momentos depresivos lo cual será calmado con sedantes que provocaran sueño , debilidad, etc. Las personas que usan alcohol y otras drogas psicoactivas, especialmente las que usan mucho, son propensas desarrollar episodios psicóticos que no siempre se reconocen como debidos a agudos intoxicación o abstinencia. Algunos medicamentos pueden causar el mismo síndrome. Ya que la programación actual del primer episodio de psicosis compatible por el retiro de la subvención de bloqueo de salud mental se basa en un modelo de atención especializada coordinada que se probó en individuos con primer episodio de psicosis no afectiva (Heinssen, Goldstein y Azrin, 2013), reconocimiento apropiado de la psicosis afectiva e inducida por sustancias es importante.

Se pueden usar diferentes enfoques de tratamiento dependiendo sobre las causas subyacentes del trastorno psicótico.

Los enfoques de adaptación requieren un diagnóstico adecuado, que puede ser un desafío en los primeros episodios psicóticos.

### 2.3 Bases filosóficas

El modelo de las influencias sociales o psicosociales proviene, la psicología social, el cual se relaciona con todo el aprendizaje social e investigaciones sobre los antecedentes de adicciones a sustancias, haciendo mención existencia, tres factores de riesgo muy importantes dentro del desarrollo de programas preventivos efectivos. (Bandura, 1986, p. 117)

(Bandura, 1986) nos dice Con respecto a la personalidad, se va construyendo a través de las influencias de las personas más cercanas al individuo, muchas veces con modelos desadaptados, y el tipo conductual se encamina muchas veces por reforzamiento y condicionamientos a lo largo de su desarrollo evolutivo e incorpora el consumo de drogas dentro de su repertorio cognitivo, afectivo y conductual.

La adolescencia la etapa durante que los compañeros deciden sus propias expectativas. La narrativa la influencia social durante la adolescencia a menudo gira en torno a decisiones arriesgadas y desadaptativas, como conducir bajo la influencia y usar sustancias ilegales (Steinberg, 2005). Sin embargo, la investigación también ha demostrado que la influencia social puede conducir a un aumento de los comportamientos prosociales (Van Hoorn et al., 2017) y una reducción en la toma de riesgos (Braams et al., 2019). Si bien muchos estudios respaldan la noción de que las personas más dociles a la influencia de sus pares que niños o los adultos, los procesos de desarrollo que subyacen a esta sensibilidad siguen siendo poco conocidos. Argumentamos que una razón importante para esta falta de comprensión es la ausencia de modelos formulados con precisión.

## LA SALUD PÚBLICA

- La salud pública actualmente es un enfoque primario en poblaciones
- La ética del servicio público, como una extensión de las preocupaciones del individuo.
- Énfasis en la prevención de enfermedades
- La salud pública emplea un tipo de intervención dirigida al medio ambiente, la conducta, la forma de vivir la persona, así mismo la atención médica.
- Certificación variable de especialistas más allá del grado profesional de salud pública. (Adriasola, 2001, p. 113)

## FILOSOFÍA DE LA SALUD PÚBLICA

La ley que podría incluirse en el cuerpo de lo que llamamos ley de salud pública es vasto. No podemos limitar la ley de salud pública a nuestra legislación central de salud pública, aunque claramente los actos de salud pública son fundamentales. Debemos considerar un amplio gama de leyes que incluyen derecho penal, derecho extracontractual, derecho ambiental, ocupacional derecho sanitario, derecho alimentario y, por supuesto, leyes de protección de derechos. Algunas de estas leyes tienen objetivos que son consistentes con la mejora de la salud pública. Otros tener objetivos completamente diferentes y su ejercicio en el dominio de la salud pública bien puede ser perjudicial para la salud pública (Flores, 1998)

## 2.4 Definición de términos básicos

- **Factores de riesgo:** Consiste en aquellas condiciones, ya sea de naturaleza biológica, psicológica, social o cultural, cuya presencia determina que las personas sean más vulnerables a involucrarse en el consumo de drogas. Desde esta perspectiva se asume que a mayor concentración de factores de riesgo, mayor será el riesgo para la persona (Cedro, 2013, pág. 111)
- **Factores de riesgo intrapersonales:** Hace referencia a ciertos factores psicológicos y sociales (personalidad), biológicos, genéticos y hereditarios (vulnerabilidad), que elevan el riesgo de consumir drogas. (OPCIÓN, 2005, pág. 121)
- **Factores de riesgo interpersonales:** Estos factores consisten en las formas como el individuo interactúa con determinados agentes de socialización en determinadas circunstancias, ya sea en el hogar, colegio, grupo de amigos, etc., que elevan el riesgo a consumir sustancias psicoactivas. (Cedro, 2013, pág. 128)
- **Factores de riesgo ambientales:** Estos factores se refieren a las condiciones del medio social que van a ejercer influencia en la persona, para asumir conductas de riesgo como el consumo de drogas. (Laespada, 2001, pág. 73)
- **Comorbilidad psiquiátrica:** O patología dual, es la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico (Organización Mundial de la Salud, 1995, pág. 36)
- **Trastorno psiquiátrico primario:** o tipo I, es cuando el trastorno psiquiátrico comienza claramente antes del uso regular de la sustancia psicoactiva, de tal modo que el curso en el abuso o dependencia de la droga es contingente con las fluctuaciones del trastorno psiquiátrico. (Zimberg, 1999, pág. 97)
- **Trastorno por uso de sustancias primario:** o tipo II, es cuando un paciente cumple los criterios de un trastorno psiquiátrico cuando es dependiente de una sustancia psicoactiva, pero no manifiesta síntomas de su trastorno



psiquiátrico durante períodos de abstinencia superiores a tres semanas. (Ibid, 1999, pág. 98)

- **Trastorno dual primario:** O tipo III, ambos el trastorno psiquiátrico, están presentes y nunca coinciden el uno con el otro en comienzo y curso (Ibid, 1999, pág. 99)

## 2.5 Hipótesis de investigación

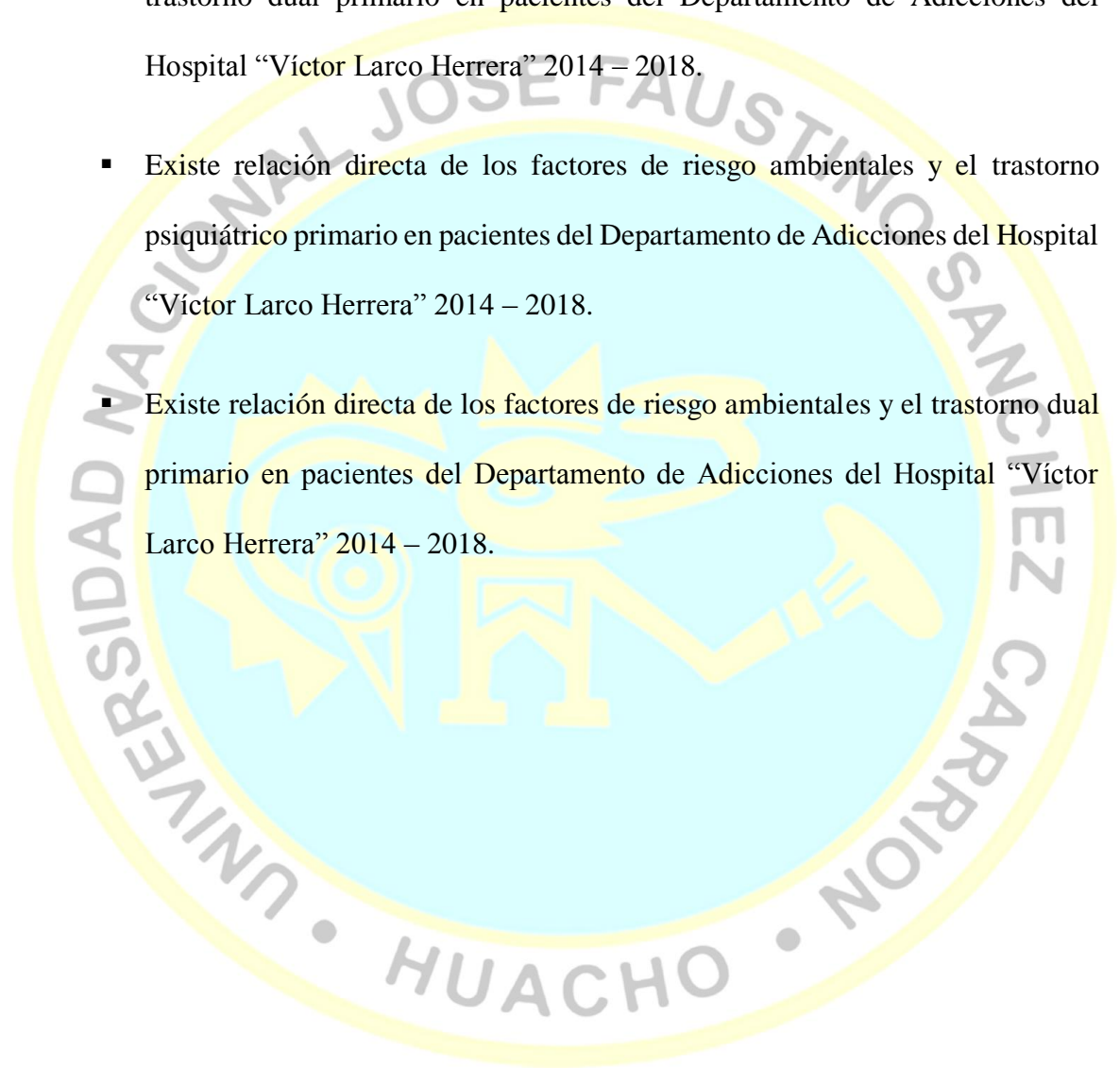
### 2.5.1 Hipótesis general

Existe relación significativa entre los factores de riesgo y la comorbilidad psiquiátrica en pacientes del Departamento de Adicciones del Hospital “Víctor Larco Herrera” 2014 – 2018.

### 2.5.2 Hipótesis específicas

- Existe relación directa entre los factores de riesgo intrapersonales y el trastorno psiquiátrico primario en pacientes del Departamento de Adicciones del Hospital “Víctor Larco Herrera” 2014 – 2018.
- Existe relación directa entre los factores de riesgo intrapersonales y el trastorno por uso de sustancias primario en pacientes del Departamento de Adicciones del Hospital “Víctor Larco Herrera” 2014 – 2018.
- Existe relación directa entre los factores de riesgo intrapersonales y el trastorno dual primario en pacientes del Departamento de Adicciones del Hospital “Víctor Larco Herrera” 2014 – 2018.

- Existe relación directa de los factores de riesgo interpersonales y el trastorno psiquiátrico primario en pacientes del Departamento de Adicciones del Hospital “Víctor Larco Herrera” 2014 – 2018.
- Existe relación significativa entre los factores de riesgo interpersonales y el trastorno dual primario en pacientes del Departamento de Adicciones del Hospital “Víctor Larco Herrera” 2014 – 2018.
- Existe relación directa de los factores de riesgo ambientales y el trastorno psiquiátrico primario en pacientes del Departamento de Adicciones del Hospital “Víctor Larco Herrera” 2014 – 2018.
- Existe relación directa de los factores de riesgo ambientales y el trastorno dual primario en pacientes del Departamento de Adicciones del Hospital “Víctor Larco Herrera” 2014 – 2018.



## 2.6 Operacionalización de las variables

| VARIABLES                 | DEFINICIÓN CONCEPTUAL   | DEFINICIÓN OPERACIONAL   | DIMENSIONES     | INDICADORES   |
|---------------------------|---|--|-----------------|---|
| <b>FACTORES DE RIESGO</b> | Los factores riesgo son todas las circunstancias o eventos de naturaleza personal o social, en la cual el individuo al exponerse, aumenta la probabilidad de asumir un comportamiento de alto riesgo (Cedro, 2013, p. 98) | Presencia de condiciones intrapersonales, interpersonales y ambientales, que determina la vulnerabilidad y el involucramiento para el consumo de drogas en las personas, que serán detectadas a través del análisis de la historia clínica y el cuestionario | Intrapersonales | <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Tu conducta facilitaba el consumo de alcohol o drogas.</li> <li>(2) Ud. desconocía las graves consecuencias que traía el consumo de alcohol o drogas.</li> <li>(3) Ud. tenía información falsa o distorsionada sobre las drogas o alcohol.</li> <li>(4) Presentabas comportamientos o conductas que te facilitaban hacer amigos, ser escuchado haciendo respetar tus derechos y respetando el derecho de los demás.</li> <li>(5) Siempre tenías baja autoestima.</li> <li>(6) Te despreocupabas por conservar tu Salud Física y Mental.</li> <li>(7) Tenías insuficiente capacidad de autocontrol.</li> <li>(8) Tolerabas la frustración.</li> <li>(9) Tienes familiares directos (papá, mamá, tíos, etc.) que son adictos o consumidores compulsivos de alcohol y drogas.</li> <li>(10) Tuviste fracaso escolar o académico.</li> </ol> |

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES     | INDICADORES  |
|-----------|-----------------------|------------------------|-----------------|--|
|           |                       |                        | Intrapersonales | <p>(11) Participabas poco a poco o no te interesa las actividades de tiempo libre.</p> <p>(12) Tienes familiares directos (papá, mamá, tíos, etc.) con algún trastorno psiquiátrico.</p> <p>(13) Tuviste deficiencias en el aprendizaje durante tu infancia y/o adolescencia.</p> <p>(14) ¿Te era muy difícil afrontar un problema cualquiera?</p> <p>(15) ¿Tus estados emocionales desagradables como tristeza, cólera y agresividad lo aliviabas consumiendo drogas o alcohol?</p> <p>(16) La incomprensión de las demás personas te hacían que consumas drogas o alcohol.</p> <p>(17) Los efectos de las medicinas que te recetó tu psiquiatra, hacían que consumas más drogas o alcohol.</p> <p>(18) Consumías drogas o alcohol para sentirte bien.</p> <p>(19) Consumías drogas o alcohol para sentirte con más energía.</p> <p>(20) Consumías drogas o alcohol para sentirte más emocionado.</p> |

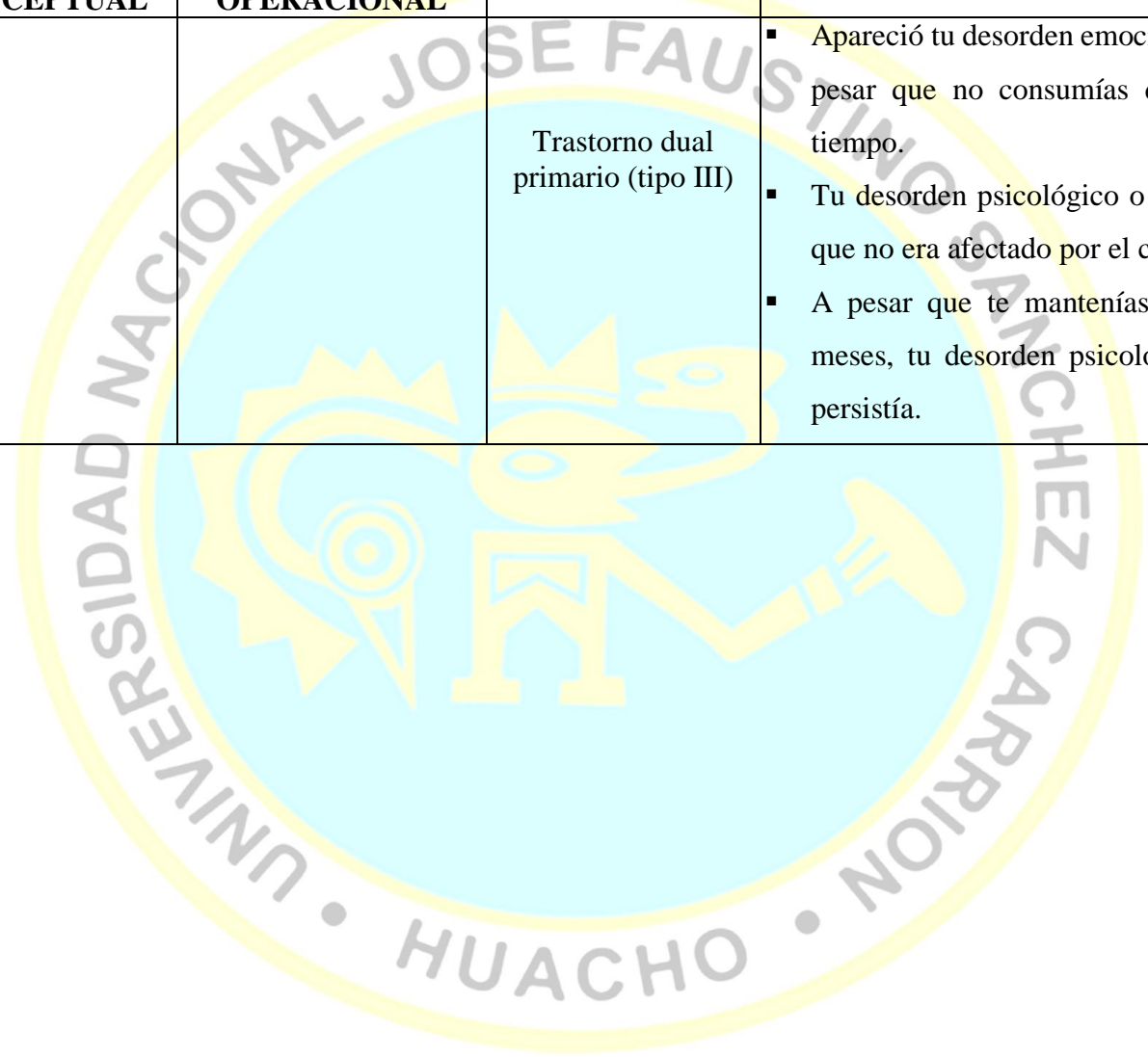
| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES     | INDICADORES   |
|-----------|-----------------------|------------------------|-----------------|---|
|           |                       |                        | Intrapersonales | (21) Consumías drogas o alcohol para estar más concentrado.<br>(22) Consumías drogas o alcohol para hablar más.<br>(23) Te aislabas del resto de personas frecuentemente.<br>(24) Eras muy sensible al estrés.<br>(25) Tienes antecedentes de serios trastornos de conducta en la infancia.<br>(26) Tienes antecedentes de trastornos de la conducta en la adolescencia.  |
|           |                       |                        | Interpersonales | (27) En tu hogar hubo dificultades de comunicación entre padres e hijos.<br>(28) En tu hogar hubo ausencia de tus padres.<br>(29) En tu hogar recibías poco cariño.<br>(30) Hubo en tu hogar ausencia de figura de autoridad.<br>(31) Hubo en tu hogar poco apoyo y control familiar.<br>(32) Siempre me castigaban físicamente por conductas inadecuadas leves.<br>(33) En tu educación y crianza hubo normas claras.<br>(34) Siempre tuviste una crianza con demasiada autoridad. |



| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES     | INDICADORES  |
|-----------|-----------------------|------------------------|-----------------|--|
|           |                       |                        | Interpersonales | <p>(35) En tu familia frecuentemente se consumía drogas y alcohol.</p> <p>(36) En tu familia frecuentemente había conflictos.</p> <p>(37) Tu familia se reunía alguna vez para recrearse.</p> <p>(38) Tus amigos te presionaban demasiado y te hacías dependiente de ellos.</p> <p>(39) Tenía amistades que consumían drogas.</p> <p>(40) Fuiste abusado sexualmente en tu infancia.</p> <p>(41) Fuiste abusado sexualmente en tu adolescencia.</p>                          |
|           |                       |                        | Ambientales     | <p>(42) El ambiente de pobreza y sentirte marginado, te llevó a consumir drogas o alcohol.</p> <p>(43) La falta de actividades diarias organizadas eran negativas para tu persona.</p> <p>(44) Te era fácil conseguir sustancias o alcohol por dónde vivías.</p> <p>(45) ¿El hecho que las personas de tu alrededor consumían drogas o alcohol hacían que tú también lo hagas?</p> <p>(46) La influencia de la publicidad sobre alcohol y drogas te inducían al consumo.</p> |

| VARIABLES                        | DEFINICIÓN CONCEPTUAL   | DEFINICIÓN OPERACIONAL  | DIMENSIONES  | INDICADORES  |
|----------------------------------|---|---|--|--|
|                                  |   |   | Ambientales  | <p>(47) ¿Hubo falta de promoción y ofertas de actividades de tiempo libre saludables como recreación en tu comunidad?</p> <p>(48) En tu comunidad hubo redes de apoyo social para las personas con problemas de salud o adicciones.</p> <p>(49) Consumías drogas o alcohol por razones sociales.</p>   |
| <b>COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA</b> | Comorbilidad psiquiátrica o patología dual, es la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico (OMS, 1995). | La comorbilidad psiquiátrica o patología dual es un término que se aplica para designar la concurrencia simultánea de un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias en una misma persona, determinadas mediante el análisis documental de la historia clínica y la entrevista. | Trastorno psiquiátrico primario (tipo I)           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edad de inicio del trastorno psiquiátrico o desorden psicológico.</li> <li>▪ Edad de inicio del consumo de alcohol o drogas.</li> <li>▪ Cuando se desencadena su trastorno psiquiátrico es cuando inicia su consumo de alcohol o drogas.</li> <li>▪ Deja de consumir drogas o alcohol cuando su cuadro psiquiátrico se extingue.</li> </ul> |
|                                  |   |   | Trastorno por uso de sustancias primario (tipo II) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edad de diagnóstico de TMyC por consumo de drogas.</li> <li>▪ Cuando estás en Consumo de Alcohol o Drogas aparece tu desorden psicológico o trastorno psiquiátrico.</li> </ul>  |
|                                  |   |   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edad de diagnóstico de TMyC por consumo de drogas.</li> <li>▪ Que tiempo tienes sin consumir drogas o alcohol.</li> </ul>   |

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES                        | INDICADORES   |
|-----------|-----------------------|------------------------|------------------------------------|---|
|           |                       |                        | Trastorno dual primario (tipo III) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apareció tu desorden emocional o trastorno psiquiátrico a pesar que no consumías drogas o alcohol por mucho tiempo.</li> <li>▪ Tu desorden psicológico o trastorno psiquiátrico, sentías que no era afectado por el consumo de alcohol o drogas.</li> <li>▪ A pesar que te mantenías en abstinencia superior a 6 meses, tu desorden psicológico o trastorno psiquiátrico persistía.</li> </ul> |



## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Diseño metodológico**

El diseño de la investigación; es no experimental y corresponde a un estudio de casos y controles sustentado en epidemiología social, quiere decir se conoce el efecto y se investigará la causa.

**CASOS:** Pacientes con trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicótropas con comorbilidad psiquiátrica.

**CONTROLES:** Pacientes con trastornos mentales y de comportamiento por consumo de sustancias psicótropas sin comorbilidad psiquiátrica.

- a) Es un estudio con enfoque cuantitativo, porque usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández, R.; Fernández-Collado, C.; Baptista, I., 2006, p. 5).
- b) Es un estudio descriptivo, correlacional, porque la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población. Y es correlacional porque asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población (Hernández, R.; Fernández-Collado, C.; Baptista, I., 2006, p. 5).

- c) Es un estudio observacional analítico, porque el objetivo principal de los métodos observacionales es describir el comportamiento de la forma más completa y precisa como sea posible (Shaughenssy, J.; Zechmeister, E.; Zechmeister, J., 2007, p. 103) y es analítico porque busca contestar porqué sucede determinado fenómeno, cuál es la causa o factor de riesgo asociado, o cuál es el efecto de esa causa o factor de riesgo. (Pineda, E.; De Alvarado, E.; De Canales, F., 1994, p. 84)
- d) Es un estudio ambispectivo porque la información se obtuvo, en parte de las historias clínicas y también de la entrevista que se realizó para los casos y controles respectivamente.
- e) Es un estudio longitudinal porque las variables involucradas se midieron en dos o más ocasiones, de acuerdo a la Evaluación del fenómeno estudiado.

### 3.2 Población y muestra

#### Determinación del tamaño de muestra para estimar una Proporción

La ecuación para determinar el tamaño de muestra basada en una variable auxiliar con una proporción es:

$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left( \frac{z^2 pq}{d^2} - 1 \right)} \quad [1]$$

Dónde:

**z:** Valor de la abscisa de la distribución normal de dos colas, que nos indica la probabilidad en la cual se halla la proporción p buscada.

**d:** Error máximo permisible. Este es igual:

$$d = ep \quad \dots [2]$$



Dónde:

**e:** Error relativo, cuyos valores se hallan en el intervalo cerrado [0; 1]

**p:** Proporción observable de la Variable Auxiliar de muestreo.

**q:** 1 – p. Esto significa la proporción no observable de la Variable Auxiliar de muestreo.

**N:** Tamaño de la población objetivo.

**n:** Tamaño de la muestra.

Tomando en cuenta los casos (pacientes) registrados en los años: 2014 (112), 2015 (115), 2016 (115), 2017 (117) y 2018 (112) se elaboró el cuadro de tamaños de muestra confiables que se muestra a continuación, tomando en consideración el promedio (114) de pacientes registrados entre los años desde el 2014 al 2018 como total poblacional:

| Confiability | Error Relativo Muestral |      |      |      |       |       |       |       |
|--------------|-------------------------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|
|              | Muestral                | 2.5% | 5.0% | 7.5% | 10.0% | 12.5% | 15.0% | 17.5% |
| 70%          | 107                     | 90   | 72   | 56   | 43    | 34    | 27    | 22    |
| 75%          | 108                     | 94   | 77   | 61   | 49    | 39    | 32    | 26    |
| 80%          | 109                     | 97   | 82   | 68   | 55    | 45    | 37    | 30    |
| 85%          | 110                     | 100  | 87   | 74   | 62    | 51    | 43    | 36    |
| 90%          | 111                     | 103  | 92   | 80   | 69    | 59    | 50    | 43    |
| 91%          | 111                     | 104  | 93   | 82   | 71    | 60    | 52    | 44    |
| 92%          | 111                     | 104  | 94   | 83   | 72    | 62    | 54    | 46    |
| 93%          | 112                     | 105  | 96   | 85   | 74    | 64    | 55    | 48    |
| 94%          | 112                     | 106  | 97   | 86   | 76    | 66    | 58    | 50    |
| 95%          | 112                     | 106  | 98   | 88   | 78    | 69    | 60    | 52    |
| 96%          | 112                     | 107  | 99   | 90   | 80    | 71    | 63    | 55    |
| 97%          | 112                     | 108  | 100  | 92   | 83    | 74    | 66    | 58    |
| 98%          | 113                     | 108  | 102  | 94   | 86    | 78    | 70    | 62    |
| 99%          | 113                     | 109  | 104  | 97   | 90    | 82    | 75    | 68    |
| 99.5%        | 113                     | 110  | 105  | 100  | 93    | 86    | 79    | 72    |
| 99.8%        | 113                     | 111  | 107  | 102  | 96    | 90    | 84    | 77    |
| 99.9%        | 113                     | 111  | 108  | 103  | 98    | 92    | 86    | 80    |

p = 0.5

N = 114

Los valores comprendidos entre las celdas de color de fondo oscuro brindan los límites recomendables para tamaños de muestra aceptables. Es decir la muestra se recomienda entre los valores:

$$n_1 = 80 \text{ (confiabilidad muestral} = 90\% \text{ y error relativo} = 10\%)$$

$$n_2 = 113 \text{ (confiabilidad muestral} = 99.9\% \text{ y error relativo} = 2.5\%)$$

Puesto que los cálculos se basaron en un análisis exhaustivo de confiabilidad y validez, estos aseguraron escoger también niveles altos de confiabilidad muestral. De aquí que se escogió un tamaño de muestra de 112 pacientes que corresponde a un nivel de confianza muestral de 95% y un error relativo de 2.5%.

Para demostrarlo, se realizó el reemplazo de los valores en la ecuación, y calculando luego el valor numérico de n (tamaño de la muestra) se tuvo:

$$n = \frac{\frac{z^2 q}{e^2 p}}{1 + \frac{1}{N} \left( \frac{z^2 q}{e^2 p} - 1 \right)} = \frac{\frac{1.96^2 \times 0.5}{0.025^2 \times 0.5}}{1 + \frac{1}{114} \left( \frac{1.96^2 \times 0.5}{0.025^2 \times 0.5} - 1 \right)} = \frac{6402.6667}{1 + \frac{6401.6667}{114}} = 112.0229$$

**n ≈ 112 pacientes**

Por lo tanto el muestreo aleatorio simple (M.A.S.) recomienda tomar una muestra de **CIENTO Y DOCE PACIENTES** (n = 112) escogidas aleatoriamente.

- **Selección de casos**

**Definición del caso:** Son pacientes con diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicótropas (F.10, F.12, F.14, etc.) con comorbilidad psiquiátrica (F.20, F.32, F.31, etc.)

Tipos de comorbilidad psiquiátrica, deben cumplir los siguientes criterios:

- Tipo I (Trastorno psiquiátrico primario): El trastorno psiquiátrico comienza claramente antes del uso regular de la sustancia psicoactiva.
- Tipo II (Trastorno por uso de sustancias primarias): El trastorno por una de sustancias existe claramente antes del comienzo de un trastorno psiquiátrico.
- Tipo III (Trastorno dual primario): El trastorno psiquiátrico, están presentes y nunca coinciden el uno con el otro en comienzo y curso.

- **Identificación de Casos**

**Casos incidentes:** Son aquellos pacientes derivados de evaluación actual y continua de casos sobre el tiempo.

- **Selección de Controles**

Nuestros pacientes controles fueron comparables al de casos y tienen la misma probabilidad de haber estado expuestos a los factores de riesgo que los casos.

Diseño:

Conformada por 2 grupos de pacientes distribuidos en 56 casos y 56 controles.

Confiabilidad del instrumento de medición

Para la confiabilidad del instrumento se ejecutó una prueba piloto a 20 pacientes y su confiabilidad se midió a través de los Coeficientes de Spearman – Brown, Rulon Guttman y Alfa de Cronbach, así mismo también para la validez del instrumento se sometió a evaluación de 5 juicios de expertos en la especialidad y su validez se midió a

través del coeficiente de concordancia R de Finn, que en el transcurso del tiempo y la práctica resultó más confiable y preciso.

Los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a 20 pacientes respecto a los FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA COMORBILIDAD PSIQUIATRICA EN PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE ADICCIONES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA - 2018” se procesaron en SPSS versión 20.0.

Los coeficientes de confiabilidad calculados fueron los siguientes:

|  |       |
|--|-------|
| Coefficiente de confiabilidad de las mitades según Spearman-Brown..... = | 0,873 |
| Coefficiente de confiabilidad de las mitades según Rulon-Guttman..... =  | 0,873 |
| Coefficiente de confiabilidad alfa de Cronbach..... =                    | 0,730 |

Las formulas empleadas para los cálculos fueron las siguientes:

Coefficiente de Confiabilidad de las mitades de Spearman – Brown.

$$r_{tt} = \frac{2r_{ip}}{1 + r_{ip}}$$

Dónde:

**r<sub>tt</sub>**: Coeficiente de Confiabilidad

**r<sub>ip</sub>**: Coeficiente de correlación R de Pearson entre los puntajes impares y pares.

Coefficiente de Confiabilidad de las mitades según Rulon-Guttman.

$$r_{tt} = 1 - \frac{S_d^2}{S_t^2}$$

Dónde:

$r_{tt}$  : Coeficiente de confiabilidad

$S_d^2$  : Varianza de la diferencia de los puntajes impares y pares.

$S_t^2$  : Varianza de la Escala

Coeficiente de Confiabilidad según la Fórmula de Alfa de Cronbach.

$$\alpha = \left[ \frac{m}{m - 1} \right] \cdot \left[ 1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma^2_{\Sigma X_t}} \right]$$

Dónde:

$m$  : Número de Ítems

$\sigma^2_{\Sigma X_t}$

: Varianza del Test



Como se puede observar nuestro valor calculado para el instrumento de medición nos da coeficientes de 0.873 (Spearman – Brown), 0.873 (Rulon – Guttman), 0.730 (Alfa de Cronbach) **CONFIABLES**.

Los estadísticos calculados de la escala fueron los siguientes:

Estadísticos de la escala

| Media  | Varianza | Desviación típica | N de elementos |
|--------|----------|-------------------|----------------|
| 38.343 | 15.768   | 3.971             | 49             |

### 3.3 Técnicas de recolección de datos

**Técnica:** Análisis documental

**Instrumento:** Historia clínica

**Técnica:** Encuesta de manera personal donde los participantes de forma objetivamente posible contestaron los cuestionarios dados. La estructura de las preguntas fue binaria: Sí y No.

El instrumento, el cuestionario está dividido en 2 partes, la primera parte está conformada por todas las variables socio demográficas y la segunda parte compuesta de 48 preguntas según dimensiones, dimensión intra personal (1 – 27), dimensión interpersonal (28 – 40) y dimensión ambiental (41 – 49).

### 3.4 Técnicas para el procesamiento de la información

La información previamente codificada fue digitada en Excel y exportada al software estadístico SPSS versión 20.0 para su proceso y análisis de la información. Se utilizaron la estadística descriptiva para describir las variables en mención y la estadística inferencial vía la prueba no paramétrica Chi cuadrado y el cálculo del ODDS RATIO para identificar los factores de riesgo en las dimensiones intrapersonales, interpersonales y ambientales. Los cuadros fueron presentados en una o doble entrada con sus respectivos gráficos e interpretación.

#### Medidas

- Proporción de casos y controles expuestos a un posible factor de riesgo.
- Intensidad y duración de la exposición en cada grupo.
- Odds ratio: Medida de asociación o riesgo de padecer una enfermedad asociado a un factor de riesgo.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1 Análisis de resultados

**Tabla 6:** *Tabla de contingencia de las variables sociodemográficas de los pacientes*

| Variables                   | n° | %    |
|-----------------------------|----|------|
| <b>Edad</b>                 |    |      |
| Adulto joven                | 11 | 9.8  |
| Adulto maduro               | 90 | 80.4 |
| Adulto mayor                | 11 | 9.8  |
| <b>Estado civil</b>         |    |      |
| Soltero                     | 67 | 59.8 |
| Casado                      | 10 | 8.9  |
| Separado                    | 10 | 8.9  |
| Conviviente                 | 19 | 17.0 |
| Divorciado                  | 06 | 5.4  |
| <b>Grado de instrucción</b> |    |      |
| Primaria                    | 05 | 4.5  |
| Secundaria completa         | 42 | 37.5 |
| Secundaria incompleta       | 15 | 13.4 |
| Superior completa           | 11 | 9.8  |
| Superior incompleta         | 26 | 23.2 |
| Técnico superior            | 13 | 11.6 |
| <b>Ocupación</b>            |    |      |
| Profesional                 | 06 | 5.4  |
| Empleado                    | 14 | 12.5 |
| Estudiante                  | 05 | 4.5  |
| Trabajo eventual            | 01 | 0.9  |
| Técnico                     | 02 | 1.8  |
| Obrero                      | 06 | 5.4  |
| Trabajo independiente       | 17 | 15.2 |
| Comerciante                 | 05 | 4.5  |
| Sin ocupación               | 56 | 50.0 |

**Nota:** Elaboración propia.

En la tabla 6, se aprecia las variables sociodemográficas de los pacientes en general, del 100%, el 80.4% son adultos maduros, el 59.8% son solteros, el 37.5% con estudios secundarios completos y el 50% se encuentran sin ocupación.

**Tabla 7: Tabla de contingencia de edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas**

| Edad         | nº         | %            |
|--------------|------------|--------------|
| 12-15        | 35         | 31.3         |
| 16-20        | 63         | 56.3         |
| > de 20      | 14         | 12.5         |
| <b>Total</b> | <b>112</b> | <b>100.0</b> |

**Nota:** Elaboración propia.

En la tabla 7, se puede observar que del 100% (112) de los pacientes encuestados con respecto a la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas, el 56.3% inició entre las edades de 16 a 20 años, el 31.3% entre los 12 y 15 años y el 12.5% después de los 20 años.

**Tabla 8: Tabla de contingencia de trastornos psiquiátricos asociados en los pacientes farmacodependientes.**

| Trastorno psiquiátrico    | nº         | %            |
|---------------------------|------------|--------------|
| Esquizofrenia o psicosis  | 21         | 18.8         |
| Trastorno bipolar         | 12         | 10.7         |
| Trastorno de ansiedad     | 01         | 0.9          |
| Depresión                 | 03         | 2.7          |
| Trastorno de personalidad | 16         | 14.3         |
| Otros                     | 03         | 2.7          |
| Ninguno                   | 56         | 50.0         |
| <b>Total</b>              | <b>112</b> | <b>100.0</b> |

**Nota:** Elaboración propia.

En la tabla 8, se puede observar que del 100% (112) de los pacientes farmacodependientes encuestados con respecto si presentan asociados algún trastorno psiquiátrico, el 18.8% presenta esquizofrenia o psicosis, el 14.3% trastorno de personalidad, el 10.7% trastorno bipolar, el 5.4% depresión y otros, y el 0.9% trastorno de ansiedad. Por otro lado también el 50% de pacientes farmacodependientes no presentan asociados trastornos psiquiátrico alguno (controles).

**Tabla 9: Tabla de contingencia factores de riesgo con desorden psicológico y Odds Ratio**

| Factores de riesgo |   | Desorden psicológico |      | Total |
|--------------------|---|----------------------|------|-------|
|                    |   | Si                   | No   |       |
| <b>Si</b>          | n | 49                   | 37   | 86    |
|                    | % | 43.8                 | 33.0 | 76.8  |
| <b>No</b>          | n | 7                    | 19   | 26    |
|                    | % | 6.3                  | 17.0 | 23.2  |
| <b>Total</b>       | n | 56                   | 56   | 112   |
|                    | % | 50.0                 | 50.0 | 100.0 |

Nota: Elaboración propia.

Chi cuadrado=7.213 gl=1, p=0.007 SIGNIFICATIVO, ODDS RATIO = 3.595

En la tabla 9, se muestra el resultado de la prueba chi cuadrado, donde se puede concluir que existe una relación significativa entre los factores de riesgo y el desorden psicológico (p=0.007).

Así mismo, también se puede afirmar que aquellos pacientes con factores de riesgo tienen 3.595 (OR) más riesgo cuando tienen desorden psicológico que el que no tiene desorden psicológico, con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 1.368 y un límite superior 9.445. De repetirse el estudio este riesgo se encontrará en el 95% de los casos en los intervalos mencionados.

**Tabla 10: Tabla de contingencia de factores de riesgo intrapersonales en farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica**

| Factores de riesgo intrapersonales                             | X <sup>2</sup> | p     | OR    | IC al 95% |          |
|--|----------------|-------|-------|-----------|----------|
|  |                |       |       | Inferior  | Superior |
| Conductas que facilitaba el consumo de sustancias psicoactivas | 7.049          | 0.008 | 6.60  | 1.390     | 31.336   |
| Información falsa o distorsionada sobre las drogas             | 5.897          | 0.015 | 0.418 | 0.196     | 0.893    |
| Despreocupación por conservar la salud física y mental         | 6.493          | 0.011 | 2.733 | 1.240     | 6.023    |
| Insuficiente capacidad de autocontrol.                         | 7.049          | 0.008 | 0.152 | 0.032     | 0.719    |



|  |        |       |       |       |        |
|--|--------|-------|-------|-------|--------|
| <b>Familiares directos adictos o consumidores compulsivos de drogas</b>      | 8.145  | 0.004 | 4.446 | 1.509 | 13.103 |
| <b>Poca participación o bajo interés por las actividades de tiempo libre</b> | 5.149  | 0.023 | 0.418 | 0.196 | 0.893  |
| <b>Familiares directos con algún trastorno psiquiátrico</b>                  | 13.098 | 0.000 | 4.224 | 1.901 | 9.386  |
| <b>Deficiencias en el aprendizaje en la infancia y/o adolescencia</b>        | 4.323  | 0.038 | 2.217 | 1.042 | 4.721  |
| <b>Mucha dificultad para afrontar un problema cualquiera</b>                 | 7.023  | 0.008 | 3.068 | 1.317 | 7.145  |
| <b>Estados emocionales desagradables lo aliviaba consumiendo drogas</b>      | 4.940  | 0.026 | 5.170 | 1.064 | 25.133 |
| <b>Consumo de sustancias psicoactivas para sentirse con más energía</b>      | 7.669  | 0.006 | 4.756 | 1.467 | 15.423 |
| <b>Consumo de sustancias psicoactivas para sentirse más emocionado</b>       | 3.953  | 0.047 | 4.500 | 0.911 | 22.234 |
| <b>Muy sensible al estrés</b>  | 5.009  | 0.025 | 2.842 | 1.115 | 7.241  |
| <b>Antecedentes de serios trastornos de conducta en la infancia</b>          | 4.655  | 0.031 | 2.369 | 1.074 | 5.225  |
| <b>Antecedentes de serios trastornos de conducta en la adolescencia.</b>     | 8.038  | 0.005 | 3.000 | 1.390 | 6.473  |

Nota: Elaboración propia.

En la tabla 10 de los factores de riesgo intrapersonales se puede afirmar que aquellos pacientes farmacodependientes que le diagnosticaron desorden psicológico (comorbilidad psiquiátrica) tienen 6.60 (OR) más riesgo cuando la conducta personal facilita el consumo de drogas o alcohol que el que no tiene desorden psicológico, con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 1.390 y un límite superior 31.336. De igual manera, aquellos pacientes drogodependientes con comorbilidad psiquiátrica tienen 0.418 (OR) más riesgo cuando reciben información falsa o distorsionada sobre las drogas que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 0.196 y un límite superior 0.893. Por otro lado, los pacientes farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica tienen 2.733 (OR) más riesgo cuando no se preocupan por conservar su salud física y mental que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 1.240 y un límite

superior 6.023. Así mismo, también aquellos pacientes farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica tienen 0.152 (OR) más riesgo cuando tienen insuficiente capacidad de autocontrol que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 0.032 y un límite superior 0.719. Por otro lado, se puede afirmar también que aquellos pacientes farmacodependientes que les diagnosticaron desorden psicológico tienen 4.446 (OR) más riesgo cuando tienen familiares directos que son adictos o consumidores compulsivos de sustancias psicoactivas que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 1.509 y un límite superior 13.103. Así mismo se observa que a los pacientes farmacodependientes que les diagnosticaron comorbilidad psiquiátrica tienen 0.418 (OR) más riesgo cuando tienen poca participación o bajo interés por las actividades de tiempo libre que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior de 0.196 y un límite superior 0.893. Se observa además que los pacientes con comorbilidad psiquiátrica tienen 4.224 (OR) más riesgo cuando tienen familiares directos con algún trastorno psiquiátrico que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 1.901 y un límite superior 9.386 también observamos que los farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica tienen 2.217 (OR) más riesgo cuando hay deficiencias en el aprendizaje en la infancia y/o adolescencia que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 1.042 y un límite superior 4.721. Así mismo aquellos farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica tienen 3.068 (OR) más riesgo cuando tienen mucha dificultad para afrontar un problema cualquiera que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 1.317 y un límite superior 7.145. Se observa además que los pacientes farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica tienen 5.170 (OR) más riesgo cuando ante estados emocionales desagradables lo alivia consumiendo drogas que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 1.064 y un límite superior 25.133.

Así mismo aquellos pacientes farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica tienen 4.756 (OR) más riesgo cuando consumen sustancias psicoactivas para sentirse con más energía que al que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza

al 95% con límite inferior 1.467 y un límite superior 15.423. De observa también que los farmacodependientes con diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica tiene 4.500 (OR) más riesgo cuando consumen drogas para sentirse más emocionado que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica; con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 0.911 y un límite superior 22.234. Por otro lado observamos que los farmacodependientes con diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica tienen 2.842 (OR) más riesgo cuando son muy sensibles al estrés que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 1.115 y un límite superior 7.241. Se puede afirmar además que aquellos farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica tienen 2.369 (OR) más riesgo cuando tienen antecedentes de serios trastornos de conducta en la infancia que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 1.074 y un límite superior 5.225. Así mismo se observa que aquellos pacientes farmacodependientes con diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica tienen 3.000 (OR) más riesgo cuando tienen antecedentes de serios trastornos de conducta en la adolescencia que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 1.390 y un límite superior 6.473. De repetirse el estudio estos factores de riesgo intrapersonales se encontrarán en el 95% de los casos en los intervalos mencionados. Cabe resaltar también que todos los valores de la prueba chi cuadrado y los OR son significativos con un nivel de significancia del 5%.

**Tabla 11: Tabla de contingencia de factores de riesgo interpersonales en farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica**

| Factores de riesgo interpersonales                        | X <sup>2</sup> | P     | OR    | IC al 95% |          |
|---|----------------|-------|-------|-----------|----------|
|   |                |       |       | Inferior  | Superior |
| <b>Dificultades de comunicación entre padres e hijos.</b> | 5.303          | 0.021 | 3.051 | 1.150     | 8.094    |
| <b>Ausencia frecuente de los padres en el hogar</b>       | 5.765          | 0.016 | 2.842 | 1.115     | 7.241    |
| <b>Escaso cariño en el hogar.</b>                         | 4.884          | 0.027 | 2.481 | 1.098     | 5.607    |
| <b>Ausencia de figura de autoridad en el hogar</b>        | 4.436          | 0.035 | 2.267 | 1.052     | 4.886    |
| <b>Poco apoyo y control familiar</b>                      | 10.469         | 0.001 | 4.529 | 1.740     | 11.787   |



|  |       |       |       |       |        |
|--|-------|-------|-------|-------|--------|
| <b>Consumo frecuente de sustancias psicoactivas en la familia.</b> | 5.250 | 0.022 | 2.436 | 1.130 | 5.252  |
| <b>Presión de grupos de amigos y dependencia hacia ellos</b>       | 6.380 | 0.012 | 2.733 | 1.240 | 6.023  |
| <b>Sufrió abuso sexual en la infancia</b>                          | 3.894 | 0.028 | 4.500 | 0.911 | 22.234 |

Nota: Elaboración propia.

En la tabla 11 de factores de riesgo interpersonales se puede afirmar que aquellos pacientes que le diagnosticaron desorden psicológico (comorbilidad psiquiátrica) tienen 3.051 (OR) más riesgos cuando en el hogar hubo dificultades de comunicación entre padres e hijos que el que no tienen comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 1.150 y un límite superior 8.094. Además, se afirma que aquellos pacientes adictos con comorbilidad psiquiátrica tienen 2.842 (OR) más riesgo cuando hay ausencia frecuente de los padres en el hogar que aquellos pacientes adictos que no tienen comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 1.15 y un límite superior 7.241. Así mismo, también aquellos farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica tienen 2.481 (OR) más riesgo cuando en el hogar se recibe escaso cariño que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con un límite inferior 1.098 y un límite superior 5.607. Por otro lado, se puede afirmar también que aquellos pacientes que le diagnosticaron comorbilidad psiquiátrica tienen 2.267 (OR) más riesgos cuando en el hogar hay ausencia de figura de autoridad que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con un límite inferior 1.052 y un límite superior 4.886. También observamos que los farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica tienen 4.529 (OR) más riesgo cuando en el hogar hay poco apoyo y control familiar que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con un límite inferior 1.740 y un límite superior 11.787. Así mismo aquellos farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica tienen 2.436 (OR) más riesgo cuando hay consumo frecuente de drogas y alcohol en la familia que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con un límite inferior 1.130 y un límite superior 5.252. Y aquellos pacientes farmacodependientes que les diagnosticaron comorbilidad psiquiátrica tienen 2.733 (OR) más riesgo cuando en sus relaciones interpersonales tienen presión de grupos de amigos y son dependientes hacia ellos que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica,

con un intervalo de confianza al 95% con un límite inferior 1.240 y un límite superior 6.023. Asimismo aquellos pacientes farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica tienen 4.500 (OR) más riesgo cuando sufrió abuso sexual en la infancia frente a aquellos pacientes farmacodependientes sin comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 0.911 y un límite superior 22.234. De repetirse el estudio estos factores de riesgo interpersonales se encontrarán en el 95% de los casos en los intervalos mencionados. Cabe resaltar también que todos los valores de la prueba chi cuadrado y los OR son significativos con un nivel de significancia del 5%.

**Tabla 12:** *Tabla de contingencia de factores de riesgo ambientales en farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica*

| Factores de riesgo ambientales   | X <sup>2</sup> | P     | OR    | IC al 95% |          |
|--|----------------|-------|-------|-----------|----------|
|  |                |       |       | Inferior  | Superior |
| <b>Contexto de pobreza y sentirse marginado lo llevó a consumir sustancias psicoactivas.</b> | 9.143          | 0.002 | 3.240 | 1.496     | 7.019    |
| <b>Personas de tu alrededor consumían drogas, hacían que también lo hagas</b>                | 3.672          | 0.045 | 4.500 | 0.911     | 22.234   |
| <b>Influencia de la publicidad sobre las drogas te inducían al consumo</b>                   | 4.118          | 0.042 | 2.369 | 1.074     | 5.225    |
| <b>Consumo de sustancias psicoactivas por razones sociales.</b>                              | 5.303          | 0.021 | 3.051 | 1.150     | 8.094    |

*Nota:* Elaboración propia.

En la tabla 12 de los factores de riesgo ambientales se puede afirmar que aquellos pacientes farmacodependientes que le diagnosticaron comorbilidad psiquiátrica tienen 3.240 (OR) más riesgo cuando el ambiente es de pobreza y marginación que el que no tiene desorden psicológico con un intervalo de confianza al 95% con un límite inferior 1.496 y un límite superior 7.019. Así mismo aquellos pacientes farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica tienen 4.500 (OR) más riesgo cuando las personas de tu alrededor consumían drogas hacían que también lo hagas que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95%, con límite inferior 0.911 y un límite superior 22.234. También encontramos que los fármacos dependientes con comorbilidad psiquiátrica tienen 2.369 (OR) más riesgo por la influencia de la publicidad sobre las drogas que los inducían al consumo que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica con un



intervalo de confianza 95% con límite inferior 1.074 y un límite superior 5.225. Así mismo también aquellos pacientes farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica tienen 3.051 (OR) más riesgo cuando consumen drogas o alcohol por razones sociales que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 1.150 y un límite superior 8.094. De repetirse el estudio estos factores de riesgo ambientales se encontrarán en el 95% de los casos en los intervalos mencionados. Cabe resaltar también que todos los valores de la prueba chi cuadrado y los OR son significativos con un nivel de significancia del 5%.

**Tabla 13: Tabla de contingencia de trastornos psiquiátricos asociados a los tipos de comorbilidad psiquiátrica en los pacientes farmacodependientes**

| Desorden psicológico             |   | Tipo de comorbilidad psiquiátrica |      |     | Total |
|----------------------------------|---|-----------------------------------|------|-----|-------|
|                                  |   | I                                 | II   | III |       |
| <b>Esquizofrenia o psicosis</b>  | n | 8                                 | 13   | 0   | 21    |
|                                  | % | 14.3                              | 23.2 | 0.0 | 37.5  |
| <b>Trastorno bipolar</b>         | n | 5                                 | 4    | 3   | 12    |
|                                  | % | 8.9                               | 7.1  | 5.4 | 21.4  |
| <b>Trastorno de ansiedad</b>     | n | 0                                 | 1    | 0   | 1     |
|                                  | % | 0.0                               | 1.8  | 0.0 | 1.8   |
| <b>Depresión</b>                 | n | 1                                 | 2    | 0   | 3     |
|                                  | % | 1.8                               | 3.6  | 0.0 | 5.4   |
| <b>Trastorno de personalidad</b> | n | 2                                 | 13   | 1   | 16    |
|                                  | % | 3.6                               | 23.2 | 1.8 | 28.6  |
| <b>Otros</b>                     | n | 2                                 | 0    | 1   | 3     |
|                                  | % | 3.6                               | 0.0  | 1.8 | 5.4   |
| <b>Total</b>                     | n | 18                                | 33   | 5   | 56    |
|                                  | % | 32.1                              | 58.9 | 8.9 | 100.0 |

Chi cuadrado=16.562 gl=10 p=0.085

En la tabla 13, se aprecia que en los pacientes farmacodependientes (casos) la comorbilidad psiquiátrica de tipo II (trastorno por uso de sustancias primario) el 23.2% presentaron esquizofrenia (13) y trastornos de personalidad (13) respectivamente. Mientras que los pacientes con comorbilidad psiquiátrica de tipo I (trastorno psiquiátrico primario); el 14.3% presentaron esquizofrenia, y el 8.9% trastornos bipolares, y así mismo los farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica de tipo III (trastorno dual primario) el 5.4% tuvieron trastornos bipolares.

## 4.2 Contrastación de hipótesis

### Hipótesis General

**Tabla 14: Prueba Chi-cuadrado de Factores de riesgo con comorbilidad psiquiátrica y ODDS Ratio**

| Factores de riesgo |   | Comorbilidad psiquiátrica |      | Total |
|--------------------|---|---------------------------|------|-------|
|                    |   | Si                        | No   |       |
| Si                 | n | 49                        | 37   | 86    |
|                    | % | 43.8                      | 33.0 | 76.8  |
| No                 | n | 7                         | 19   | 26    |
|                    | % | 6.3                       | 17.0 | 23.2  |
| Total              | n | 56                        | 56   | 112   |
|                    | % | 50.0                      | 50.0 | 100.0 |

Chi cuadrado= 7.213, gL=1, p=0.007 SIGNIFICATIVO, ODDS RATIO= 3.595

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

**Ho:** No existe relación significativa entre los factores de riesgo y la comorbilidad psiquiátrica.

**H1:** Existe relación significativa entre los factores de riesgo y la comorbilidad psiquiátrica.

**Nivel de significancia:** Error tipo I,  $\alpha= 0.05$  (5%). Esto es el error que se cometería al rechazar la Ho, siendo esta verdadera.

**Prueba estadística:** prueba no paramétrica chi cuadrado.

**Decisión estadística:** El chi cuadrado observado es  $J_1^2 = 7.213$  con  $g_L = 1$ , al cual le está asociado un valor de probabilidad,  $p = 0.007$ . Puesto que este valor P es menor o igual que  $\alpha$ , se concluye en rechazar la  $H_0$ . **Es decir existe relación significativa entre los factores de riesgo y la comorbilidad psiquiátrica.**

Así mismo, también se puede afirmar que aquellos pacientes con factores de riesgo tienen 3.595 (OR) más riesgo cuando tiene comorbilidad psiquiátrica, que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% con límite inferior 1.368 y un límite superior 9.445. De repetirse el estudio este riesgo se encontrara en el 95% de los casos en los intervalos mencionados.

#### Hipótesis específica 01

**Tabla 15: Prueba Chi-cuadrado de Comorbilidad psiquiátrica tipo I (trastorno psiquiátrico primario) y factores de riesgo intrapersonales**

| Trastorno psiquiátrico primario |   | Escasa participación o bajo interés por las actividades de tiempo libre |      | Total |
|---------------------------------|---|---|------|-------|
|                                 |   | Si  | No   |       |
| Si                              | n | 4   | 14   | 18    |
|                                 | % | 7.1   | 25.0 | 32.1  |
| No                              | n | 19  | 19   | 38    |
|                                 | % | 33.9  | 33.9 | 67.9  |
| Total                           | n | 23  | 33   | 56    |
|                                 | % | 41.1  | 58.9 | 100.0 |

Chi cuadrado= 3.894,  $g_L = 1$ ,  $p = 0.048$  SIGNIFICATIVO.

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

**$H_0$ :** No existe relación directa entre los factores de riesgo intrapersonales y el trastorno psiquiátrico primario.

**H1:** Existe relación directa entre los factores de riesgo intrapersonales y el trastorno psiquiátrico primario.

**Nivel de significancia:** Error tipo I,  $\alpha = 0.05$  (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la  $H_0$ , siendo esta verdadera.

**Prueba estadística:** prueba no paramétrica chi cuadrado.

**Decisión estadística:** el chi cuadrado observado es  $J_i^2 = 3.894$  con  $g_L = 1$ , al cual le está asociado un valor de probabilidad,  $p = 0.048$ . Puesto que este valor  $p$  es menor o igual que  $\alpha$ , se concluye en rechazar la  $H_0$ . **Es decir existe relación directa entre los factores de riesgo intrapersonales y el trastorno psiquiátrico primario.**

#### Hipótesis específica 02

**Tabla 16:** Prueba de Chi-cuadrado de Comorbilidad psiquiátrica tipo II (trastorno por uso de sustancias primario) y factores de riesgo intrapersonales

|              | Trastorno por uso de sustancias primario | Insuficiente capacidad de autocontrol. |      | Total |
|--------------|--|--|------|-------|
|              |  | Si                                     | No   |       |
| <b>Si</b>    | n  | 2                                      | 31   | 33    |
|              | %  | 3.6                                    | 55.4 | 58.9  |
| <b>No</b>    | n  | 0                                      | 23   | 23    |
|              | %  | 0.0                                    | 41.1 | 41.1  |
| <b>Total</b> | n  | 2                                      | 54   | 56    |
|              | %  | 3.6                                    | 96.4 | 100.0 |

Chi cuadrado= 6.394,  $g_L = 1$ ,  $p = 0.015$  SIGNIFICATIVO.

**Tabla 17: Prueba Chi-cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo II (trastorno por uso de sustancias primario) y factores de riesgo intrapersonales**

| Trastorno por uso de sustancias primario |   | Despreocupación por conservar la salud física mental |      | Total |
|--|---|--|------|-------|
|  |   | Si   | No   |       |
| <b>Si</b>                                | n | 13   | 20   | 33    |
|  | % | 23.2   | 35.7 | 58.9  |
| <b>No</b>                                | n | 17   | 6    | 23    |
|  | % | 30.4   | 10.7 | 41.1  |
| <b>Total</b>                             | n | 30   | 26   | 56    |
|  | % | 53.6   | 46.4 | 100.0 |

Chi cuadrado= 6.493, gL=1, p=0.011 SIGNIFICATIVO.

**Tabla 18: Prueba Chi-cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo II (trastorno por uso de sustancias primario) y factores de riesgo intrapersonales**

| Trastorno por uso de sustancias primario |   | Familiares directos consanguíneos adictos o consumidores compulsivos de drogas. |     | Total |
|--|---|---|-----|-------|
|  |   | Si  | No  |       |
| <b>Si</b>                                | n | 29  | 4   | 33    |
|  | % | 51.8  | 7.1 | 58.9  |
| <b>No</b>                                | n | 22  | 1   | 23    |
|  | % | 39.3  | 1.8 | 41.1  |
| <b>Total</b>                             | n | 51  | 5   | 56    |
|  | % | 91.1  | 8.9 | 100.0 |

Chi cuadrado= 7.493, gL=1, p=0.012 SIGNIFICATIVO.



**Tabla 19: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo II (trastorno por uso de sustancias primario) y factores de riesgo intrapersonales**

| Trastorno por uso de sustancias primario |   | Familiares directos consanguíneos con algún trastorno psiquiátrico. |      | Total |
|--|---|---|------|-------|
|  |   | Si  | No   |       |
| <b>Si</b>                                | n | 22  | 11   | 33    |
|  | % | 39.3  | 19.6 | 58.9  |
| <b>No</b>                                | n | 12  | 11   | 23    |
|  | % | 21.4  | 19.6 | 41.1  |
| <b>Total</b>                             | n | 34  | 22   | 56    |
|  | % | 60.7  | 39.3 | 100.0 |

Chi cuadrado= 9.394, gL=1, p=0.018 SIGNIFICATIVO.

**Tabla 20: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo II (trastorno por uso de sustancias primario) y factores de riesgo intrapersonales**

| Trastorno por uso de sustancias primario |   | Sensibilidad al estrés |       | Total |
|--|---|------------------------|-------|-------|
|  |   | Si                     | No    |       |
| <b>Si</b>                                | n | 29                     | 4     | 33    |
|  | % | 51.80                  | 7.10  | 58.9  |
| <b>No</b>                                | n | 19                     | 4     | 23    |
|  | % | 33.90                  | 7.10  | 41.1  |
| <b>Total</b>                             | n | 48                     | 8     | 56    |
|  | % | 85.70                  | 14.30 | 100.0 |

Chi cuadrado=5.490, gL=1, p=0.015 SIGNIFICATIVO.

Las frecuencias observadas de las 05 tablas anteriores se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

**H<sub>0</sub>:** No existe relación directa entre los factores de riesgo intrapersonales y el trastorno por uso de sustancias primario

**H<sub>1</sub>:** Existe relación directa entre los factores de riesgo intrapersonales y el trastorno por uso de sustancias primario.

**Nivel de significancia:** Error tipo I,  $\alpha = 0.05$  (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la H<sub>0</sub>, siendo esta verdadera.

**Prueba estadística:** prueba no paramétrica chi cuadrado.

**Decisión estadística:** Los chi cuadrados ( $J_i^2$ ) observados en las 04 tablas anteriores son: (6.394), (6.493), (7.493), (9.394) y (5.490) respectivamente, con  $g_L=1$ , al cual les está asociado un valor de probabilidad,  $p$  igual a: (0.015), (0.011), (0.012), (0.018) y (0.015) respectivamente. Puesto que estos valores de  $p$  son menores o igual que  $\alpha$ , se concluye en rechazar la  $H_0$ . **Es decir existe relación directa entre los factores de riesgo intrapersonales y el trastorno por uso de sustancias primario.**

### Hipótesis específica 03

**Tabla 21: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo III (trastorno dual primario) y factores de riesgo intrapersonales**

| Trastorno dual primario |   | Información falsa o distorsionada sobre las drogas. |      | Total |
|-------------------------|---|---|------|-------|
|                         |   | Si  | No   |       |
| Si                      | n | 0   | 5    | 5     |
|                         | % | 0.0   | 8.9  | 8.9   |
| No                      | n | 29  | 22   | 51    |
|                         | % | 51.8  | 39.3 | 91.1  |
| Total                   | n | 29  | 27   | 56    |
|                         | % | 51.8  | 48.2 | 100.0 |

Chi cuadrado=5.897,  $g_L=1$ ,  $p=0.015$  SIGNIFICATIVO.

**Tabla 22: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo III (trastorno dual primario) y factores de riesgo intrapersonales**

| Trastorno dual primario |   | Consumo de drogas para sentirte más emocionado |     | Total |
|-------------------------|---|--|-----|-------|
|                         |   | Si   | No  |       |
| Si                      | n | 4  | 1   | 5     |
|                         | % | 7.1  | 1.8 | 8.9   |
| No                      | n | 50   | 1   | 51    |
|                         | % | 89.3   | 1.8 | 91.1  |
| Total                   | n | 54   | 2   | 56    |
|                         | % | 96.4   | 3.6 | 100.0 |

Chi cuadrado=4.303, gL=1, p=0.038 SIGNIFICATIVO.

Las frecuencias observadas de las 02 tablas anteriores se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

**Ho:** No existe relación directa entre los factores de riesgo intrapersonales y el trastorno dual primario

**H1:** Existe relación directa entre los factores de riesgo intrapersonales y el trastorno dual primario

**Nivel de significancia:** Error tipo I,  $\alpha = 0.05$  (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la Ho, siendo esta verdadera.

**Prueba estadística:** Prueba no paramétrica chi cuadrado.

**Decisión estadística:** Los chi cuadrados ( $J_i^2$ ) observados en las 02 tablas anteriores son: (5.897) y (4.303) respectivamente, con gL=1, al cual les está asociado un valor de probabilidad, p igual a: (0.015) y (0.038) respectivamente. Puesto que estos valores de p son menores o igual que  $\alpha$ , se concluye en rechazar la Ho. **Es decir existe relación directa entre los factores de riesgo intrapersonales y el trastorno dual primario.**

#### Hipótesis específica 04

**Tabla 23:** Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo I (trastorno psiquiátrico primario) y factores de riesgo interpersonales

| Trastorno psiquiátrico primario |   | Poco apoyo y escaso control familiar en el hogar. |      | Total |
|---------------------------------|---|---|------|-------|
|                                 |   | Si  | No   |       |
| Si                              | n | 16  | 2    | 18    |
|                                 | % | 28.6  | 3.6  | 32.1  |
| No                              | n | 33  | 5    | 38    |
|                                 | % | 58.9  | 8.9  | 67.9  |
| Total                           | n | 49  | 7    | 56    |
|                                 | % | 85.7  | 12.5 | 100.0 |

Chi cuadrado=3.498, gL=1, p=0.034 SIGNIFICATIVO.

**Tabla 24: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo I (trastorno psiquiátrico primario) y factores de riesgo interpersonales**

| Trastorno psiquiátrico primario |   | Presión social y dependencia hacia los amigos |      | Total |
|---------------------------------|---|---|------|-------|
|                                 |   | Si  | No   |       |
| <b>Si</b>                       | n | 12  | 6    | 18    |
|                                 | % | 21.4  | 10.7 | 32.1  |
| <b>No</b>                       | n | 29  | 9    | 38    |
|                                 | % | 51.8  | 16.1 | 67.9  |
| <b>Total</b>                    | n | 41  | 15   | 56    |
|                                 | % | 73.2  | 26.8 | 100.0 |

Chi cuadrado=3.726, gL=1, p=0.038 SIGNIFICATIVO.

**Tabla 25: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo I (trastorno psiquiátrico primario) y factores de riesgo interpersonales**

| Trastorno psiquiátrico primario |   | Sufrió abuso sexual en la infancia. |      | Total |
|---------------------------------|---|-------------------------------------|------|-------|
|                                 |   | Si                                  | No   |       |
| <b>Si</b>                       | n | 2                                   | 16   | 18    |
|                                 | % | 3.6                                 | 28.6 | 32.1  |
| <b>No</b>                       | n | 6                                   | 32   | 38    |
|                                 | % | 10.7                                | 57.1 | 67.9  |
| <b>Total</b>                    | n | 8                                   | 48   | 56    |
|                                 | % | 14.3                                | 85.7 | 100.0 |

Chi cuadrado=3.894, gL=1, p=0.028 SIGNIFICATIVO.

Las frecuencias observadas de las 03 tablas anteriores se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

**H<sub>0</sub>:** No existe relación directa entre los factores de riesgo interpersonales y el trastorno psiquiátrico primario

**H1:** Existe relación directa entre los factores de riesgo interpersonales y el trastorno psiquiátrico primario

**Nivel de significancia:** Error tipo I,  $\alpha = 0.05$  (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la  $H_0$ , siendo esta verdadera.

**Prueba estadística:** prueba no paramétrica chi cuadrado.

**Decisión estadística:** Los chi cuadrados ( $J_i^2$ ) observados en las 03 tablas anteriores son: (3.498), (3.726) y (3.894) respectivamente, con  $g_L=1$ , al cual les está asociado un valor de probabilidad,  $p$  igual a: (0.034), (0.038) y (0.028) respectivamente. Puesto que estos valores de  $p$  son menores o igual que  $\alpha$ , se concluye en rechazar la  $H_0$ . **Es decir existe relación directa entre los factores de riesgo interpersonales y el trastorno psiquiátrico primario.**

**Hipótesis específica 05**

**Tabla 26:** Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo III (trastorno dual primario) y factores de riesgo interpersonales.

| Trastorno dual primario |   | Ausencia frecuente de los padres en el hogar. |      | Total |
|-------------------------|---|---|------|-------|
|                         |   | Si  | No   |       |
| <b>Si</b>               | n | 1   | 4    | 5     |
|                         | % | 1.8   | 7.1  | 8.9   |
| <b>No</b>               | n | 37  | 14   | 51    |
|                         | % | 66.1  | 25.0 | 91.1  |
| <b>Total</b>            | n | 38  | 18   | 56    |
|                         | % | 67.9  | 32.1 | 100.0 |

Chi cuadrado=5.765  $g_L=1$ ,  $p=0.016$  SIGNIFICATIVO.



**Tabla 27: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo III (trastorno dual primario) y factores de riesgo interpersonales**

| Trastorno dual primario |   | En tu hogar recibías poco cariño |      | Total |
|-------------------------|---|----------------------------------|------|-------|
|                         |   | Si                               | No   |       |
| <b>Si</b>               | n | 2                                | 3    | 5     |
|                         | % | 3.6                              | 5.4  | 8.9   |
| <b>No</b>               | n | 41                               | 10   | 51    |
|                         | % | 73.2                             | 17.9 | 91.1  |
| <b>Total</b>            | n | 43                               | 13   | 56    |
|                         | % | 76.8                             | 23.2 | 100.0 |

Chi cuadrado=4.168 gL=1, p=0.041 SIGNIFICATIVO.

**Tabla 28: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo III (trastorno dual primario) y factores de riesgo interpersonales**

| Trastorno dual primario |   | Ausencia de figura de autoridad en el hogar |      | Total |
|-------------------------|---|---|------|-------|
|                         |   | Si  | No   |       |
| <b>Si</b>               | n | 1   | 4    | 5     |
|                         | % | 1.8   | 7.1  | 8.9   |
| <b>No</b>               | n | 37  | 14   | 51    |
|                         | % | 66.1  | 25.0 | 91.1  |
| <b>Total</b>            | n | 38  | 18   | 56    |
|                         | % | 67.9  | 32.1 | 100.0 |

Chi cuadrado=5.765 gL=1, p=0.016 SIGNIFICATIVO.

Las frecuencias observadas de las 03 tablas anteriores se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

**Ho:** No existe relación significativa entre los factores de riesgo interpersonales y el trastorno dual primario.

**H1:** Existe relación significativa entre los factores de riesgo interpersonales y el trastorno dual primario.

**Nivel de significancia:** Error tipo I,  $\alpha=0.05$  (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la  $H_0$ , siendo esta verdadera.

**Prueba estadística:** Prueba no paramétrica chi cuadrado.

**Decisión estadística:** Los chi cuadrado ( $J^2$ ) observados en las 03 tablas anteriores son: (5.765), y (4.168) y (5.765) respectivamente, con  $g_L=1$ , al cual le está asociado un valor de probabilidad (p) igual a: (0.016), (0.041) y (0.016) respectivamente. Puesto que estos valores de (p) son menores a igual que  $\alpha$ , se concluye en rechazar la  $H_0$ . Es decir **existe relación significativa entre los factores de riesgo interpersonales y el trastorno dual primario.**

#### Hipótesis específica 06

**Tabla 29:** Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo I (Trastorno psiquiátrico primario) y factores de riesgo ambientales

| Trastorno psiquiátrico primario |   | Personas de tu alrededor consumían drogas hacia que también lo hagas. |      | Total |
|---------------------------------|---|---|------|-------|
|                                 |   | Si  | No   |       |
| Si                              | n | 14  | 4    | 18    |
|                                 | % | 25.0%   | 7.1  | 32.1  |
| No                              | n | 36  | 2    | 38    |
|                                 | % | 64.3  | 3.6  | 67.9  |
| Total                           | n | 50  | 6    | 56    |
|                                 | % | 89.3  | 10.7 | 100.0 |

Chi cuadrado=3.672  $g_L=1$ ,  $p=0.045$  SIGNIFICATIVO.

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

**Ho:** No existe relación directa entre los factores de riesgo ambientales y el trastorno psiquiátrico primario.

**H1:** Existe relación directa entre los factores de riesgo ambientales y el trastorno psiquiátrico primario.

**Nivel de significancia:** Error tipo I,  $\alpha = 0.05$  (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la  $H_0$ , siendo esta verdadera.

**Prueba estadística:** prueba no paramétrica chi cuadrado.

**Decisión estadística:** el chi cuadrado observado es  $J^2 = 3.672$  con  $gL=1$ , al cual le está asociado un valor de probabilidad,  $p=0.045$ . Puesto que este valor  $p$  es menor o igual que  $\alpha$ , se concluye en rechazar la  $H_0$ . **Es decir existe relación directa entre los factores de riesgo ambientales y el trastorno psiquiátrico primario.**

#### Hipótesis específica 07

**Tabla 30: Prueba Chi cuadrado Comorbilidad psiquiátrica tipo III (trastorno dual primario) y factores de riesgo ambientales**

| Trastorno dual primario |   | Influencia de la publicidad sobre las drogas te inducían al consumo |      | Total |
|-------------------------|---|---|------|-------|
|                         |   | Si  | No   |       |
| Si                      | n | 5   | 0    | 5     |
|                         | % | 8.9   | 0.0  | 8.9   |
| No                      | n | 27  | 24   | 51    |
|                         | % | 48.2  | 42.9 | 91.1  |
| Total                   | n | 32  | 24   | 56    |
|                         | % | 57.1  | 42.9 | 100.0 |

Chi cuadrado=4.118  $gL=1$ ,  $p=0.042$  SIGNIFICATIVO.

Las frecuencias observadas se sometieron a la siguiente prueba de hipótesis:

**H<sub>0</sub>:** No existe relación directa entre los factores de riesgo ambientales y el trastorno dual primario.

**H<sub>1</sub>:** Existe relación directa entre los factores de riesgo ambientales y el trastorno dual primario.

**Nivel de significancia:** Error tipo I,  $\alpha = 0.05$  (5%). Esto es, el error que se cometería al rechazar la H<sub>0</sub>, siendo esta verdadera.

**Prueba estadística:** Prueba no paramétrica chi cuadrado.

**Decisión estadística:** El chi cuadrado observado es  $J_1^2 = 4.118$  con  $g_L = 1$ , al cual le está asociado un valor de probabilidad,  $p = 0.045$ . Puesto que este valor  $p$  es menor o igual que  $\alpha$ , se concluye en rechazar la H<sub>0</sub>. **Es decir existe relación directa entre los factores de riesgo ambientales y el trastorno dual primario.**

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

#### 5.1 Discusión de resultados

Esta investigación obtuvo como resultados enfocados al objetivo general determinar la relación entre los factores de riesgo y la comorbilidad psiquiátrica en pacientes del Departamento de Adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera 2014 – 2018, al contrastar la hipótesis general, mediante la prueba del chi cuadrado ( $\chi^2 = 7.213$ ) en un nivel de significancia,  $\alpha = 0.05$ , el cual es SIGNIFICATIVO, tomando en cuenta la estadística se pudo determinar que existe relación entre las variables factores de riesgo y la comorbilidad psiquiátrica.

Así mismo, se puede afirmar que los pacientes con comorbilidad psiquiátrica (CASOS), cuando se exponieron a los factores de riesgo tuvieron 3.595 (OR) más riesgo, que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica (CONTROLES), con una confiabilidad de 95%, con límite inferior 1.368 y un límite superior 9.445. de repetirse el estudio este riesgo se encontrará en el 95% de los casos en los intervalos mencionados.

Estos hallazgos coinciden con la investigación realizada por (Ordoñez, 2016) , quien manifiesta que la patología dual y factores de riesgo prevalecen en pacientes que padecen trastornos a causa del consumo de sustancias en el Centro de Reposo y Adicciones de la Ciudad de Cuenca, Ecuador, encontró. “Como factores de riesgos



encontramos las causas familiares y económicos encontrándose asociados a la Comorbilidad Psiquiátrica”.

De igual manera con (Barea et al., 2008) en la Investigación sobre “Aspectos etiológicos de la patología dual en una unidad de conductas adictivas y una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de la Comunidad de Valencia, España” concluyó. “Los antecedentes psicopatológicos familiares y el consumo propio, predicen la presencia de algunos trastornos de personalidad”.

En cuanto al objetivo específico identificar los factores de riesgo intrapersonales en los pacientes del Departamento de Adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera son: conductas que facilitaba el consumo de sustancias psicoactivas, información falsa o distorsionada sobre las drogas, despreocupación por conservar la salud física y mental, insuficiente capacidad de autocontrol, familiares directos adictos o consumidores compulsivos de drogas, poca participación o bajo interés por las actividades de tiempo libre, familiares directos con algún trastorno psiquiátrico, deficiencias en el aprendizaje en la infancia y/o adolescencia, mucha dificultad para afrontar un problema cualquiera, estados emocionales desagradables lo aliviaba consumiendo drogas, consumo de sustancias psicoactivas para sentirse con más energía, consumo de drogas para sentirse más emocionado, sensibilidad al estrés, antecedentes de serios trastornos de conducta en la infancia, antecedentes de serios trastornos de conducta en la adolescencia, todos estos factores de riesgo para los pacientes farmacodependientes que le diagnosticaron además desorden psicológico (comorbilidad psiquiátrica) tienen entre 0.152 a 5.170 (OR) más riesgo que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% entre 0.032 (Límite Inferior) a 31.336 (Límite Superior). De repetirse el estudio de estos factores de riesgo intrapersonales se encontrarán en el 95% de los casos en los intervalos

mencionados. Cabe resaltar también que todos los valores de la prueba Chi Cuadrado y los OR son significativos con un nivel de significancia del 5%.

Dichos hallazgos coinciden con (Carratalá, 2016) en relación al factor insuficiente capacidad de autocontrol o impulsividad, quien evaluó la relación de la impulsividad y señala. “Dentro de los pacientes que padecen trastornos por el consumo de cocaína, este tipo de pacientes suelen ser impulsivos en mayor instancia cognitivamente que aquellos sin patología dual”.

Asimismo este factor coinciden con (García et al., 2017), quienes mencionan que la patología dual (PD) prevalece en pacientes que son dependientes del alcohol y que tienen un perfil psicopatológico de los trastornos mentales, su impulsividad, hiperactividad y craving, por lo cual podemos concluimos en decir que en su mayoría de los pacientes que padecen de patología dual tiene también una conducta impulsiva y mala calidad de Salud Mental”.

En relación al factor de riesgo, en los pacientes con comorbilidad psiquiátrica que tienen familiares directos adictos o consumidores compulsivos de drogas, coinciden estos hallazgos con los investigadores que señalan:

Estudios con humanos, tales estudios están proporcionando valiosa información sobre la influencia genética en el abuso de droga y adicción, y determinaron que los parientes de abusadores de droga presentan ocho veces más probabilidades de abusar de las drogas en comparación con los parientes de las personas que no son abusadores de drogas. (NIDA 2000a y 2000b, citado en OPCIÓN, 2003, p. 292 - 293)

Por otro lado los factores de riesgo conductas que facilitaba el consumo de sustancias psicoactivas, poca participación o bajo interés por las actividades de tiempo

libre, y deficiencias en el aprendizaje en la infancia y/o adolescencia, coinciden con el planteamiento de (CEDRO, 2013) señala. “Los factores de riesgo son las probabilidades que hacen que una persona se convierta en dependiente de algún tipo de droga” (p. 122).

Con respecto al factor de riesgo en el cual se habla de serios trastornos de conducta en la infancia y/o adolescencia, coinciden con la investigación que plantea (OPCIÓN, 2003) en la cual menciona que el riesgo se encuentra asociado al nivel individual, con respecto a personalidad y consumo de drogas, en las personas que sufren de trastorno de personalidad antisocial; señala: que muchas veces las debilidades de la niñez son llevadas a la adolescencia en la cual muchos de ellos se sumergen en las bebidas alcohólicas , tomando como costumbre acciones de otras personas que también tuvieron el mismo problema, sin darse cuenta que así no arreglarán nada , sino que este círculo vicioso irá en aumento.

Asimismo con respecto a los factores de riesgo, mucha dificultad para afrontar un problema cualquiera, estados emocionales desagradables lo aliviaba consumiendo drogas, consumo de sustancias psicoactivas para sentirse con más energía y para sentirse más emocionado y muy sensible al estrés. Según (Pons y Bejarano, 1999; Smith et al., 1993, citado en Laespada et al. 2004) afirman:

El adolescente que carezca de un repertorio adecuado de habilidades sociales, el consumo de drogas se presenta como una vía alternativa para satisfacer sus necesidades emocionales y de afiliación social y como medio de amortiguar el impacto de una situación vital que no controla totalmente. El plus de Energía, bienestar, etc. que ofrecen las drogas aumenta en el sujeto la sensación de poder y confianza para enfrentarse adecuadamente a los otros. En este sentido, el consumo se convierte en un modo de

afrontamiento de las relaciones sociales y en una forma de enfrentarse a los problemas de la vida cotidiana. Desde esta perspectiva, las drogas sustituyen a las competencias sociales, refuerzan la conducta de consumo puesto que permiten enfrentarse a la situación, y mantienen el consumo en la medida en que estas situaciones sociales se repiten. (pág. 19)

Con respecto al factor de riesgo familiares directos con algún trastorno psiquiátrico, no coinciden con (Rodríguez et al. 2012, citado en Haro et al. 2010) el cual plantean:

Para explorar una posible vulnerabilidad común de tipo genético, los estudios familiares deben examinar la tasa de trastornos por uso de sustancias en familiares de pacientes psicóticos, y la tasa de trastornos psicóticos en los familiares de algunos pacientes con trastornos por uso de sustancias. Así, si existiera una vulnerabilidad genética compartida, las tasas de trastornos por uso de sustancias deberían encontrarse elevadas en los familiares de pacientes con trastornos psicóticos, y viceversa. Los estudios realizados en este sentido no parecen apoyar este modelo de vulnerabilidad genética común. Así, varios trabajos han mostrado que el hecho de padecer esquizofrenia o trastorno bipolar no conlleva un mayor riesgo familiar de trastorno por uso de sustancias, ni el hecho de presentar un trastorno por uso de sustancias con lleva mayor riesgo de esquizofrenia o trastorno bipolar en la familia. (p. 189)

Y, en cuanto al Factor de Riesgo deficiencias en el aprendizaje en la Infancia y/o Adolescencia. Coinciden con (Marcos y Bahr, 1995; Swain, 1991, citado en Laespada et al. 2004) refieren:



Algunos estudios han señalado que un bajo rendimiento escolar, un mayor ausentismo, una menor implicación y satisfacción en relación al medio son actitudes que se dan en jóvenes que están pasando por alguna situación familiar grave, estas muchas veces se asocian al consumo de drogas y alcoholismo. (p. 22)

En cuanto al objetivo específico; identificar los factores de riesgo interpersonales en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, son; Dificultades de Comunicación entre padres e hijos, ausencia frecuente de los padres en el hogar escaso cariño en el hogar, ausencia de figura de autoridad en el hogar, poco apoyo y control familiar, consumo frecuente de sustancias psicoactivas en la familia, presión de grupos de amigos y dependencia hacia ellos y sufrió abuso sexual en la infancia. Todo estos factores de riesgo para los pacientes fármaco dependientes que tienen además comorbilidad psiquiátrica, tienen entre 2.267 a 4.529 (OR) más riesgo que el que no tiene comorbilidad psiquiátrica, con un intervalo de confianza al 95% entre 1.052 (Límite Inferior) a 11.787 (Límite Superior). De repetirse el estudio estos factores de riesgo interpersonales se encontrarán en el 95% de los casos en los intervalos mencionados. Cabe resaltar también que todos los valores de la prueba chi cuadrado y los OR son significativos con un nivel de significancia del 5%.

Estos hallazgos son concordantes con la investigación de (Ribera y Villar, 2004) sobre “factores de riesgo para el consumo de alcohol en escolares de 10 a 18 años, de establecimientos educativos fiscales en la ciudad de La Paz – Bolivia”, encontraron:

El área familia se constata en la mayoría de los jóvenes del grupo caso la presencia de miembro cercano usuario de marihuana o cocaína que el último año (86%) y de algún miembro siendo preso en ese período (83%). Tal vez por eso también respondieron sentirse en peligro (82%) e infelices



en casa (81%). Sobre la calidad de las relaciones con padres o responsables, un gran número de los estudiantes del grupo caso indicaron que los mismos no se interesaban o cuidan de ellos (79%), desconocen frecuentemente donde están y lo que hacen (76%). Añadido a eso, confirman que sus padres están fuera la mayor parte del tiempo (78%). Ese grupo de respuesta evidencia que las condiciones y vínculos familiares no están ofreciendo el apoyo y la protección necesarios para que éstos jóvenes tengan incentivo para controlar o suprimir el uso de alcohol y otras drogas. (pág. 885)

De igual manera (Zegarra et al., 2015) al determinar la prevalencia de patología dual en el Sur del Perú, en un centro psiquiátrico, Arequipa. “Se evidencia vulnerabilidad socio – familiar e individual de la población en cuanto a protección o resistencia frente a la enfermedad mental” (p. 11).

Así mismo, reportan:

Disfunción familiar, vínculos no establecidos entre padres e hijos, problemas dentro del matrimonio o entre parejas; actitudes negativas de parte de los hijos (Contradrogas 1999a y 1999b, citado en OPCIÓN, 2003, p. 297 - 298).

Con respecto al factor de riesgo, presión de grupos de amigos y dependencia hacia ellos, coincide con los hallazgos de (Laespada et al., 2004) en la investigación hacia un modelo del Consumo de Drogas en jóvenes de la CAPV, España determinó. “Los bebedores excesivos muestran una percepción positiva de haber sentido presión para consumir sustancias lícitas y en el caso de las sustancias ilícitas las diferencias son pequeñas entre los diferentes grupos de la tipología” (págs. 76 - 77).

También, con respecto al objetivo específico \*identificar los factores de riesgo ambientales en los pacientes del Departamento de Adicciones del Hospital Víctor Larco

Herrera, son: El contexto de pobreza y sentirse marginado lo llevó a consumir sustancias psicoactivas y sentirse marginado lo llevó a consumir sustancias psicoactivas, personas de tu alrededor consumían drogas, hacían que también lo hagas, influencia de la publicidad sobre las drogas te inducían al consumo y consumo de drogas por razones sociales. Estos factores de riesgo en los pacientes farmacodependientes que tienen además comorbilidad psiquiátrica (CASOS), tienen entre 3.051 a 3.240 (OR) más riesgo que aquellos farmacodependientes que no tienen comorbilidad psiquiátrica (CONTROLES), con un intervalo de confianza al 95% entre 1.150 (Límite Inferior) a 8.094 (Límite Superior). De repetirse el estudio estos factores de riesgo ambientales se encontrarán en el 95% de los Casos en los intervalos mencionados. Cabe resaltar también que todos los valores de la prueba chi cuadrado y los OR son significativos con un nivel de significancia del 5%. Estos resultados concuerdan con el planteamiento de (OPCIÓN, 2003) acerca:

La ubicación del individuo en la estructura social como uno de los elementos relevantes para la aparición de un caso de adicción a sustancias; es decir las diferentes condiciones sociales en las cuales se desarrolla un individuo, y el lugar que ocupa en la pirámide social lo colocan en situación de riesgo eminente, moderado o reducido (más no nulo) para el contacto droga/huésped y el inicio de un consumo. Esto significa que las personas pertenecientes a los círculos marginales de la comunidad, no insertados en el tejido social productivo, con su tiempo personal deficientemente distribuido y en constante contacto con personalidades marginales, disociales o antisociales, son lógicamente más proclives a incursionar en la subcultura del consumo de sustancias psicoactivas. (p. 301 - 304)

De igual manera (Vacca 1998, citado en OPCIÓN, 2003) afirma:

El consumo de sustancias que producen dependencia, por una persona que tenga acceso a una determinada sustancia, puede deberse a diversas causas, y una de ellas son; consumo por modelado, el consumidor se convierte en modelo arquetípico por las características que presenta, las cuáles aspira el observador a adquirir de él; por las consecuencias psicofísicas “favorables” que el primero descubre con el modelado después del consumo, por la similitud física, psíquica o social, por la aceptación social hacia éste y por las expectativas que puede formarse de él. Y el otro es el consumo por asociación, es decir, cuando el consumo de una determinada droga se realiza durante un evento altamente significativo para el sujeto, tanto en lo social, afectivo, cognitivo o conductual, por lo que esta conducta o alguna de las propiedades de la droga adquiera similar poder de significancia o bienestar para éste. (p. 306)

En cuanto a los objetivos específicos; identificar los tipos de comorbilidad psiquiátrica en los pacientes (CASOS) del Departamento de Adicciones del Hospital Larco Herrera, se encontró que el trastorno por uso de sustancias primario (Tipo II) son el 58.9% (33), lo sigue el trastorno psiquiátrico primario (Tipo I) son el 32.1% (18) y los trastornos duales primarios (Tipo III) es el 8.9% (5).

Asimismo, los pacientes con comorbilidad psiquiátrica de tipo II el 23.2% presentaron esquizofrenia (13) y trastornos de personalidad (13) respectivamente y el 7.1% presentaron trastorno bipolar. Mientras que los pacientes con comorbilidad de tipo I, el 14.3% presentaron esquizofrenia (8), el 8.9% trastorno bipolar (5) y el 3.6% trastorno de personalidad (2), y así mismo los pacientes con comorbilidad psiquiátrica de tipo III, el 5.4% tuvieron trastornos bipolares y el 1.8% trastornos de personalidad (1).

Estos hallazgos coinciden con (Jimenez y Chero, 2011) en la investigación comorbilidad psiquiátrica en pacientes varones del Hospital Hemilio Valdizán, de Lima,

en la cual. “El trastorno esquizofrénico asociado a dependencia de sustancias psicoactivas se encontró un porcentaje de 63.2% de los casos mórbidos” (p. 31).

En cuanto a los trastornos de personalidad en la Investigación de (Barea et al., 2008) sus resultados coinciden con nuestros hallazgos. “prevalece en alto rango los trastornos de personalidad asociados al consumo de sustancias psicoactivas” (p. 15).

En cuanto a la hipótesis específica 1, en el trastorno psiquiátrico primario (Comorbilidad Psiquiátrica Tipo I), al exponerse a los factores de riesgo intrapersonales, como la escasa participación o bajo interés por las actividades de tiempo libre, y de acuerdo a la prueba de hipótesis, decide que hay una relación directa entre los factores de riesgo intrapersonales y el trastorno psiquiátrico primario.

Al respecto la esquizofrenia como trastorno primario presenta diversas sintomatologías y unas de ellas son los síntomas negativos donde hay alteraciones de las esferas de la voluntad y del afecto, que se traduce en bajo interés por las actividades y escasa participación en actividades cotidianas.

(Rodríguez et al., 2012) en los modelos etiopatogénicos de la patología dual en la hipótesis de la automedicación plantea. “El consumo de sustancias psicoactivas como un intento de aliviar estados emocionales desagradables, seleccionando específicamente una sustancia u otra en función de sus efectos concretos”. (p. 191)

Estos hallazgos coinciden con la revisión que realizaron (Gregg et al. 2007, citado en Haro et al., 2012) señala. “En 11 estudios de investigación encontraron una considerable variabilidad entre ellos. Así entre el 2 y el 86% referían consumir para mejorar su disforia (sentimientos de depresión, ansiedad y otros estados emocionales negativos” (p. 191).



Así mismo en relación a la Hipótesis Especifica O2, aquellos pacientes (CASOS) con comorbilidad psiquiátrica Tipo II (Trastorno por uso de sustancias primario) que se exponen a los factores de riesgo intrapersonales, como; insuficiente capacidad de autocontrol, despreocupación por conservar la salud física y mental, y que tienen familiares directos consanguíneos con algún trastorno psiquiátrico, y sensibilidad al estrés.

De acuerdo a la prueba de hipótesis; existe relación directa entre estos factores de riesgo intrapersonales y el trastorno por uso de sustancias primario.

En relación al factor insuficiente capacidad de autocontrol o falta de control de impulsos (Haro et al., 2012) plantea:

Es importante tener presente que en los adolescentes con problemas de abuso de sustancias son frecuentes las alteraciones subumbrales en diferentes áreas de la regulación emocional y el control de impulsos. Estas disfunciones pueden no sobrepasar un umbral diagnóstico pero posiblemente tienen un papel precipitante del abuso de sustancias además de suponer un factor pronóstico. (p. 171)

Con respecto al factor de riesgo si tienen los pacientes (CASOS) familiares directos consanguíneos con algún trastorno psiquiátrico. Estos hallazgos coinciden con (Ponce y Jimenez, 2012) nos habla:

En la heredabilidad de la patología dual existen numerosas pruebas de que algunos fenotipos de personalidad podrían heredarse genéticamente y especialmente la personalidad antisocial del adulto. En este caso los factores genéticos aparecen con un peso muy determinante sin detrimento de la importancia de su relación con el entorno.



Con respecto a la sensibilidad al estrés como factor de riesgo en nuestros pacientes con comorbilidad psiquiátrica (CASOS), concuerda con lo planteado por (Goetsch y Fuller, 1993) señala. “El estrés, es una de las condiciones más frecuentes con las que una persona se enfrenta en el diario vivir” (pág. 297). De igual manera (OPCIÓN, 2003) afirma. “Tal situación es con frecuencia el precipitante del consumo de alcohol u otras drogas como forma de aplacar la angustia, la tensión en algunos casos, y en otros como forma de olvidar la realidad dura” (pág. 297).

Así mismo (Pons y Berjano 1999; Smith et al. 1993, citado en Laespada et al., 2004) plantea. “El adolescente carece de un repertorio adecuado de habilidades sociales, el consumo de drogas se presenta como vía alternativa para satisfacer necesidades emocionales, de afiliación social, como medio de amortiguar el impacto de una situación vital que no controla totalmente” (pág. 19).

Por otro lado el Modelo Conceptual del abuso de sustancias según se plantea:

Aunque la causa es multifuncional, el consumo de sustancias como mecanismo de afrontamiento del estrés debe considerarse un factor más en el desarrollo del proceso patológico. En tanto que el consumo de drogas como mecanismo de afrontamiento destruye o disminuye la capacidad de una persona para dominar los acontecimientos de la vida. (Shoen 2000, citado en Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría, 2000, págs. 647 - 648)

Por otro lado, estudios recientes ponen de manifiesto que el estrés podría ser una clave en la etiopatogenia del consumo de sustancias, así como de las recaídas, habiéndose demostrado cómo la exposición a situaciones estresantes en la infancia, o la presencia de estrés sostenido a lo largo de la vida, genera un mayor riesgo de comportamientos adictivos o aumenta la recompensa por consumo de ciertas sustancias (Cleck y Blendy,

2008, pág. 65). Una de las hipótesis que explicaría esta relación desde un punto de vista neurobiológico la encontramos en el eje hipotálamo – hipófisis – adrenal (HPA).

Durante los últimos años, diversos estudios han demostrado que la funcionalidad de este eje es modulada por el consumo de sustancias. El eje HPA se activa en roedores y primates tras la administración de la mayoría de sustancias de abuso produciendo un incremento de los niveles de ACTH y corticosterona plasmáticos (Kreek y Koob, 1998), que a su vez se correlacionan de modo positivo con conductas de auto administración. (Piazza et al. 1991, citado en Saíz , 2014, pág. 256)

Con respecto a la Hipótesis específicos 03, con la comorbilidad psiquiátrica tipo III (trastorno dual primario) (CASOS) y algunos factores de riesgo intrapersonales como: Información falsa o distorsionada sobre las drogas y el consumo de drogas para sentirse más emocionado, y de acuerdo a la prueba de hipótesis, llegamos a la conclusión determinando que existe relación directa entre estos factores de riesgo intrapersonales y el trastorno dual primario.

Al respecto coincidimos con (Khantzian, 1985) con las hipótesis de la automedicación, la misma que sustenta que la elección de una droga no se realiza al azar, sino que es el resultado de la interacción de sus efectos farmacológicos y las emociones dolorosas dominantes en el adolescente (por ejemplo; el consumo de cocaína con la depresión; el fumado de marihuana con la hiperactividad). Por otro lado, lo encontrado por (Segal et al., 1986) igualmente, guarda relación con los factores que presentamos; en efecto, el autor y su equipo luego de trabajar con más de 3,000 estudiantes adolescentes, encontraron tres factores en la iniciación del consumo: La reducción de la tensión, el efecto de la droga y la relación con los pares. (CEDRO, 2001, págs. 75 - 76)

Con respecto de la información falsa o distorsionada sobre las drogas, coincidimos con (CEDRO, 2013). “Un factor de riesgo intrapersonal son los mitos e información distorsionada sobre las sustancias psicoactivas que van a tener un efecto importante en incorporar creencias falsas o disfuncionales en el individuo”. (p. 131)

Así mismo la Hipótesis específica 04, en nuestro estudio, si existe relación directa entre los factores de riesgo interpersonales (poco apoyo y escaso control familiar en el hogar, presión social y dependencia hacia los amigos y sufrió abuso sexual en la infancia), con el trastorno psiquiátrico primario (casos). Estos hallazgos coinciden con la Investigación de (Casarez – López et al., 2011) cuyos resultados en patología dual y trastornos mentales en reclusos consumidores de sustancias en el centro penitenciario de Villabono (Asturias), España: en el cual encontramos que aproximadamente un tercio de la población estudiada ha experimentado maltrato físico o psicológico en la infancia, y el 67.1% ha pasado por algún riesgo para su vida. El 23.1% manifestó haber sufrido en la etapa infantil, un 22.4% violencia psicológica y un 2.1% abusos sexuales.

Con respecto al factor poco apoyo y escaso control familiar en el hogar, estos resultados coinciden y determinan:

El ámbito hogareño caótico, vínculos afectivos débiles, conflictos matrimoniales o de pareja persistente; falta o inadecuado control de comportamiento de sus miembros, especialmente de los hijos, disciplina inconsistente o bien inflexible que no permite el desarrollo de una formación estable en los miembros de la familia. (CONTRADROGAS 1999a y 1999b; Ministerio de Educación 1999; opción 2001a y 2001b, citado en OPCIÓN, 2003, pág. 298)

Así mismo estos resultados coinciden con (Ribera y Villar, 2005, pág. 86) en su estudio factores de riesgo para el consumo de alcohol en escolares de 10 a 18 años, de establecimiento educativos fiscales en la ciudad de La Paz - Bolivia (2003 – 2004), respecto al área familia, sobre la calidad de las relaciones con padres o responsables, un gran número de los estudiantes del grupo caso indicaron que los mismos no se interesan o cuidan de ellos (79%), desconocen frecuentemente donde están y lo que hacen (76%).

Añadido a eso, confirman que sus padres están fuera la mayor parte del tiempo (78%). Ese grupo de respuesta evidencia que las condiciones y vínculos familiares no están ofreciendo el apoyo y la protección necesarios para que estos jóvenes tengan incentivo para controlar o suprimir el uso de alcohol y otras drogas.

Estos hallazgos concluyen. “Entre los factores familiares se encuentran como factores de riesgo la ausencia de apoyo familiar, que incluirá una baja disciplina y una baja supervisión; y un clima familiar hostil, entre otros” (López y Rodríguez – Arias 2010, citado en Patología dual: Estudio caso clínico, 2013, pág. 114).

Por otro lado el factor presión social y dependencia hacia los amigos, los hallazgos coinciden con (Laespada et al. , 2004):

En la Investigación hacia un modelo de consumo de drogas en jóvenes de la CAPV, España, determinó que la variable explicativa del consumo de sustancias puede ser la presión de grupo. Entre los jóvenes, este aspecto toma una importancia relevante, dada la necesidad de sentirse integrado, la necesidad de pertenencia a un grupo que suele producirse en las etapas de la adolescencia y juventud. Este ánimo de pertenencia, acompañado de una presión por parte del grupo para consumir, puede implicar a los



jóvenes en su consumo de sustancia que de otra manera no hubieran realizado. (pág. 46)

Con respecto a la Hipótesis específica 05, con la comorbilidad psiquiátrica – tipo III (Trastorno dual (primario) y algunos factores de riesgo interpersonales, como: Ausencia frecuente de los padres en el hogar, en tu hogar, recibías poco cariño y ausencia de figura de autoridad en el hogar, y de acuerdo a la prueba de hipótesis, se concluye existe relación entre ambas variables.

Estos hallazgos describen. “Al padre del toxicómano el cual se encuentra espiritualmente lejos de su hijo (Kaufman y Kaufman, 1979).

Así mismo se encontró “La variable de rechazo que se dan de parte de los padres en relación a la implicación de los hijos adolescentes sumergidos en el problema de las drogas” (Simons y Robertson 1989, citado en CEDRO, 2001).

Con respecto la Hipótesis Específica 06, con la comorbilidad psiquiátrica Tipo I (Trastorno Psiquiátrico Primario) y algunos factores de riesgo ambientales como: personas de tu alrededor consumían drogas hacia que tú también lo hagas. Y de acuerdo a la prueba de hipótesis se concluye que hay relación entre este factor de riesgo ambiental y el trastorno psiquiátrico primario. Este resultado coincide con (CEDRO, 2013). “Uno de los factores de riesgo en la cual menciona que influye las actitudes y conductas en cuanto a las drogas, de familiares y amigos, tanto empezar como para mantenerse mantenimiento del consumo”.



Asimismo el inicio del comportamiento de consumo de drogas, se debe a muchas causas y una de ellas es el consumo por inducción, donde el usuario es inducido socialmente para tomar contacto con la sustancia y que se dan 02 mecanismos:

El primero es el convencimiento que es la acción de presión del oferente, quien utiliza argumentos pro consumo, supuestamente válidos y lógicos que hacen que el sujeto abandone o sustituya creencias previas que tenía hacia las drogas, elevando su expectativa, haciendo que reconozca pasivamente la “no nocividad” de la sustancia psicoactiva y la conveniencia de su consumo. Y el segundo es por persuasión, que es la acción de lograr, mediante argumentos convincentes, que el individuo crea en las bondades de la droga o del consumo neutralizando o debilitando las cogniciones previas que acerca de esta tenía, conduciéndolo al correspondiente consumo. Y finalmente este mismo autor, plantea que puede haber un consumo por déficit de asertividad, es decir que existe deficiencia de ciertos individuos para un comportamiento de rechazo a la propuesta de consumir sustancias psicoactivas, que los lleva a aceptarlas en contra de lo que piensan, sienten y desean; es decir aun no estando de acuerdo concluyen en el consumo. (Vacca 1986, citado en OPCIÓN, 2003, p.304 - 305)

Así mismo plantean que nuestras costumbres se han deteriorado pues muchos dicen que es algo normal el tener que beber alcohol para sentirse partícipe de un evento social, (Gómez Reino et al. 1995; Shedler y Block 1990; Elzo 1994, citado en Laespada, 2004)

Y finalmente con respecto a la hipótesis específica 07, con la comorbilidad psiquiátrica tipo III (Trastorno Dual Primario) (CASOS) y el factor de riesgo ambiental; influencia de la publicidad sobre la droga te inducían al consumo, y de acuerdo a la

prueba de hipótesis, se concluye que si existe relación directa entre este factor de riesgo ambiental y el trastorno dual primario.

Este resultado coincide con (CEDRO, 2013). “Uno de los factores de riesgo ambiental es la Influencia de la publicidad en los medios de comunicación social inducen al consumo de sustancias psicoactivas”.

Como lo mencionó (Vacca, 1986). “El consumo por inducción el usuario es inducido socialmente para tomar contacto con la sustancia, ya sea por convencimiento y persuasión, sobre todo con drogas legales como el alcohol y nicotina en los cuales existe mucha publicidad para consumo”.

El consumo por convencimiento y persuasión es la acción de presión del oferente quien utiliza argumentos proconsumo supuestamente válidos y lógicos que hacen que el sujeto abandone o sustituya creencias previas que tenía hacia las drogas, elevando su expectativa, haciendo que reconozca pasivamente la “nocividad” de la sustancia psicoactiva y la convención de su consumo. (OPCIÓN, 2003)

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1 Conclusiones

Primera:

- Se determina que si existe relación significativa entre los factores de riesgo y la comorbilidad psiquiátrica en pacientes del Departamento de Adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, es decir aquellos pacientes expuestos a los factores de riesgo tienen 3.595 (OR) más riesgo cuando tienen desorden psicológico (CASOS) que el que no tienen desorden psicológico (CONTROLES), con un intervalo de confianza al 95% con un límite inferior 1.368 y un límite superior 9.445. De repetirse el estudio este riesgo se encontraría en el 95% de los casos en los intervalos mencionados.

Segunda:

- Los factores de riesgo intrapersonales en aquellos pacientes farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica (CASOS) son: Conducta que facilitaba el consumo de drogas 6.60 (OR), información falsa o distorsionada 0.418 (OR), despreocupación por conservar su salud física y mental 2.733 (OR), insuficiente capacidad de autocontrol 0.152 (OR), familiares directos adictos o consumidores compulsivos de drogas 4.446 (OR), poca participación o bajo interés por actividades de tiempo libre 0.418 (OR), familiares directos con algún trastorno psiquiátrico 4.224 (OR),

deficiencias en el aprendizaje en la infancia y/o adolescencia 2.217 (OR), mucha dificultad para afrontar un problema cualquiera 3.068 (OR), estados emocionales desagradables lo aliviaba consumiendo drogas 5.170 (OR), consumo de drogas para sentirse con más energía 4.756 (OR), consumo de drogas para sentirse más emocionado 4.500 (OR), muy sensible al estrés 2.842 (OR), antecedentes de serios trastornos de conducta en la infancia 2.369 (OR) y antecedentes de serios trastornos de conducta en la adolescencia 3.000 (OR). Es decir estos pacientes (CASOS) tienen más riesgo de acuerdo a sus (OR) que el que no tiene desorden psicológico (CONTROLES).

Tercera:

- Los factores de riesgo interpersonales en aquellos pacientes farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica (CASOS) son: Dificultades de comunicación entre padres e hijos con 3.051 (OR), ausencia frecuente de los padres en el hogar 2.842 (OR), escaso cariño en el hogar con 2.481 (OR), ausencia de figura de autoridad en el hogar con 2.267 (OR), poco apoyo y control familiar con 4.529 (OR), consumo frecuente de sustancias psicoactivas en la familia con 2.436 (OR), presión de grupos de amigos y dependencia hacia ellos con 2.733 (OR) y sufrió abuso sexual en la infancia 4.500 (OR). Es decir estos pacientes (CASOS) tienen más riesgo de acuerdo a sus (OR) que el que no tiene desorden psicológico (CONTROLES). De repetirse el estudio estos factores de riesgo interpersonales se encontrarán en el 95% de los casos en los intervalos mencionados, cabe resaltar también que todos los valores de la prueba chi cuadrado y los (OR) son significativos con un nivel de significancia del 5%.



Cuarta:

- Los factores de riesgo ambientales en los pacientes farmacodependientes con comorbilidad psiquiátrica (CASOS) son: Contexto de pobreza y sentirse marginado lo llevo a consumir sustancias psicoactivas con 3.240 (OR), las personas de tu alrededor consumían drogas, hacían que también lo hagas 4.500 (OR), la influencia de la publicidad sobre las drogas te inducían al consumo 2.369 (OR) y consumo de drogas por razones sociales con 3.051 (OR). Es decir estos pacientes (CASOS) tienen más riesgo de acuerdo a sus (OR) que el que no tiene desorden psicológico (CONTROLES). De repetirse el estudio estos factores de riesgo ambientales se encontrarán en el 95% de los casos con los intervalos mencionados, cabe resaltar también que todos los valores de prueba chi cuadrado y los (OR) son significativos en un nivel de significancia del 5%.

Quinta:

- La comorbilidad psiquiátrica tipo I o trastorno psiquiátrico primario de nuestro estudio nos representa el 32.1% de todos los CASOS, con el 14.3% con esquizofrenia, el 8.9% con trastorno bipolar, el 1.8% con depresión y el 3.6% con trastorno de personalidad y otros respectivamente.

Sexta:

- La comorbilidad psiquiátrica tipo II o trastorno por uso de sustancias primario en nuestro estudio nos representa el 58.9% de todos los CASOS, con el 23.2% con esquizofrenia y trastorno de personalidad respectivamente, el 7.1% con trastorno bipolar, el 3.6% con depresión y el 1.8% con trastorno de ansiedad.



Séptima:

- La comorbilidad psiquiátrica tipo III o trastorno dual primario en nuestro estudio nos representa el 8.9% de todos los CASOS, con el 5.4% con trastorno bipolar y el 1.8% con trastorno de personalidad y otros respectivamente.

## **6.2 Recomendaciones**

- Socializar y compartir los resultados de la presente investigación con los miembros del equipo terapéutico del Departamento de Adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, para delinear estrategias de intervención oportuna con los pacientes con trastorno por uso de sustancias psicoactivas con comorbilidad psiquiátrica.

- El paciente con trastorno por uso de sustancias psicoactivas con comorbilidad psiquiátrica debe ser atendido en un Sistema Integral de Salud Mental que garantice el abordaje del trastorno de la adicción y la otra patología psiquiátrica de forma complementaria, simultánea y en tiempo real.

- Los miembros del equipo terapéutico del Departamento de Adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, deben continuar con las investigaciones relacionadas a la patología dual que aportaran evidencias clínicas para una mejor comprensión tanto del trastorno por uso de sustancias y otros desordenes psicológicos.

## CAPÍTULO VII

### REFERENCIAS

#### 7.1. Fuentes Documentales

American Psychiatric Association. (2018). Obtenido de <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

American Psychiatric Association. (2018). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid, España: Médica Panamericana, S.A.

Becoña, E., & Cortés, M. (2007). *Guía clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. España: Socidrogalcohol.

Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología* (2ª ed., Vol. I). Ciudad de México: Mc Graw - Hill Interamericana.

Brailowsky, S. (2006). *Las sustancias de los sueños Neuropsicofarmacología*. D.F., México: Fondo de Cultura Económica.

Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas . (2013). *El problema de las Drogas en el PERÚ*. Lima: CEDRO.

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin drogas. (2012). *Estrategia Nacional de lucha contra las drogas*. Lima: DEVIDA.

Corporación Peruana para la prevención problemática de las drogas y la niñez en alto riesgo social. (2003). *Violencia, adicciones y convivencia ciudadana. Módulo I*. Lima, Perú: OPCION.

Corporación Peruana para la prevención problemática de las drogas y la niñez en alto riesgo social. (2005). *Reducción de la Demanda de drogas*. En

*Intervención integral frente al consumo de drogas. Módulo I.* Lima, Perú: OPCIÓN.

Corporación Peruana para la prevención problemática de las drogas y la niñez en alto riesgo social. (2005). *Violencia, adicciones y convivencia ciudadana. Módulo I.* Lima, Perú: OPCIÓN.

García, M., Nabalvos, J., Robles, M., Jordan, M., & O'Ferall, C. (2017). *Perfil psicopatológico y prevalencia de patología dual de los pacientes con dependencia alcohólica en tratamiento ambulatorio.* Centro de tratamiento de adicciones.

Grundell, L. (2015). *Rasgos de personalidad y patología dual con cocaína.* Madrid, España.

Haro, G., Bobes, J., Casas, M., Didia, J., & Rubio, G. (2012). *Tratado sobre Patología Dual. Reintegrando la Salud Mental.* Barcelona, España: mra ediciones.

Luque, E. (2011). *Patología dual grave en una comunidad terapéutica profesional dotada de unidad psiquiátrica.* Tesis Doctoral, Universidad de Granada, Granada.

Ministerio de Educación. (2016). *Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión (2011). Actualización y Perfeccionamiento Pedagógico. Facultad de Educación.* Huacho, Perú: Imp.UNJFSC.

Observatorio Europeo de las Drogas y las toxicomanías. (2004). *El problema de la Drogodependencia en la visión europea y en Noruega.* Obtenido de [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/973/TDAC12001ESC\\_.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/973/TDAC12001ESC_.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2012). *Informe Mundial sobre las Drogas 2012.* Obtenido de [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_Spanish\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf)

Rodriguez-Jimenez, R., Aragüés, M., Jimenez-Arriero, G., Muñoz, A., Bagney, A., Lloenicka, J., & Palomo, T. (2008). Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: Prevalencia y características generales. *Investigación Clínica*, 49(2), 195-205.

Roncero, C., Fuste, G., Barral, C., Rodríguez-Cintas, L., Martínez-Luna, N., Eiroa-Orosa, F., & Casas, M. (2011). Therapeutic management and comorbidities in opiate-dependent patients undergoing a replacement therapy programme in Spain: the PROTEUS study. *Heroin Addict Relat Clin Probl*, 13(3), 1592-1638.

Tenorio, J., & Marcos, J. (2000). Trastornos duales: tratamientos y coordinación. *Papeles del Psicólogo*(77), 58-63.

Torrens, M. (2008). Patología dual: Situación actual y retos del futuro. *Revista adicciones*, 315-320.

Volkow, N. (2001). Drug abuse and mental illness: progress in understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1181-1183.

Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., . . . Paterson, S. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *The British Journal of Psychiatry*, 183(4), 304-313.

Zegarra-Valdivia, J., Chino, B., & Carzola, E. (2015). *Prevalencia de patología dual en el sur del Perú: Estudio Clínico - Descriptivo*. Universidad Católica San Pablo, Arequipa, Perú.

Zimberg, S. (1999). *A dual Diagnosis typology to improve Diagnosis and treatment of dual disorder patients*. J. Psychoact Drugs.

## 7.2 Fuentes Bibliográficas

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., & Bavín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las



redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(2), 118-227.

Barea, J., Benito, A., Real, M., Mateu, C., Martín, E., López, N., & Haro, G. (2008). Estudios sobre aspectos etiológicos de la patología dual. *Adicciones*, 22(1), 15-24.

Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (2013). *Terapia Cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona, España: Paidós.

Coon, D. (2009). *Psicología* (10ª ed.). D.F. México, México: Mc Graw - Hill Interamericana.

Cumplido, R. (2008). *Fundamentos filosóficos de la salud pública* (1ra ed.). Santiago de Chile.

Espada, J., Olivares, J., & Méndez, F. (2010). *Terapia Psicológica. Casos prácticos* (2ª ed.). Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Hernández, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, L. (2006). *Metodología de la Investigación* (4º ed.). D. F. México: Mc Graw - Hill Interamericana.

Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J., & Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (3º ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Madoz – Gúrpide, A., García, V., Luque, E., & Ochoa, E. (2013). Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con Unidad Psiquiátrica. *Adicciones*, 25(4), 300-308.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento* (1º ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Pineda, E., De Alvarado, E., & De Canales, F. (1994). *Metodología de la Investigación*. Washington, D.C.: OPS.



Shaughenssy, J., Zechmeister, E., & Zechmeister, J. (2007). *Métodos de Investigación en Psicología* (7° Ed. ed.). D.F. México: Mc Graw - Hill Interamericana.

Sociedad Española de Toxicomanías. (2011). *Neurociencia y Adicción*. España.

Soutullo, C., & Mardomingo, M. (2010). *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid, España: Pearson Educación, S. A.

### 7.3 Fuentes Hemerográficas

Butcher, J., Mineka, S., & Hooley, J. (2007). *Psicología Clínica* (12ª ed.). Madrid, España: Pearson Educación, S.A.

Casarez – López, M., Gonzáles – Menéndez, A., Villagra, P., Hoffman, S. & Reinhard, I. (2011). Patología dual y trastornos mentales en reclusos consumidores de sustancias. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(2), 135-144.

Casas, M., Franco, M., Goikolea, J., Martinez-Raya, J., Jimenez-Arriero, M., Romero, C., & Szerman, N. (2008). Trastorno bipolar asociado al uso de sustancias adictivas (patología dual). Revisión sistemática de la evidencia científica y consenso entre profesionales expertos. *Actas Esp. Psiquiatría*, 36(6), 350-361.

Feist, J., Feist, G., & Roberts, T. (2014). *Teorías de la Personalidad*. México D.F., México: Mc Graw Hill Interamericana.

Jimenez, J., & Chero, E. (2011). *Comorbilidad psiquiátrica en pacientes internados en el servicio de varones del Hospital Hermilio Valdizan*. Lima, Perú.

Kaplan, R., & Saccuzzo, D. (2006). *Pruebas psicológicas, principios, aplicaciones y temas*. D.F. México, México: Thomson Editores, S.A.

Larsen, R., & Buss, D. (2005). *Psicología de la Personalidad*. D.F. México, México: Mc Graw - Hill Interamericana.

Márquez-Arrico, J., & Adam, A. (2013). Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. *Revista adicciones*, 25(3), 195-202.

McMillan, J., & Schumacher, S. (2001). *Research in education* (5a. ed.). London: Routledge Falmer.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Nueva York, EE.UU.

Saiz, P., Jimenez, L., Diaz, E., García-Portilla, P., Marina, P., Al-Halabí, S., . . . Ruiz, P. (2014). Patología dual en trastornos de ansiedad: Recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Revista adicciones*, 26(3), 254-274.

Santrock, J. (2006). *Psicología de la Educación*. D.F. México, México: Mc Graw - Hill Interamericana.

Torrens, M. (2008). Patología dual: Situación actual y retos del futuro. *Revista adicciones*, 315-320.

#### **7.4 Fuentes Electrónicas**

Castro, M. (2017). Abordaje psiquiátrico de la patología dual y sus complicaciones. *XIV Jornadas de Somapa*. Córdova.

Espinoza, M., Villagómez, D., & Flores, H. (2014). *Determinación de prevalencia de patología dual en miembros de alcohólicos anónimos y narcóticos anónimos mediante pruebas psicométricas en la ciudad de Quito*. Tesis de Maestría, Universidad Central del Ecuador, Quito.

Carratalá, S. (2016). *Personalidad e impulsividad como factores predictores de pronóstico dual grave*. Tesis Doctoral, Universidad CEU Cardenal Herrera, España.

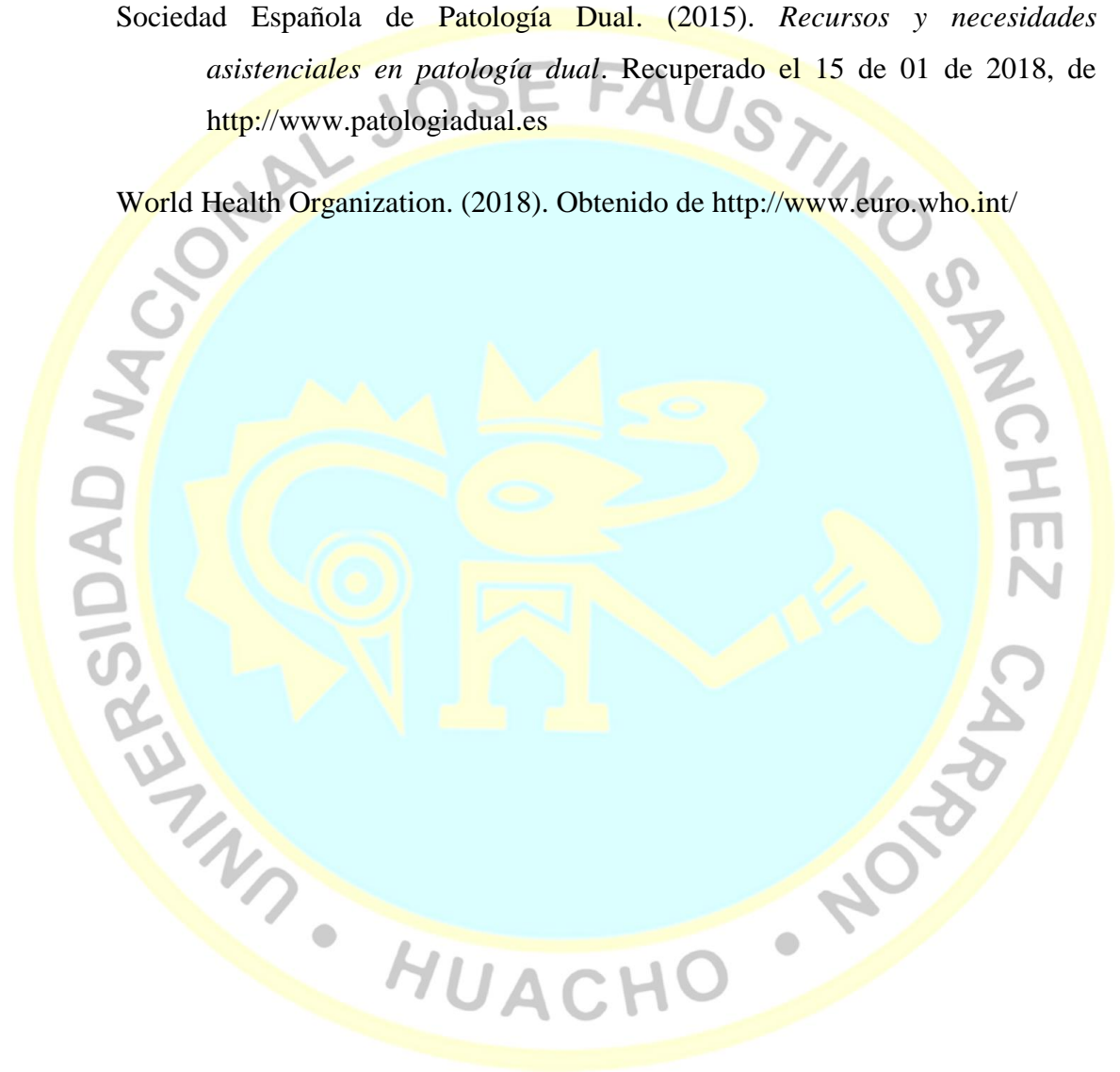
- Bravo, N. (2014). *Frecuencia y característica clínicas de la patología dual en adultos, hospitalizados en la DEIDAE de adicciones del INSM Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, 2005-2010*. Tesis, Lima, Perú.
- Fernández, M. (2016). *Evaluación de Marcadores Biológico en Adicción a Cocaína y Comorbilidad Psiquiátrica*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Fernández, S. (2015). *Características de personalidad, estrategias de afrontamiento y calidad de vida en patología dual*. Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona.
- Fundación Acorde. (2013). *7 de cada 10 personas adictas a drogas sufren algún trastorno mental*. Recuperado el 26 de Enero de 2018, de <http://fundacionacorde.com/siete-de-cada-diez.html>
- Fundación Acorde. (2013). *Cambio de paradigma en la comprensión de las adicciones y su manejo terapéutico*. Recuperado el 26 de Enero de 2018, de <http://fundacionacorde.com/cambio-de-paradigma.html>
- Fundación Acorde. (2013). *El 70% de los pacientes con conducta adictiva padece un segundo trastorno mental*. Recuperado el Enero de 15 de 2018, de <http://fundacionacorde.com/patologia-dual.html>
- Fundación Acorde. (2013). *Estudio 'National epidemiologic survey on alcohol and related conditions' (NESARC)*. Recuperado el 28 de Enero de 2018, de <http://fundacionacorde.com/estudio-nesarc.html>
- Fundación Acorde. (2013). *Una adicción que acaba en psiquiatría*. Recuperado el 13 de 02 de 2018, de <http://fundacionacorde.com/una-adiccion-que-acaba-en-psiquiatria.html>
- Ordoñez, J. (2016). *Prevalencia de Patología Dual y Factores de Riesgo en pacientes con trastorno por consumo de sustancias*. Tesis de Maestría, Universidad de Cuenca, Ecuador.

Pedraz, M. (2016). *Evaluación de marcadores biológicos en adicción a cocaína y comorbilidad psiquiátrica*. Tesis Doctoral, Univesidad Complutense de Madrid, España.

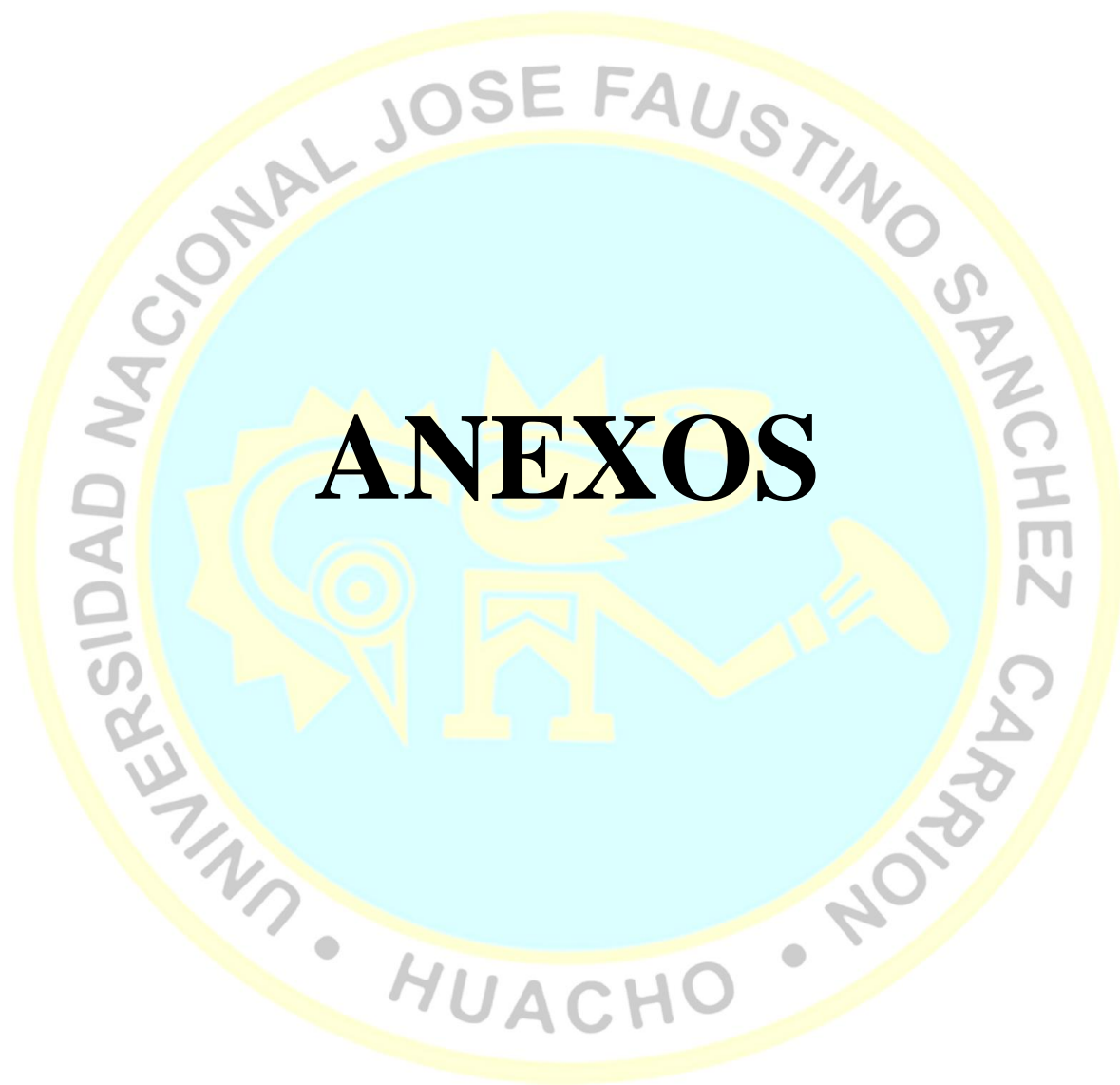
Simancas, D. (2017). *El perfil y el proceso de intervención biopsicosocial del paciente con patología dual*. Tesis, Universidad de la Laguna.

Sociedad Española de Patología Dual. (2015). *Recursos y necesidades asistenciales en patología dual*. Recuperado el 15 de 01 de 2018, de <http://www.patologiadual.es>

World Health Organization. (2018). Obtenido de <http://www.euro.who.int/>









**ANEXO 01**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El propósito de este estudio de investigación permitirá determinar la relación entre los factores de riesgo y la comorbilidad psiquiátrica en pacientes del departamento de adicciones del Hospital “Víctor Larco Herrera”. Los resultados y conclusiones permitirán el desarrollo de modelos de intervención en promoción, prevención tratamiento y rehabilitación en drogodependencias.

La información que brindaré será totalmente confidencial y no me ocasionará ningún daño o perjuicio a mi salud ni a mi integridad física por lo que participaré voluntariamente, y para que así conste;

Yo, .....(nombre completo), con Documento Nacional de Identidad N° ....., doy mi  
**CONSENTIMIENTO A PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.**

Magdalena del Mar,..... De Diciembre del 2018

.....  
FIRMA

DNI N° .....



**ANEXO 02**  
**CUESTIONARIO DE FACTORES DE**  
**RIESGO Y COMORBILIDAD**  
**PSIQUIÁTRICA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL “JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ  
 CARRIÓN”  
 ESCUELA DE POSGRADO.**

**PRESENTACIÓN:**

Estimado señor, tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle y mencionarle que ha sido seleccionado para participar de la Investigación: **FACTORES DE RIESGO Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE ADICCIONES DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA – 2018.**

Su participación en este estudio es anónima y voluntaria, y los datos que usted complete no comprometen en ningún momento a su persona.

**INSTRUCCIONES.**

A continuación se presentará una serie de enunciados, lea cada frase y marque con un aspa (X) y/o conteste la respuesta que más se acomode a su vivencia personal.

**DATOS GENERALES.**

- Edad:
- Estado Civil:
 

|             |                          |
|-------------|--------------------------|
| Soltero     | <input type="checkbox"/> |
| Casado      | <input type="checkbox"/> |
| Separado    | <input type="checkbox"/> |
| Conviviente | <input type="checkbox"/> |
| Viudo       | <input type="checkbox"/> |
| Divorciado  | <input type="checkbox"/> |
- Grado de Instrucción:
 

|                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| Primaria              | <input type="checkbox"/> |
| Secundaria completa   | <input type="checkbox"/> |
| Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> |

Superior completa

Superior incompleta

Técnico

- Ocupación: \_\_\_\_\_
- Procedencia: \_\_\_\_\_
- Qué sustancias (drogas) consumía?: \_\_\_\_\_
- Edad de inicio del consumo de drogas o alcohol: \_\_\_\_\_
- Qué edad tenía cuando su especialista le dijo que era un dependiente de las drogas \_\_\_\_\_
- Qué tiempo tiene sin consumir drogas o alcohol: \_\_\_\_\_
- A continuación, encontrarás preguntas, relacionados a desórdenes psicológicos que pudiste haber tenido (o lo tienes actualmente) muy aparte de tu adicción a las drogas ó alcohol. Entendiendo como desorden psicológico a la ESQUIZOFRENIA O PSICOSIS, TRANSTORNO BIPOLAR, TRANSTORNO DE ANSIEDAD, DEPRESION, TRANSTORNO DE PERSONALIDAD, etc.
- Qué desorden psicológico te diagnosticaron: (marcar con una X )
  - a. Esquizofrenia ó psicosis ( )
  - a. Trastorno bipolar ( )
  - b. Trastorno de ansiedad ( )
  - c. Depresión ( )
  - d. Trastorno de personalidad ( )

|  | SI | NO |
|--|----|----|
| • Edad de inicio del desorden psicológico:<br>• _____  |    |    |
| • Cuando se desencadena su desorden psicológico es cuando inicia su consumo de alcohol o drogas? |    |    |
| • Deja de consumir drogas o alcohol cuando su desorden psicológico desaparece?                   |    |    |
| • Cuando está en consumo de drogas o alcohol aparece tu desorden psicológico?                    |    |    |



|  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• En las tres primeras semanas que inicias el consumo de sustancias (drogas) aparece tu desorden psicológico?</li> </ul>                                    |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apareció tu desorden psicológico a pesar que no consumías sustancias por mucho tiempo?</li> </ul>   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tu desorden psicológico sentías que no era afectado por el consumo de sustancias.</li> </ul>  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• A pesar que te mantenías sin consumir drogas (abstinencia) por mucho tiempo, incluso después de los 6 meses tu desorden psicológico persistía?</li> </ul> |  |  |

A continuación se mencionan una serie de situaciones que tienen que ver con los factores de riesgo que probablemente desencadenaron su consumo por sustancias psicoactivas. (Conteste con una X donde corresponda)

|  | SI | NO |
|--|----|----|
| 1. Tú conducta facilitaba el consumo de alcohol o drogas.  |    |    |
| 2. Ud., desconocía las graves consecuencias que traía el consumo de alcohol o drogas.  |    |    |
| 3. Ud. tenía información falsa o distorsionada sobre las drogas o alcohol.   |    |    |
| 4. Presentabas comportamientos o conductas que te facilitaban hacer amigos, ser escuchado haciendo respetar tus derechos y respetando el derecho de los demás. |    |    |
| 5. Siempre tenías baja autoestima.   |    |    |
| 6. Te despreocupabas por conservar tu salud física y mental.   |    |    |
| 7. Tenías insuficiente capacidad de autocontrol.   |    |    |
| 8. tolerabas la frustración  |    |    |
| 9. Tienes familiares directos (papá, mamá, tíos, etc.) que son adictos o consumidores compulsivos de alcohol y drogas.   |    |    |
| 10. Tuviste fracaso escolar o académico.   |    |    |
| 11. Participabas poco o no te interesa las actividades de tiempo libre.  |    |    |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 12. Tienes familiares directos (papá, mamá, tíos, etc.) con algún trastorno psiquiátrico.                                |  |  |
| 13. Tuviste deficiencias en el aprendizaje durante tu infancia y/o adolescencia.   |  |  |
| 14. ¿Te era muy difícil afrontar un problema cualquiera  |  |  |
| 15. ¿Tus estado emocionales desagradables, como tristeza, cólera y agresividad lo aliviaba consumiendo drogas o alcohol? |  |  |
| 16. La incomprensión de las demás personas, te hacían que consumas drogas o alcohol.                                     |  |  |
| 17. Los efectos de las medicinas que te recetó tu psiquiatra, hacían que consumas más drogas o alcohol.                  |  |  |
| 18. Consumías drogas o alcohol para sentirte bien.   |  |  |
| 19. Consumías drogas o alcohol para sentirte con más energía.  |  |  |
| 20. Consumías drogas o alcohol para sentirte más emocionado.   |  |  |
| 21. Consumías drogas o alcohol para estar más concentrado.   |  |  |
| 22. Consumías drogas o alcohol para hablar más.  |  |  |
| 23. Te aislabas del resto de personas frecuentemente   |  |  |
| 24. Eras muy sensible al estrés.   |  |  |
| 25. Tienes antecedentes de serios trastornos de conducta en la infancia.   |  |  |
| 26. Tiene antecedentes de serios trastornos de la conducta en la adolescencia.   |  |  |
| 27. En tu hogar hubo dificultades de Comunicación entre padres e hijos.  |  |  |
| 28. En tu hogar, frecuentemente hubo ausencia de tus padres  |  |  |
| 29. En tu hogar recibías poco cariño.  |  |  |
| 30. Hubo en tu hogar ausencia de figura de autoridad.  |  |  |
| 31. Hubo en tu hogar poco apoyo y control familiar.  |  |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| 32. Siempre te castigaban físicamente por conductas inadecuados leves.  |  |  |
| 33. En tu educación y crianza hubo normas claras?.  |  |  |
| 34. Siempre tuviste una crianza con demasiada autoridad.  |  |  |
| 35. En tú familia frecuentemente se consumía drogas y alcohol.  |  |  |
| 36. En tú familia frecuentemente había conflictos.  |  |  |
| 37. Tu familia se reunía alguna vez para recrearse.   |  |  |
| 38. Tus amigos te presionaban demasiado y te hacías dependiente de ellos.   |  |  |
| 39. Tenías amistades que consumían drogas?  |  |  |
| 40. Fuiste abusado sexualmente en tu infancia.  |  |  |
| 41. Fuiste abusado sexualmente en tu adolescencia.  |  |  |
| 42. El ambiente de pobreza y sentirte marginado, te llevó a consumir drogas o alcohol.                            |  |  |
| 43. La falta de actividades diarias organizadas eran negativas para tu persona                                    |  |  |
| 44. Te era fácil conseguir sustancias o alcohol por donde vivías.   |  |  |
| 45. El hecho que las personas de tu alrededor consumían drogas o alcohol hacían que tú también lo hagas?          |  |  |
| 46. La influencia de la publicidad sobre el alcohol y drogas te inducían al consumo.                              |  |  |
| 47. Hubo falta de promoción y oferta de actividades de tiempo libre saludables, como recreación en tú comunidad?. |  |  |
| 48. En tu comunidad hubo redes de apoyo social para las personas con problemas de salud o adicciones.             |  |  |
| 49. Consumías drogas o alcohol por razones sociales.  |  |  |



**ANEXO 03**  
**APRECIACIÓN DE JUICIO DE**  
**EXPERTOS**



**INSTRUMENTO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**  
**A LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES DEL**  
**DEPARTAMENTO DE ADICCIONES DEL HOSPITAL VÍCTOR**  
**LARCO HERRERA - 2018**

| No | CRITERIOS   | EXPERTOS |    |      |    |      |    |
|----|---|----------|----|------|----|------|----|
|    |   | No 1     |    | No 2 |    | No 3 |    |
|    |   | SI       | NO | SI   | NO | SI   | NO |
| 1  | El instrumento responde al planteamiento del problema                           | X        |    | X    |    | X    |    |
| 2  | El instrumento responde a los objetivos a investigar                            | X        |    | X    |    | X    |    |
| 3  | Las preguntas planteadas miden el problema planteado                            | X        |    | X    |    | X    |    |
| 4  | La estructura que presenta el documento es secuencial                           | X        |    | X    |    | X    |    |
| 5  | El diseño de los instrumentos facilita el análisis y procesamiento de los datos | X        |    | X    |    | X    |    |
| 6  | Las preguntas son claras  |          | X  |      | X  | X    |    |
| 7  | El número de ítems es adecuado para su aplicación                               | X        |    | X    |    | X    |    |
| 8  | La redacción es buena   | X        |    | X    |    | X    |    |
| 9  | Eliminaría algún ítem en / los instrumentos                                     |          | X  | X    |    | X    |    |
| 10 | Agregaría algún ítem en / los instrumentos                                      |          | X  |      | X  | X    |    |

| No | CRITERIOS   | EXPERTOS |    |      |    |  |  |
|----|---|----------|----|------|----|--|--|
|    |   | No 4     |    | No 5 |    |  |  |
|    |   | SI       | NO | SI   | NO |  |  |
| 1  | El instrumento responde al planteamiento del problema                           | X        |    | X    |    |  |  |
| 2  | El instrumento responde a los objetivos a investigar                            | X        |    | X    |    |  |  |
| 3  | Las preguntas planteadas miden el problema planteado                            | X        |    | X    |    |  |  |
| 4  | La estructura que presenta el documento es secuencial                           | X        |    | X    |    |  |  |
| 5  | El diseño de los instrumentos facilita el análisis y procesamiento de los datos | X        |    | X    |    |  |  |
| 6  | Las preguntas son claras  | X        |    | X    |    |  |  |
| 7  | El número de ítems es adecuado para su aplicación                               | X        |    | X    |    |  |  |
| 8  | La redacción es buena   | X        |    | X    |    |  |  |
| 9  | Eliminaría algún ítem en / los instrumentos                                     |          | X  |      | X  |  |  |
| 10 | Agregaría algún ítem en / los instrumentos                                      |          | X  | X    |    |  |  |

La apreciación de los jueces se codificó en una matriz de 5 x 10, las filas corresponden a los jueces (5), y las columnas corresponden a los ítems (10). Las respuestas se codificaron en:

1 = **SI**

2 = **NO**



La matriz resultante es la siguiente:

| JUECES | IT_1 | IT_2 | IT_3 | IT_4 | IT_5 | IT_6 | IT_7 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1      | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 2    | 1    |
| 2      | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 2    | 1    |
| 3      | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    |
| 4      | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    |
| 5      | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    |

| JUECES | IT_8 | IT_9 | IT_10 |
|--------|------|------|-------|
| 1      | 2    | 2    | 2     |
| 2      | 1    | 1    | 2     |
| 3      | 1    | 1    | 1     |
| 4      | 1    | 2    | 2     |
| 5      | 1    | 2    | 1     |

**Matriz R de Finn de Inter Concordancia entre los Jueces**

|     | I     | II    | III   | IV    | V     |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|
| I   | 1.000 | 0.950 | 0.900 | 0.950 | 0.925 |
| II  |       | 1.000 | 0.950 | 0.950 | 0.925 |
| III |       |       | 1.000 | 0.950 | 0.975 |
| IV  |       |       |       | 1.000 | 0.975 |
| V   |       |       |       |       | 1.000 |

**R de Finn mancomunado entre los Jueces = 0.945**

El R de Finn calculado nos indica que los jueces tienen un **ACUERDO FORTISIMO**.



ANEXO 04

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**



**TITULO: FACTORES DE RIESGO Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE ADICCIONES DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA” 2014 – 2018.**

| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | HIPÓTESIS   | VARIABLES/<br>DIMENSIONES   | METODOLOGÍA   |
|--|---|---|---|---|
| <p><b>Problema general</b><br/>¿Qué factores de riesgo se relacionan con la comorbilidad psiquiátrica en pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014 - 2018?</p>  | <p><b>Objetivo general</b><br/>Determinar la relación entre los factores de riesgo y la comorbilidad psiquiátrica en pacientes del Departamento de Adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014 – 2018.</p>   | <p><b>Hipótesis general</b><br/>Existe relación significativa entre los factores de riesgo y la comorbilidad psiquiátrica en pacientes del Departamento de Adicciones del Hospital “Víctor Larco Herrera, 2014 – 2018.</p>  | <p><b>Variable Independiente:</b><br/>Factores de Riesgo</p> <p><b>Dimensiones:</b><br/>Intrapersonales<br/>Interpersonales<br/>Ambientales</p> | <p>El diseño de la investigación; es no experimental y corresponde a un estudio de casos controles sustentado en la epidemiología social, es decir se conoce el efecto y se investigará la causa.</p>                                   |
| <p><b>Problemas específicos</b><br/>1. ¿Cuáles son los factores de riesgo intrapersonales en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018?<br/><br/>2. ¿Cuáles son los factores de riesgo interpersonales en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018?</p> | <p><b>Objetivos específicos</b><br/>1. Identificar los factores de riesgo intrapersonales en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018.<br/><br/>2. Identificar los factores de riesgo interpersonales en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018</p> | <p><b>Hipótesis específicas</b><br/>1. Existe relación directa entre los factores de riesgo intrapersonales y el trastorno psiquiátrico primario.<br/><br/>2. Existe relación directa entre los factores de riesgo intrapersonales y el trastorno por uso de sustancias primario.</p> |   | <p><b>CASOS:</b> pacientes con trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicótropas con comorbilidad psiquiátrica.</p> <p><b>CONTROLES:</b><br/>Pacientes con trastornos mentales y de comportamiento por</p> |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| <p>3. ¿Cuáles son los factores de riesgo ambientales en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018?</p>           | <p>3. Identificar los factores de riesgo ambientales en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018.</p>               | <p>3. Existe relación directa entre los factores de riesgo intrapersonales y el trastorno dual primario.</p>         | <p><b>Variable dependiente:</b><br/>Comorbilidad psiquiátrica</p> <p><b>Dimensiones:</b><br/>Trastorno psiquiátrico primario (tipo I).<br/>Trastorno por uso de sustancias primario (Tipo II)<br/>Trastorno Dual Primario (Tipo III)</p> | <p>consumo de sustancias psicótropas sin comorbilidad psiquiátrica.</p> |
| <p>4. ¿Qué trastornos psiquiátricos primarios presentan los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018?</p>           | <p>4. Identificar los trastornos psiquiátricos primarios en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018.</p>           | <p>4. Existe relación directa entre los factores de riesgo interpersonales y el trastorno psiquiátrico primario.</p> |  |   |
| <p>5. ¿Qué trastornos por el uso de sustancias primario presentan los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018?</p> | <p>5. Identificar los trastornos por el uso de sustancias primario en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018.</p> | <p>5. Existe relación significativa entre los factores de riesgo interpersonales y el trastorno dual primario.</p>   |  |   |
| <p>6. ¿Qué trastornos duales primario presentan los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018?</p>                   | <p>6. Identificar los trastornos duales primario en los pacientes del departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera, 2014-2018.</p>                   | <p>6. Existe relación directa entre los factores de riesgo ambientales y el trastorno psiquiátrico primario.</p>     |  |   |
|  |  | <p>7. Existe relación directa entre los factores de riesgo ambientales y el trastorno dual primario.</p>             |  |   |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |

---

**DRA. ELSA CARMEN OSCUVILCA TAPIA**  
**ASESOR**

---

**DR. HUGO TEODORO ROJAS CARRANZA**  
**PRESIDENTE**

---

**DR. MELCHOR EPIFANIO ESCUDERO ESCUDERO**  
**SECRETARIO**

---

**DRA. ELENA LUISA LAOS FERNÁNDEZ**  
**VOCAL**

---

**DRA. MIRTHA SUSSAN TREJO LÓPEZ**  
**VOCAL**

---

**DR. JUAN MARIO SARMIENTO RAMOS**  
**VOCAL**