

Universidad de Flores
Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Seminario de Trabajo Final Integrador

"Niveles de ansiedad en mujeres que realizan tratamiento residencial por consumo problemático de sustancias psicoactivas en dos instituciones del AMBA"

Alumna: Rojas, Micol.



Tutor: Argentino, Diego



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL
INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - Repositorio Institucional de la Universidad de Flores - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha 11/12/23

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación

Lugar y fecha: 11 de diciembre del 2023, San Miguel

Firma y aclaración del autor:


MIGUEL
ROJAS

ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	6
Planteamiento del problema.....	7
Objetivos de la investigación.....	7
Objetivo general.....	7
Objetivo específico.....	7
Hipótesis.....	8
Justificación.....	8
Estado del Arte	9
Marco teórico	13
Método	22
Participantes.....	22
Criterios de inclusión y exclusión.....	22
Instrumento.....	23
Resultados	24
Discusión	55

Aportes y contribuciones de la investigación.....	57
Limitaciones de la Investigación.....	57
Futuras líneas.....	58
Referencias.....	59
Anexos.....	63

Resumen

El presente trabajo tuvo como propósito exponer el nivel de ansiedad presente en el proceso de rehabilitación por consumo de sustancias, junto con los síntomas predominantes. Esta investigación se desarrolló en un grupo de mujeres residentes de un centro de rehabilitación exclusivo para mujeres, ubicado en la localidad de Flores, Buenos Aires, Argentina, y en otro centro en la localidad de San Miguel, Buenos Aires.

Con la finalidad de llevar a cabo este trabajo se optó por un diseño de investigación de tipo cuantitativo. La muestra fue tomada a 35 mujeres, residentes de ambos centros.

Mientras que el instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue la escala para medir la gravedad de los síntomas de ansiedad de Hamilton (HAM-A)

Se esperó tener como resultado, la confirmación de un elevado nivel de ansiedad en las mujeres jóvenes adultas que se encontraban transitando el tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias, en conjunto a la prevalencia de síntomas que son demostrados.

Se obtuvo como resultado que el 61,90% de las mujeres presentó sintomatología relacionada a la ansiedad clínicamente manifestada. Por otro lado, el 20% de las mismas manifestaron ausencia de la ansiedad.

A su vez, el 60% de las entrevistadas presentó sintomatología en relación a la ansiedad psíquica, mientras que el resto, un 40% expuso síntomas que refieren a una ansiedad somática.

Palabras claves: Niveles de Ansiedad- rehabilitación- consumo de sustancias-mujeres

Introducción

El objetivo principal de esta investigación fue indagar sobre la ansiedad que se presenta en el tratamiento por consumo de sustancias. Se quiso dar a conocer cómo se manifiesta una problemática tan común hoy día, pero en dicho caso dentro de lo que es un contexto de adicción o consumo siendo enfocado exclusivamente en la etapa de rehabilitación, dentro de dos centros especializados en ello.

Para el estudio de dichas variables (ansiedad y rehabilitación por consumo de sustancias) se llevó a cabo una investigación de tipo cuantitativa que se enmarcó en el área clínica de la psicología, siendo desarrollada en un grupo de mujeres jóvenes adultas de un centro.

Para abordar la conceptualización de la ansiedad, se consultaron diversos autores, destacando en primer término a Sierra et al. (2003), quienes la describieron como una respuesta adaptativa, señalando que la ansiedad es una emoción compleja originada desde la tensión emocional. Este concepto abarca manifestaciones tanto físicas como mentales que no se vinculan con peligros tangibles. La ansiedad se presenta como un estado constante e impreciso, manifestándose en algunos casos en forma de crisis que pueden llegar a niveles de pánico.

Por otro lado Martínez (1993) expuso que la ansiedad es sencillamente una manera de responder predicha o subordinada por el miedo, habiendo existido primeramente estímulos que lo causaron y que posterior a ello serían capaces de desencadenar la ansiedad. Pero no solo se queda con ello sino que manifiesta que se presenta una dicotomía en lo que define como ansiedad.

La ansiedad psicológica normal de notándose adaptativa, motivadora y beneficiosa contrastada con la ansiedad patológica, manifestando desorganización, interfiriendo en el ritmo de vida de la cotidianeidad, limitando la posibilidad de pensar y accionar (Martínez, 1993).

En relación a la rehabilitación, la Real Academia Española la definió como una serie de métodos que tienen como objetivo recuperar una función perdida. Es decir, la acción y el efecto de rehabilitar.

Por otro lado, el abuso de sustancias se determinó por la Organización Panamericana de la Salud (S/D) como el uso perdurable de sustancias tales como alcohol, tabaco, tranquilizantes o analgésicos y sustancias psicoactivas, entre otras. Caracterizado por la necesidad de consumirlo y la incapacidad de controlarlo. Esto favorece la formación de trastornos de dependencia

frecuentes y crónicos que conllevan a consecuencias desfavorables para el sujeto, tanto en su salud como en el ámbito interpersonal, familiar, educacional, laboral y legal.

Planteo del problema

Según diversos autores que abordaron la temática, el consumo de sustancias puede contener diversas reacciones tales como fobias, crisis de ansiedad, obsesiones, compulsiones, entre otras. Se entiende por ello que la ansiedad y el consumo están altamente conectados, ya que la exposición continua a determinadas sustancias lleva a la experimentación de síntomas de ansiedad y problemas con la misma (Barros et al., 2020).

Aseguran que el sujeto que en la cotidianeidad consume una droga y/o sustancia, manifiesta un grado de ansiedad mayor en contraposición a aquel que no consume, incluso después de haber abandonado el consumo de la misma (Barros et al., 2020).

Cano Vindel et al. (1994) afirman que los Síndromes de abstinencia, de privación alcohólica, síndrome de abstinencia a las benzodiacepinas, cocaína, opiáceos, etc. Llevan a que el drogodependiente experimente un alto grado de ansiedad, irritabilidad, dolor y temor, entre otras cosas.

Por ende, la pregunta que guió esta investigación, fue la siguiente: ¿Cuál es el grado de ansiedad que tiene un grupo de 35 mujeres que realizan tratamiento por consumo de sustancias en la localidad de Flores y de San Miguel?

Objetivos

Objetivo general

-Analizar la ansiedad que se manifiesta en el tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de mujeres pertenecientes a dos instituciones de rehabilitación del AMBA.

Objetivos específicos

-Describir los grados de ansiedad de un grupo de 35 mujeres que realizan tratamiento por consumo de sustancias en dos instituciones de rehabilitación.

-Indagar acerca de los síntomas de ansiedad que prevalecen en el tratamiento por consumo de sustancias en un grupo de mujeres de dos centros de rehabilitación.

-Identificar las variaciones en los síntomas de ansiedad entre las distintas fases de rehabilitación por consumo de sustancias en un grupo de 35 mujeres.

Hipótesis

Existe un alto nivel de ansiedad en el proceso de rehabilitación por consumo de sustancias en un grupo de 35 mujeres que pertenecen a dos centros especializados en rehabilitación del AMBA, siendo la ansiedad clínicamente significativa. A su vez también se distinguen variaciones entre las distintas fases de tratamiento, en relación a la sintomatología ansiógena.

Justificación

Se considera pertinente la investigación sobre la temática que se plantea en dicho trabajo, ya que se debe tener en cuenta que la ansiedad es una problemática que se observa a nivel mundial y de la cual se habla mucho hoy en día. Por otro lado y no menos importante encontramos el consumo de sustancias, que se expresa como otra problemática de interés general. Es por eso que se focaliza en la etapa de rehabilitación del mismo. Buscando analizar y dar a conocer cuál es el grado de ansiedad que se presenta en las distintas fases de rehabilitación. Logrando ayudar a comprender e informar de manera explicativa sobre cómo es la situación de las personas que sufren a causa del abuso de sustancias y como este abuso influye en el desarrollo de su ansiedad e impacta en su vida cotidiana.

Estado del arte

Los autores Vindel et al. (1994) realizaron una investigación donde se buscaba ver el afrontamiento de la ansiedad en la drogodependencia.

Esto lo hacían utilizando el test de INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD (1994). Dicho test favorece la evaluación de los 3 sistemas de respuesta de la ansiedad de forma separada, permitiendo así la obtención de perfiles individuales de respuesta y estableciendo la clase de reactividad en cada caso. Esto facilitará el tipo de técnica que será más apropiada para el sujeto. No solo permite conocer perfiles individuales de respuesta, sino que también posibilita la evaluación de la ansiedad en relación a cuatro rasgos en particular. Ansiedad de evaluación (f1), la interpersonal (f2), la fóbica (f3) y la ansiedad de la vida cotidiana (f4). Pudiendo de esta manera conocer la tendencia de los individuos a expresar un diferente nivel de ansiedad en estos tipos. (Cano Vindel et al., 2014)

Los resultados que obtuvieron fueron los siguientes; en los sujetos que padecen trastornos de ansiedad la sintomatología puede aumentar significativamente, incluso se pueden dar ataques de pánico en consumidores habituales. La abstinencia, también produce ansiedad y el caso que más se observa es el del alcohol. Pero también sucede con tranquilizantes menores o con el tabaco. Las personas que para mejorar su estado de ánimo recurren a conductas como fumar o beber en exceso, presentan niveles más altos de ansiedad y déficits en la habilidad de afrontamiento. En la etapa de abstinencia aparece la ansiedad como emoción negativa, con una elevada activación fisiológica, malestar subjetivo e inquietud motora. (Cano Vindel et al., 2014)

Una vez superada la etapa de abstinencia, los sujetos en el proceso de rehabilitación continúan presentando niveles altos de ansiedad. Por ello se debe seguir trabajando intentando reducir su malestar, su activación fisiológica y la impaciencia motora, brindando correctas respuestas de afrontamiento que funcionen como una elección distinta a la respuesta de consumo (Cano Vindel et al., 2014).

Los autores Suarez Peche y Verona Vallejos (2019) realizaron una investigación para conocer la frecuencia de ansiedad y depresión en consumidores de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación. Los resultados se obtuvieron gracias a la administración de la escala de ansiedad de Hamilton para ansiedad y depresión, se encuestaron a 150 personas y la edad media de los mismos fue de 25 años. Los resultados alcanzados fueron, la constancia de la ansiedad fue de un

90%, mientras que sólo 15 pacientes no presentaron dicho trastorno. En todas las mujeres encuestadas la ansiedad fue superior, incluso teniendo depresión.

La depresión severa y ansiedad mayor se vieron en un 99/150 (66%). Mientras que las sustancias más consumidas, fueron alcohol, benzodiazepinas (alprazolam), marihuana, cocaína y codeína entre otras. (Suarez Peche & Verona Vallejos, 2019)

Por otro lado, una investigación realizada por Barros et al. (2020) buscaba identificar los factores asociados a la ansiedad en pacientes drogo-dependientes de una comunidad terapéutica, mediante una escala heteroaplicada de Hamilton para establecer los niveles de ansiedad durante el tratamiento de consumidores de sustancias. Los resultados obtenidos de los pacientes en rehabilitación fueron los siguientes: el 73,68% corresponde a la sumatoria de ansiedad ausente y leve, el 21,05% con una ansiedad moderada y el 5,26% con ansiedad grave. Mientras que también llamó la atención que los valores de ansiedad sean más elevados en mujeres que en hombres. Arenas y Puigcerver (2009) afirman que las mujeres en edad reproductiva son más propensas a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, entre 2 y 3 veces más. Así mismo la investigación comprobó que los pacientes del centro de rehabilitación mostraron alteraciones tanto ansiosas como depresivas, mientras que el tiempo de consumo estaba vinculado a la intensidad de sintomatología que padecían.

Otro trabajo realizado por Contreras Olive et al. (2020) buscó destacar sintomatología depresiva y ansiosa en un grupo de pacientes adictos a sustancias, en rehabilitación, mediante la aplicación de los inventarios de ansiedad rasgo-estado como también depresión estado-rasgo. Confirmaron que los pacientes demostraron alteraciones de índole tanto depresivas como ansiosas y en lo que respecta a la duración del consumo, mayor tiempo del mismo mayor intensidad de sintomatología.

Siguiendo con la misma línea, se presenta una investigación de tipo revisión bibliográfica. La misma buscaba describir los distintos niveles de ansiedad que se muestran en personas adultas en la etapa de rehabilitación por consumo de sustancias. Los descubrimientos más relevantes se encontraron en relación al sexo, en donde se destacó que las mujeres a diferencia de los hombres son más propensas a sufrir de ansiedad. Mientras que las comorbilidades psiquiátricas más habituales en dichos pacientes comprenden la depresión, el TDAH, el trastorno antisocial y el trastorno psicótico (Pardo et al. 2023).

Arévalo Arizaga y Auqui Muñoz (2022) Investigaron la ansiedad y la depresión en el proceso de rehabilitación de adultos consumidores de sustancias psicoactivas. Puntualizaron que el consumo de sustancias tiene un rol significativo en el desarrollo de los trastornos de ansiedad, ya que influye tanto físicamente como cognitiva y emocionalmente. Para poder evaluar la ansiedad y el nivel en el cual se presenta en los adultos adictos, se les fue administrada la escala para medir la ansiedad de Hamilton. Los resultados que arrojó dicha escala fueron que los niveles de ansiedad en estas personas, eran moderados. Siendo en la etapa de abstinencia en donde la sintomatología ansiógena se agudiza.

Sánchez y Torres (2023) llevaron a cabo una investigación de tipo cuantitativa, en donde quisieron determinar la dimensión del fenómeno del consumo de sustancias y los trastornos del estado del ánimo. Analizando los niveles de ansiedad y depresión que se encuentran en dicho consumo, junto a la sintomatología que se presenta. Para ello administraron el Inventario de Depresión y el Inventario de Ansiedad de Beck. Los resultados que obtuvieron fueron los siguientes, el 69% de los participantes se ubicaron en un nivel de ansiedad baja, un 24% expresaron una sintomatología de ansiedad moderada ante la interacción con sujetos lejanos a su círculo social y por último el 7% de los participantes restantes presentaron ansiedad severa, identificándose la “preocupación persistente por eventos externos, acompañado por pensamientos rumiantes”.

La ansiedad aparece como una respuesta normal frente a situaciones que ocasionan estrés, anticipándose a eventuales situaciones de amenaza que ponen en alerta al sujeto para hacerle frente a un peligro, por lo cual provoca reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales. Puntualizado el trastorno de ansiedad provocado por consumo de sustancias, se distinguen síntomas relevantes de ansiedad que se estiman secundarios a los efectos fisiológicos propios de los fármacos, droga o/u tóxico. Teniendo en cuenta la propiedad de la sustancia, pueden aparecer obsesiones y/o compulsiones, crisis de ansiedad, fobias, tanto en el transcurso del consumo como en los periodos de abstinencia. La ansiedad y el consumo están ciertamente relacionados, el uso constante de sustancias lleva a padecer síntomas y trastornos de ansiedad. Un individuo que consume manifiesta niveles de ansiedad elevados a comparación de una persona que no consume, incluso habiendo cesado su consumo (Vintimilla Molina et al., 2020).

Una investigación de tipo descriptiva transversal llevada a cabo por Suarez Peche y Verona Vallejos (2021), describió la frecuencia en la que se presentaba la ansiedad y la depresión en

personas que se encontraban dentro de un centro de rehabilitación, esto lo llevaron a cabo mediante la aplicación de la escala para la ansiedad y depresión de Hamilton. El resultado que se presentó luego de la escala para la Ansiedad de Hamilton fue el siguiente: En el 90% de los encuestados se encontró una frecuencia de ansiedad, mientras que el resto no presentó síntomas de ansiedad por lo que no clasifica. En las mujeres se destacó un índice mayor de ansiedad. Se considera que las mujeres están mayormente predispuestas por distintos factores, biológicos, genéticos, sociales y psicológicos, como podrían ser la desatención, la violencia física, doméstica y sexual, entre otras.

Marco Teórico

Ansiedad

Según Freud (1923) la Ansiedad se produce cuando el ELLO y el SUPERYO establecen un conflicto sobre el YO. Para recordar, se puede mencionar que el Ello está regido por el principio de placer, es decir, busca la satisfacción presurosa de los instintos. Mientras que el Super-Yo se basa en la conciencia moral y se establece por la sociedad. Ahora bien el Yo en oposición al Ello, es impulsado por el principio de realidad siendo el mediador entre el Super-Yo y el Ello. Cuando ocurre este conflicto sobre el Yo es entendible que una persona se sienta amenazada, oprimida, angustiada, entre otras cosas. A este suceso Freud lo llama ansiedad y se traduce como una señal del Yo que intenta sobrevivir. (Freud, 1923, como se citó en Boeree, 2006)

Freud a su vez plantea que hay tres tipos de ansiedades. En primer lugar la llamada ansiedad de la realidad, la misma puede traducirse coloquialmente como miedo. En segundo lugar la ansiedad moral, este tipo de ansiedad alude a un peligro que no proviene del mundo externo sino del mundo social interiorizado y se relaciona con el miedo al castigo, la culpa y la vergüenza. Por último la ansiedad neurótica, la misma comprende al sentimiento de agobiamiento por los impulsos del Ello. “Neurótico es la traducción literal del latín que significa nervioso” Por consiguiente se puede llamar a este tipo de ansiedad, ansiedad nerviosa (Freud, 1923, como se citó en Boeree, 2006).

Estes y Skinner (1941) exponen que “la ansiedad es un estado emocional que resulta como respuesta a un estímulo presente, que en el pasado fue seguido por un estímulo perturbador” de manera que la ansiedad sería una respuesta condicionada, es decir, una respuesta que fue aprendida.

El autor Miguel Tobal (1985) la expone como “...La respuesta, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos, por ejemplo pensamientos e ideas, que son percibidos por el sujeto como peligrosos o amenazantes...”.

Si bien la ansiedad está notoriamente aproximada al miedo, esta difiere en un punto. El miedo es una alteración que se da por un estímulo presente y la ansiedad está asociada a la anticipación de peligros en un futuro impreciso. (Marks, 1998, como se citó en Sierra et al., 2003)

Sierra et al. (2003) expresan que la ansiedad es una respuesta adaptativa, una emoción compleja que se anuncia mediante una tensión emocional. Dicho término hace referencia al conjunto de diversas manifestaciones físicas y mentales que no se pueden adjudicar a peligros reales, sino que son exhibidas como un estado constante e impreciso o con forma de crisis, que incluso pueden llegar al pánico.

Trastornos de ansiedad

Como se define en el DSM-V (2014) los trastornos de ansiedad comparten características de miedo y ansiedad pero de una manera excesiva pudiendo dar alteraciones conductuales asociadas. Por un lado, se entiende al miedo como una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria. Mientras que por otro lado distingue a la ansiedad como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura.

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo y/o la ansiedad normal del desarrollo, ya que son excesivos y persisten más allá de las etapas propias del desarrollo (DSM-V, 2014).

Es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial ya que hay demasiadas sustancias y enfermedades médicas que ocasionan síntomas ansiosos agudos y crónicos, es importante no confundir los síntomas ansiosos que sean partícipe de otros trastornos como lo pueden ser trastornos adaptativos con estado de ánimo ansioso, trastorno depresivo mayor, entre otros (Orozco & Baldares, 2012).

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por una mayor atención a situaciones que se advierten como amenazantes, lo cual conlleva a una activación prolongada y desadaptativa, similar al circuito de amenaza. En el DSM-V (2014) los trastornos de ansiedad junto a los trastornos depresivos, representan patologías comunes en la población general. Estos trastornos se relacionan con una disminución en la calidad de vida, dificultades en la interacción social y un aumento en el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. La ansiedad, como mecanismo de defensa fisiológico ante una amenaza percibida, puede dar lugar a sensaciones desagradables, tales como la preocupación, la irritabilidad, la inquietud, la hipervigilancia y la agitación. No

obstante, puede transformarse en un trastorno de ansiedad si se convierte en una respuesta que el paciente no puede controlar y que persiste de manera constante. (Delgado et al., 2021)

El DSM-V (2014) distingue distintos tipos de Trastornos de Ansiedad, los mismos pueden ser:

Trastorno de Ansiedad por Separación

Este trastorno se especifica por la manifestación de miedo o ansiedad excesiva e inapropiada, en relación con la separación de individuos a los que se siente un fuerte apego. Puede convertirse en una patología ansiosa si la respuesta se vuelve incontrolable y persistente por parte del paciente.

Mutismo Selectivo

Mutismo selectivo se define como la incapacidad constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que se espera la comunicación, a pesar de poder hacerlo en otras circunstancias. Esta alteración interfiere en el rendimiento educativo o laboral, así como en la comunicación social, y debe persistir durante al menos un mes.

Trastorno de Pánico

El trastorno de pánico se caracteriza por la ocurrencia de ataques de pánico imprevisto y recurrente. Un ataque de pánico implica la aparición repentina de miedo o malestar intenso que alcanza su punto máximo en cuestión de minutos. Estos ataques pueden surgir tanto desde un estado de calma como desde uno de ansiedad.

Agorafobia

La agorafobia se manifiesta como un temor o ansiedad intensa ante situaciones como el uso del transporte público, la presencia en espacios abiertos o cerrados, estar en medio de multitudes o estar fuera de casa en solitario. Los individuos que la padecen evitan o temen estas situaciones debido a la preocupación de que podrían tener dificultades para escapar o no contar con ayuda en caso de experimentar síntomas de pánico u otros síntomas incapacitantes.

Fobia Específica

La fobia específica implica un miedo o ansiedad intensa hacia un objeto o situación particular, como volar, alturas, animales, inyecciones o presencia de sangre.

Trastorno de Ansiedad Social

Este trastorno se caracteriza por un miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo se siente expuesto a la posible evaluación de otros. Esto puede incluir interacciones sociales como conversar, reunirse con personas desconocidas, ser observado mientras se come o bebe, actuar frente a otros o dar una presentación.

Trastorno de Ansiedad Generalizada

En el trastorno de ansiedad generalizada, se observa la presencia constante de ansiedad y preocupación excesiva durante un período mínimo de seis meses, en relación con diversos eventos o actividades, como el trabajo o la educación.

Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias o Medicamentos

Este trastorno se relaciona con la aparición de ataques de pánico o ansiedad en el contexto de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición a ciertos medicamentos. Su diagnóstico se basa en pruebas derivadas de la historia clínica, el examen físico o el análisis de pruebas del laboratorio.

Trastorno de Ansiedad por Enfermedad Médica

En este trastorno, los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico y son la consecuencia directa de otra afección médica.

Otros Trastornos Específicos de Ansiedad

Estos son síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o afectan el funcionamiento en diversas áreas, aunque no cumplan todos los criterios de un trastorno de ansiedad específico. Esta categoría se utiliza para situaciones en las que no se dispone de información suficiente para hacer un diagnóstico más preciso.

Trastorno de Ansiedad No Especificado

El trastorno de ansiedad no especificado se emplea cuando no es posible especificar la razón del incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico y abarca presentaciones para las cuales no hay información suficiente para un diagnóstico más específico (DSM-V, 2014).

Siguiendo el mismo lineamiento del concepto de Trastorno de Ansiedad, se focaliza en el Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias o medicamentos. El mismo se distingue ya que sus síntomas predominantes de pánico y ansiedad son producidos por el efecto de una sustancia (como por ejemplo consumo de drogas, abuso de medicación o toxina). Dichos síntomas deben haberse desarrollado en el transcurso o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia (DSM-V, 2014).

El pánico o la ansiedad se pueden relacionar a la intoxicación de las siguientes sustancias: Cannabis, alucinógenos, alcohol, estimulantes (incluida la cocaína), entre otros. Como también en el retiro de las mismas (DSM-V, 2014).

Ansiedad y adicción

El autor Lipschitz (1988) asegura que la ansiedad se incrementa generalmente cuando una persona está en consumo y con síndrome de abstinencia. A su vez él mismo hizo una investigación entre drogas legales e ilegales y se encontró con que no todas las drogas producen el mismo nivel de ansiedad, y que la misma tiene un aumento gradual. Entendiendo que cuando un sujeto consume drogas su cuerpo comienza a asimilarlas y se torna tolerante hacia las ellas por ende la frecuencia aumenta. No solo la frecuencia de la ansiedad aumenta, sino que también el consumo, ya que necesitan aumentar la dosis para poder obtener el resultado de la primera dosis administrada (Lipschitz, 1988, como se citó en Fretell Villacrices, 2017).

Consumo de sustancias

Según la Organización Panamericana de la Salud (S/D) el uso reiterado y persistente de sustancias como Alcohol, Tabaco, tranquilizantes o analgésicos y sustancias psicoactivas entre otras, facilita el desarrollo de trastornos de dependencia, siendo trastornos frecuentes y crónicos. Se distinguen por la necesidad de consumo de la sustancia y la incapacidad de controlarla. Lleva a diversas consecuencias no solo en el estado de salud de la persona sino también en el ámbito interpersonal, familiar, laboral, educacional y legal.

Consumo problemático

Conforme al Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (2014), se define el consumo problemático como cualquier conducta que resulte incontrolable para la persona y que afecte su salud física, psíquica y sus relaciones sociales. Pueden ser el consumo fuera de control

de alcohol, drogas, juego, tabaco, como cualquiera que sea diagnosticado por un médico como compulsivo. Se trata de una condición de origen diverso que tiene un gran impacto en la salud pública, con una importante carga de morbilidad y consecuencias en las relaciones humanas, en el ámbito laboral y escolar.

Según el Departamento de Medicina Preventiva y Laboral de Argentina (2021) la adicción se puede describir como el impedimento que se presenta en el control con respecto al consumo de drogas, la sensación de necesidad de consumo incesante a pesar de las consecuencias negativas que aparecen tanto a nivel físico como psicológico. La persona puede demostrar querer regular su consumo sin embargo sus intentos son fallidos. En estos cuadros generalmente, las personas experimentan la necesidad de consumir una dosis más grande que la habitual para conseguir los efectos que se desean, ya que la dosis que consumen a menudo va reduciendo el efecto gracias a que su cuerpo comienza a acostumbrarse a la misma y por ello a tolerarla también. Incluso si la persona que está en consumo de manera continua comienza a disminuir la cantidad, se puede dar un síndrome de abstinencia.

En estos momentos, con frecuencia surge la necesidad de incrementar las cantidades de la sustancia para alcanzar los efectos deseados, ya que la dosis usual resultó en una disminución del efecto debido a la tolerancia. Además, puede manifestarse un síndrome de abstinencia cuando una persona que ha mantenido un consumo elevado de manera prolongada reduce la presencia de la sustancia (Departamento de Medicina Preventiva y Laboral Argentina, 2021).

Trastornos por consumo de sustancias

Según el DSM-V (2014) las características básicas de los trastornos por consumo de sustancias están relacionadas a la aparición de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que denotan que la persona continúa consumiendo sustancias pese a los problemas significativos que le produce la misma.

La American Psychiatric Association (2022) define al trastorno por consumo de sustancias como un padecimiento que se caracteriza por el uso problemático de una sustancia como el alcohol, drogas o un medicamento recetado. El individuo consume de manera intensa sin reparar en las consecuencias dañinas de dicho actuar. Impactando en el funcionamiento de su cotidianeidad.

Las personas que padecen trastorno por consumo de sustancias pueden presentar una alteración en sus pensamientos o comportamientos. Las variaciones que se dan en la estructura y función

cerebral provocan que las personas sientan el deseo de consumir, produciendo cambios en la personalidad y movimientos fuera de los habituales. Alterando su juicio, toma de decisiones, aprendizaje, como también memoria y control de comportamiento. (American Psychiatric Association, 2022)

Los cambios que se dan, suelen perdurar en el tiempo luego de que terminen los efectos inmediatos de la sustancia. Mientras el individuo siente los efectos de la sustancia se nombra “periodo de intoxicación”. Este período es donde se da el aumento del placer, euforia, tranquilidad y la incrementación de la percepción después del consumo, que varía entre cada sustancia. Ciertas personas desarrollan tolerancia, necesitando dosis mayores de la sustancia para sentir los efectos. (American Psychiatric Association, 2022)

Según la American Psychiatric Association (2022) los síntomas de los trastornos por consumo de sustancias se pueden reunir en cuatro categorías:

- Control afectado: tener la imperiosa necesidad de consumir sustancias junto al deseo e intento fallido de poder regular y controlar el consumo de sustancias.
- Problemas sociales: el consumo los lleva a no poder terminar tareas de su vida cotidiana como del trabajo, escuela, hogar. Se reducen las actividades sociales.
- Consumo de riesgo: los individuos para poder consumir o conseguir la sustancia se exponen a contextos riesgosos.
- Efectos de la droga: La necesidad de tener una mayor ingesta para alcanzar el mismo efecto, síntomas de abstinencia, como escalofríos, inquietud, insomnio, entre otros.

Adicción a drogas

La adicción a drogas se distingue por el consumo abusivo y constante de sustancias, a pesar de las consecuencias negativas que produce en un individuo junto a una supuesta pérdida de regulación sobre el propio accionar. Las personas que consumen presentan un anhelo constante o un deseo frustrado de controlar o detener el consumo (Fernández et al., 2011).

Desde el punto de vista neuropsicológico, se destacan potenciales cambios en los mecanismos reguladores de la toma de decisiones y del control inhibitorio. No solo se producen cambios neuropsicológicos sino que también neuroanatómicos que producen por otro lado una neuroadaptación funcional en las funciones cognitivas, motivacionales, conductuales y emocionales que impactan en el funcionamiento psicosocial de la vida cotidiana como también en la calidad de vida de las personas dependientes a las sustancias. Dicho alteramiento en las funciones está relacionado con la capacidad de atención, concentración, integración, procesamiento de la información y ejecución de planes de acción. (Fernández et al., 2011).

Según Bausela Herrera (2008) las consecuencias neuropsicológicas de la adicción son variadas en relación al tipo de adicción al que se esté haciendo referencia. Los daños más significativos afectan la atención, la memoria y las funciones ejecutivas relacionadas a la planificación, autorregulación, control de impulsos y toma de decisiones. A su vez, ya que el cerebro es el encargado de la regulación emocional, se presentan consecuencias en el mismo impactando en la presencia de crisis de angustias incontrolables. Generalmente los adictos crónicos o quienes permanecen varios meses con una considerable cantidad de ingesta continua, experimentan patologías mentales graves y crónicas como demencia o paranoia.

Por otro lado, las lesiones que sufre el cerebro son irreversibles y algunas actividades pueden nunca volver a sus niveles normales. Los daños dificultan e interrumpen de forma negativa el aprendizaje y rendimiento académico (Bausela Herrera, 2008).

Por todo lo previamente mencionado, se considera que el consumo de drogas deja una clara huella en el cerebro.

Rehabilitación

El diccionario de la Real Academia Española (2022) define el concepto de rehabilitación como

“la acción y el efecto de rehabilitar”

“Acción de reponer a alguien en la posesión de lo que había sido desposeído”

“Conjunto de métodos que tiene por finalidad la recuperación de una actividad o función perdida o disminuida por traumatismo o enfermedad”

Fases de rehabilitación por consumo de sustancias

Se tomó de referencia las fases de rehabilitación del centro terapéutico GRADIVA, las mismas se detallan a continuación.

Fase I: En esta primera fase es en donde se da el ingreso para comenzar el proceso de rehabilitación, la misma está asociada a las urgencias psiquiátricas. Principalmente lo que se hace en esta fase es poder conseguir la desintoxicación y la compensación del cuadro con el cual ingresó el paciente. Luego de ello se propone establecer un vínculo entre el sujeto y el equipo terapéutico, no solo con él sino que también con su familia. Se inicia el proceso terapéutico de forma grupal e individual. Así mismo también se empieza a trabajar con la desvinculación de las costumbres perjudiciales para su bienestar y se promueven los hábitos de salud. En esta primera etapa se le designa al paciente un terapeuta, que trabajará con él a lo largo del tratamiento.

Fase II: Luego de la fase de desintoxicación y compensación del cuadro base, el paciente ingresa en la segunda fase de rehabilitación. La misma tiene como objetivo el establecimiento de un compromiso. La frecuencia de la realización de grupos semanales se incrementa y en los mismos se empiezan a tratar los temas que guardan relación con la historia de consumo y la historia individual del paciente. A su vez se refuerza la promoción de hábitos saludables.

Fase III: Esta fase se acerca a las últimas instancias de tratamiento, se busca la reinserción social del paciente. Pero acompañando al mismo en todos los momentos del proceso. También en este momento aparece la CASA DE DÍA que luego finaliza en un tratamiento ambulatorio, en otras palabras una terapia de mantenimiento semanal.

Fase IV: En esta fase se llevan a cabo grupos de periodicidad semanal con los pacientes que ya están egresados del módulo internación y casa de día. Tienen seguimiento psicológico y psiquiátrico que favorecen la prevención de recaídas y sostienen la abstinencia lograda en el curso del tratamiento. (GRADIVA, comunidad terapéutica profesional)

Método

El presente Trabajo Final Integrador tiene como objetivo analizar los niveles de ansiedad que se manifiestan en el tratamiento de rehabilitación en mujeres que han sido diagnosticadas con un trastorno por consumo de sustancias y se encuentran en proceso de rehabilitación.

Para llevar adelante la investigación, se trabaja con un diseño no experimental, transversal y cuantitativo.

A la metodología cuantitativa se la describe como una suma de procesos, secuenciales y probatorios donde se presentan planteos acotados, se miden fenómenos y se emplea el uso de estadísticas para analizar los datos recolectados mediante procedimientos estandarizados (previamente verificados por una asociación científica) comprobando o refutando hipótesis planteadas. (Hernández Sampieri et al., 2014)

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística, conformada por 35 mujeres jóvenes y adultas con una edad comprendida entre los 18 y los 75 años, que se encuentran en proceso de rehabilitación luego de haber atravesado un período de dependencia al consumo de drogas. Residentes de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Previo a la administración del instrumento, se otorgó a las participantes un consentimiento informado en donde se detalló la finalidad de la investigación, que ocurriría con los datos obtenidos en la misma, la confidencialidad de la información personal, junto a la aclaración de la voluntariedad de la participación en el mismo.

Criterios de exclusión e inclusión

En esta investigación no serán incluidas personas menores de 18 años ni de sexo masculino, personas que no hayan atravesado un proceso de dependencia a sustancias. Como tampoco drogodependientes que no se encuentren en tratamiento de rehabilitación por motivo del diagnóstico trastorno por consumo de sustancias.

Instrumento

En relación a los instrumentos, se procede a la recolección de datos a través de la Escala para medir la ansiedad de Hamilton (HAM-A). Dicha escala mide la gravedad de los síntomas de ansiedad que presenta una persona. La misma cuenta con 14 ítems, en donde se encuentran delimitados una serie de síntomas, midiendo así la ansiedad psíquica como la ansiedad somática. Cada ítem debe ser puntuado en base a las siguiente numeración 0 (ninguno), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (grave) y 4 (muy incapacitante), el rango de puntaje en total es de 0 a 56, donde <17 indica gravedad leve, de 18-24 gravedad moderada y de 25-30 gravedad moderada severa.

Para poder administrar el instrumento a la muestra seleccionada, se establece contacto de manera virtual con el director general del centro terapéutico GRADIVA de la localidad de Flores y con el director general del centro de rehabilitación NET de la localidad de San Miguel, solicitando el permiso para la realización del test HAM-A a las pacientes de ambos centros.

Con la obtención del permiso se administra el instrumento.

Las personas que han sido elegidas para desarrollar esta investigación, deben en primer lugar estar dispuestas a colaborar y a ser parte de este estudio. Como también reciben información sobre la finalidad con la que se fundamenta la investigación, como es su participación, el respaldo institucional que se posee y el empleo de los resultados que se obtuvieron.

Resultados

Considerando los objetivos y la hipótesis planteada se describirán de manera breve los resultados de la investigación, la misma se llevó a cabo en un grupo de 35 mujeres de distintos centros de rehabilitación por consumo de sustancias. A las mismas se les preguntó al inicio en qué fase del tratamiento se encontraban. Es por ello que los resultados se analizarán diferenciando las 3 fases presentes. Fase I, Fase II y Fase III. Del número total de entrevistadas el 51.43% se encontraba en Fase I, el 40% de ellas en Fase II y el 8.57% en Fase III. A continuación se mostrarán los porcentajes de los resultados finales sobre los niveles de ansiedad en un gráfico de barras y luego se especificará la sintomatología ansiosa predominante en cada fase que presentan las mujeres en proceso de rehabilitación por consumo, mediante la utilización de gráficos circulares.

En primer lugar podemos decir que de un total de 35 mujeres el resultado de la suma de sus respuestas reflejó que el 20% de ellas no presenta ansiedad, mientras que en el 37,14% de las mismas aparece la ansiedad menor. Con el porcentaje más bajo, un 5,7% se presentó Ansiedad mayor, mientras que por último diferenciándose de los demás por su porcentaje elevado con un 61,90% las mujeres manifestaron mediante el análisis de sus resultados presentar Ansiedad Clínicamente Manifestada. (Figura A)

Por otro lado, en lo que respecta al porcentaje total de ansiedad psíquica y somática que nos proporciona la suma total de las respuestas de las mujeres en rehabilitación, se destaca que el 60% de las mismas presentan ansiedad psíquica mientras que el 40% de las restantes exponen tener ansiedad somática. (Figura B)

Figura A

Resultados generales HAM-A

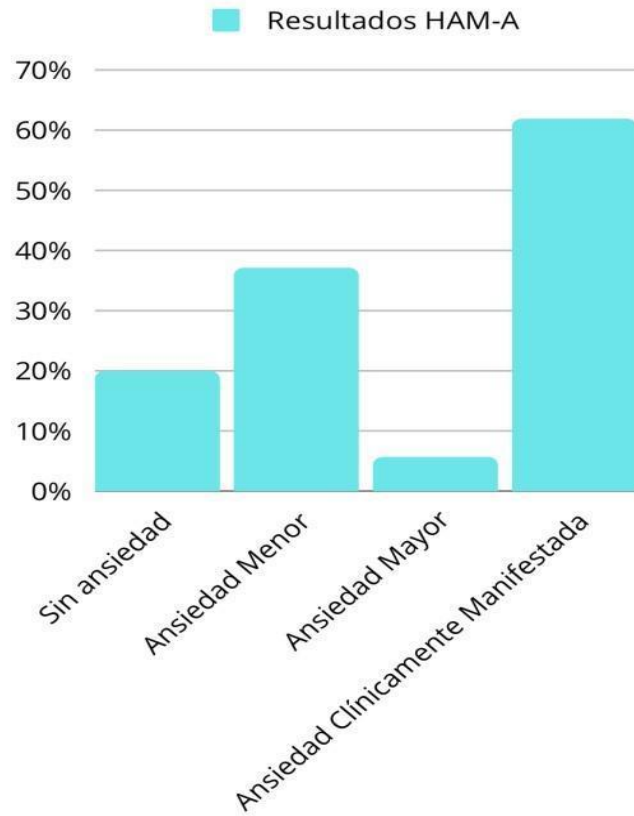
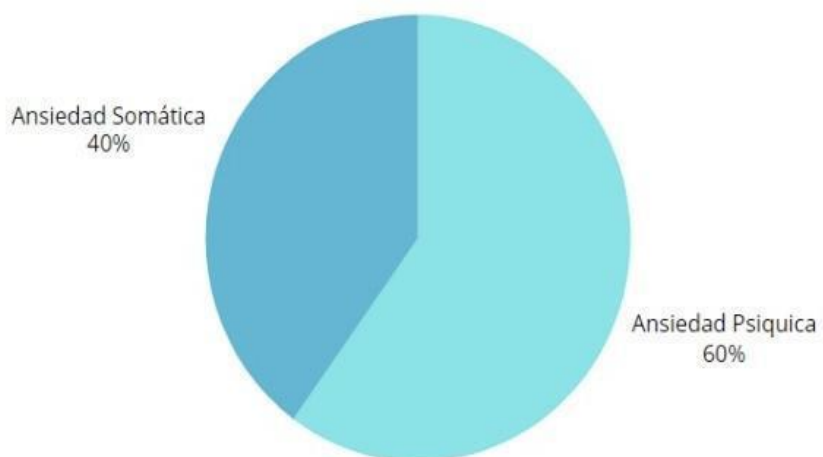


Figura B

Prevalencia porcentual de los diferentes tipos de ansiedad



En lo que respecta al Ítem n°1 – Estado de Ánimo ansioso incluye preocupaciones, irritabilidad, anticipación de lo peor y aprehensión, se demuestra que el 50% de las mujeres en fase I respondió que presentan dicho síntoma de manera leve, mientras que el 27,28% decidió que lo presentan de forma grave, el 17,16% de manera moderada y por último el 5,56% presentan dicha sintomatología de manera incapacitante en su vida. (Figura 1). Por otro lado el 28,59% de las mujeres que se encuentran en fase II seleccionaron que presentan la sintomatología de manera leve, mientras que con muy poca diferencia el 28,57 % lo tienen de manera moderada. Se encuentra una igualdad entre grave y ausente con un 14,28% de elecciones y por último un 15% la presenta de manera incapacitante (Figura 2) El 66,66% de mujeres que se encuentran en la fase III de rehabilitación no presentan la sintomatología, mientras que el 33,34 si la presentan y de manera moderada. (Figura 3)

Figura 1

Fase I- Ítem n°1

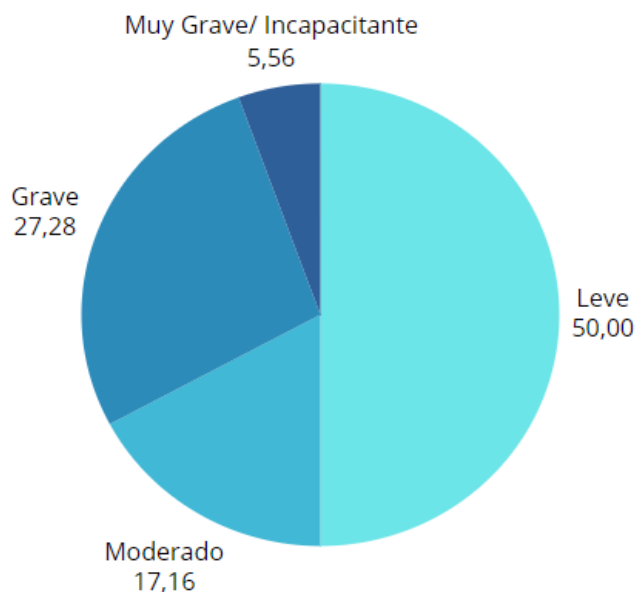


Figura 2

Fase II- Ítem n°1

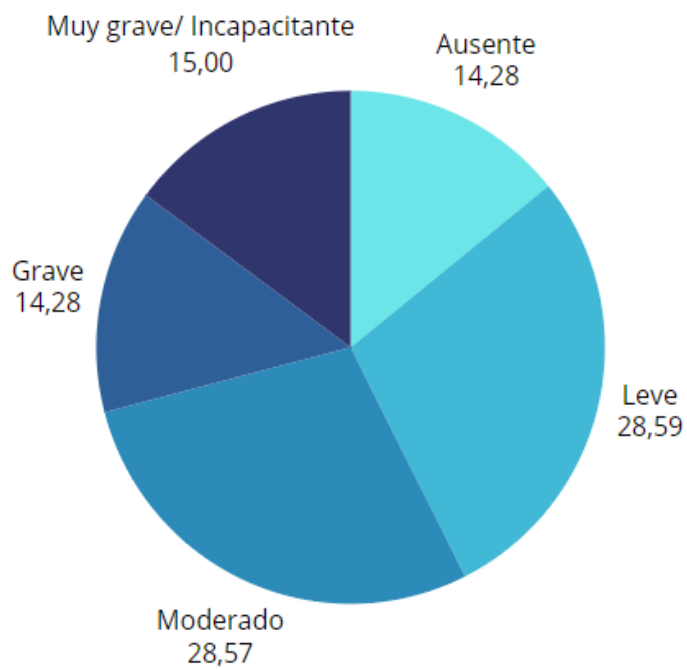
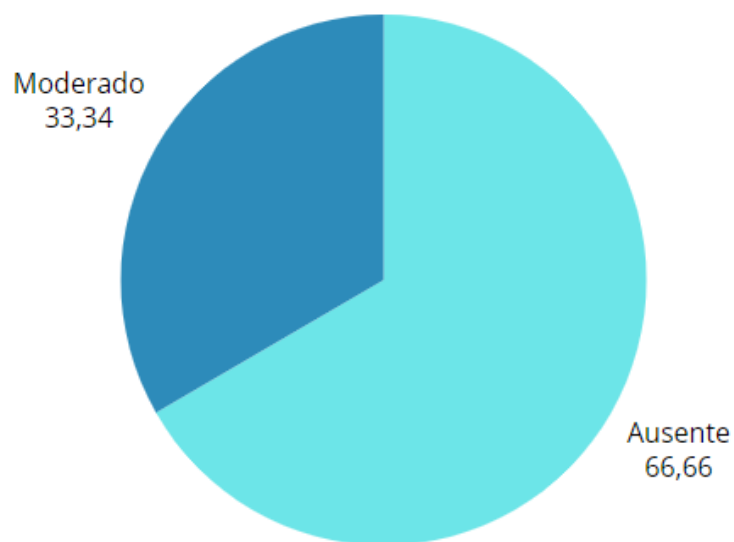


Figura 3

Fase III- Ítem °1



El ítem n°2 refiere a sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, temblores y llanto fácil. En la fase I el 25,8% lo encuentra de manera leve mientras que el 19,4% de las mujeres lo presenta de forma Grave e Incapacitante encontrándose una igualdad entre los mismos, por otro lado el 18,8% no presenta la sintomatología, mientras que por último el 16,6% lo manifiesta de manera moderada. Se presentan resultados con muy poca diferencia entre ellos, lo que nos demuestra la variación de la intensidad de dicha sintomatología en esta primera fase de rehabilitación (Figura 4). En lo que respecta a la fase II, el 48,8% manifiesta tener ausente la sintomatología, mientras que el 16,3% lo presenta de manera moderada. Por otro lado se presenta una igualdad con el 13,9% entre Leve y Muy Grave/ Incapacitante. En último lugar, con un porcentaje menor de 7%, aparece la sintomatología de manera grave (Figura 5). En la fase III, la totalidad del porcentaje se encuentra en la ausencia de los síntomas (Figura 6).

Figura 4

Fase I- Ítem n°2

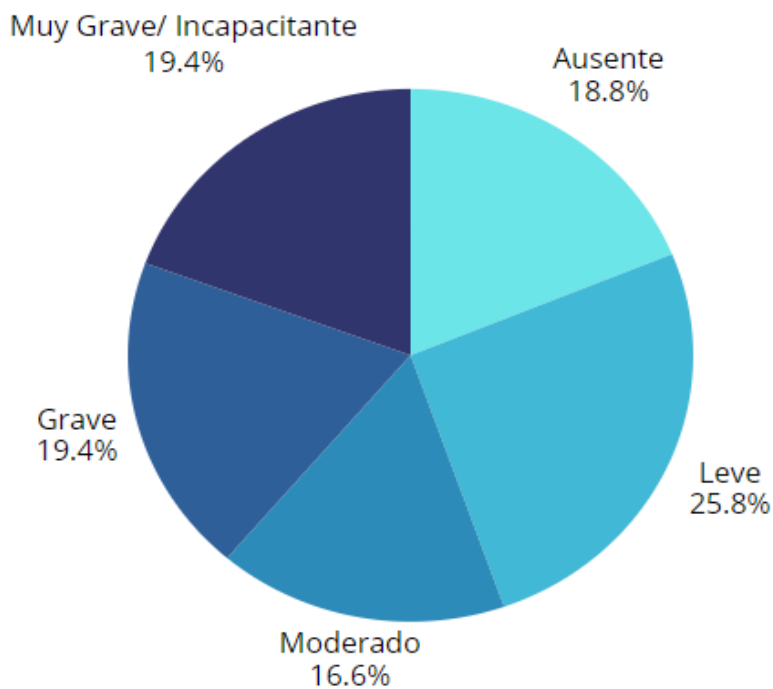


Figura 5

Fase II-Ítem nº2

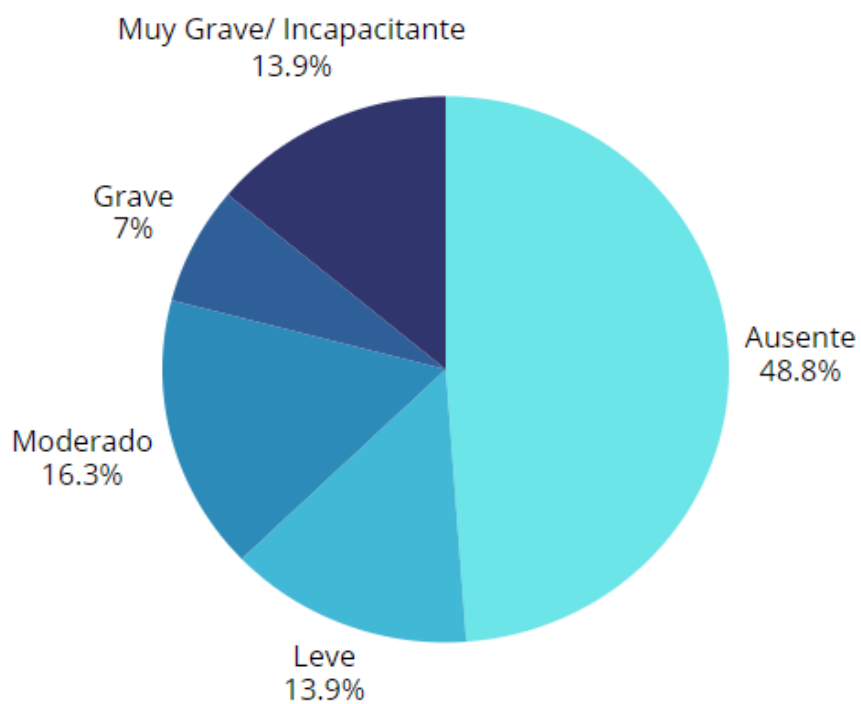
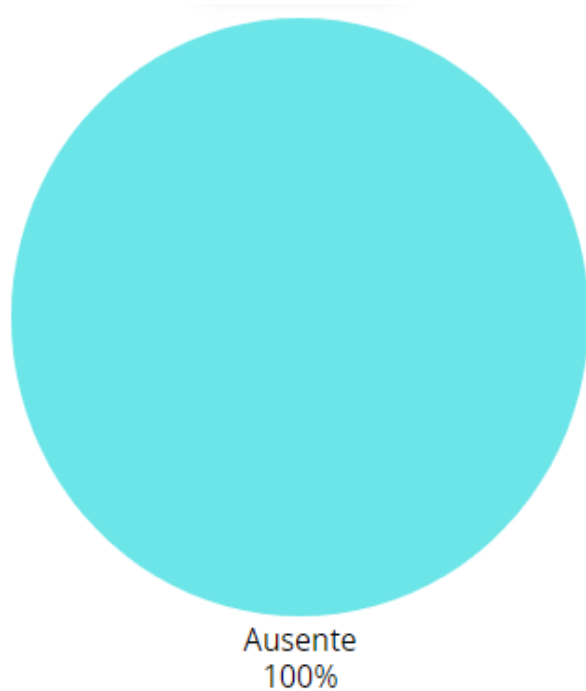


Figura 6

Fase III-Ítem nº2



En lo que respecta al 3er ítem que refiere a temores, en la fase I predomina en las mujeres la ausencia de la sintomatología con un 33,33%, mientras que con un 16,7 % se encuentran igualados los resultados leves, moderados, graves y muy grave/incapacitantes (Figura 7). En la fase II al igual que en la primera fase no se presenta dicha sintomatología en un 60%, mientras que un 26,7% lo presenta de manera leve. Por otro lado, con porcentajes igualados se presentan moderado y grave con un 6,7% (Figura 8). Por último la fase III no presenta sintomatología (Figura 9).

Figura 7

Fase I - Ítem n°3

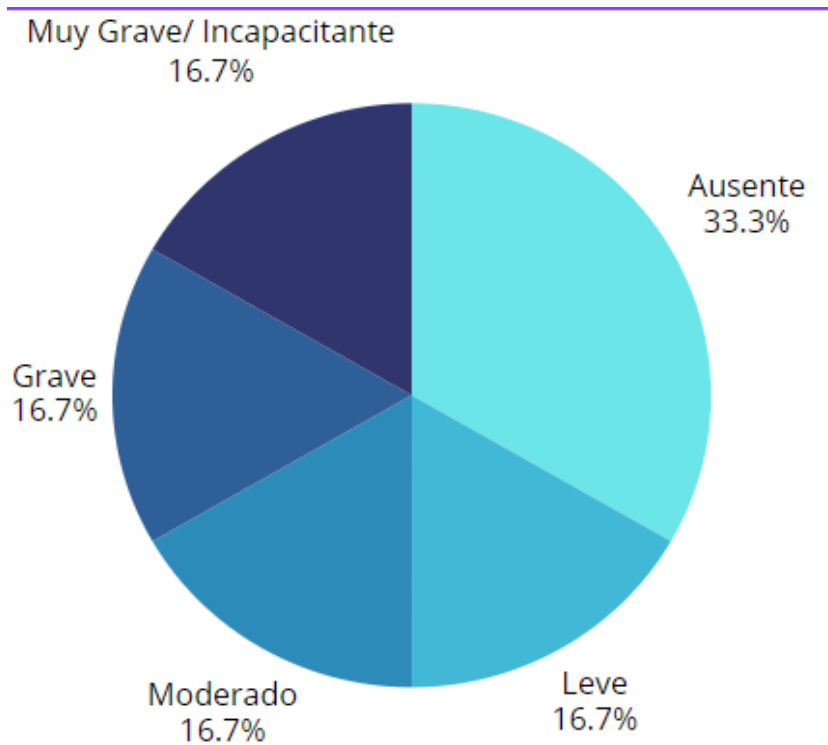


Figura 8

Fase II-Ítem n°3

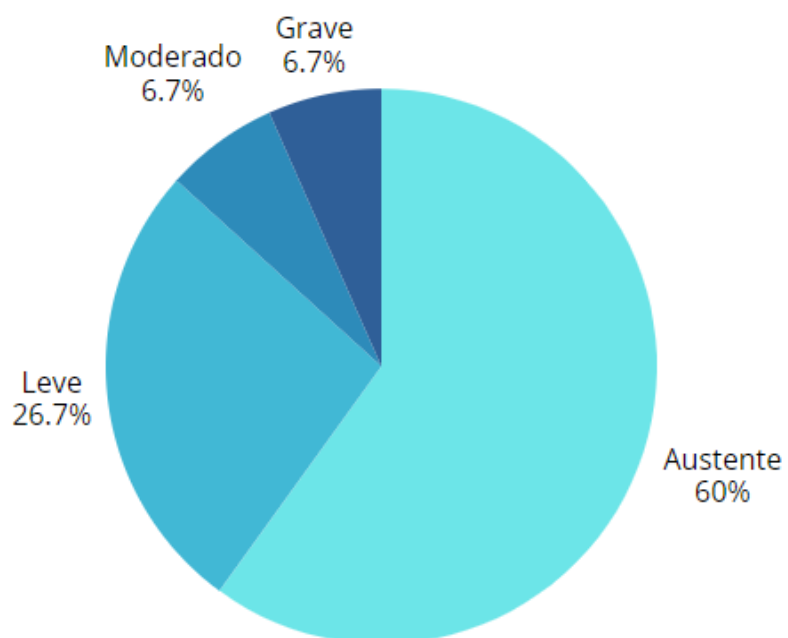
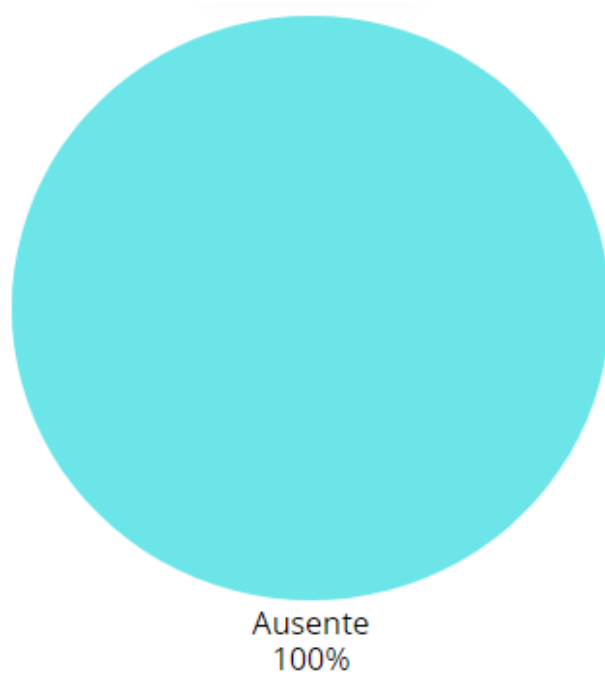


Figura 9

Fase III-Ítem n°3



El ítem n°4 sobre insomnio que engloba la incapacidad de dormir, el sueño interrumpido y cansancio al despertar. El 66,7% de las mujeres en fase I, respondieron que no presentan sintomatología. Aparece un porcentaje igualado entre moderado y grave con un 13,3%. Mientras que el 6,7% de las mujeres expresan tenerlo en un nivel leve (Figura 10). Dentro de la fase II el 71,4% respondieron no padecer dicho síntoma, mientras que el 21,4% expresa tenerlo de manera leve y el 7,1 de manera moderada (Figura 11). Por otro lado en la fase III, el 32% experimenta los síntomas mencionados de forma moderada, mientras que el 68% manifiesta no padecerlo (Figura 12).

Figura 10

Fase I- Ítem n°4

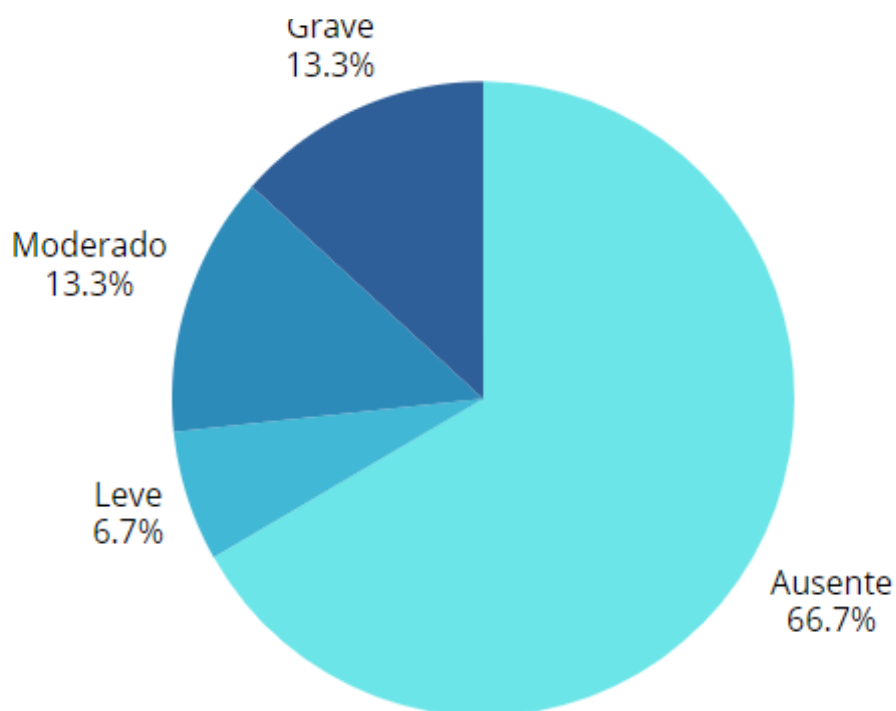


Figura 11

Fase II – Ítem n°4

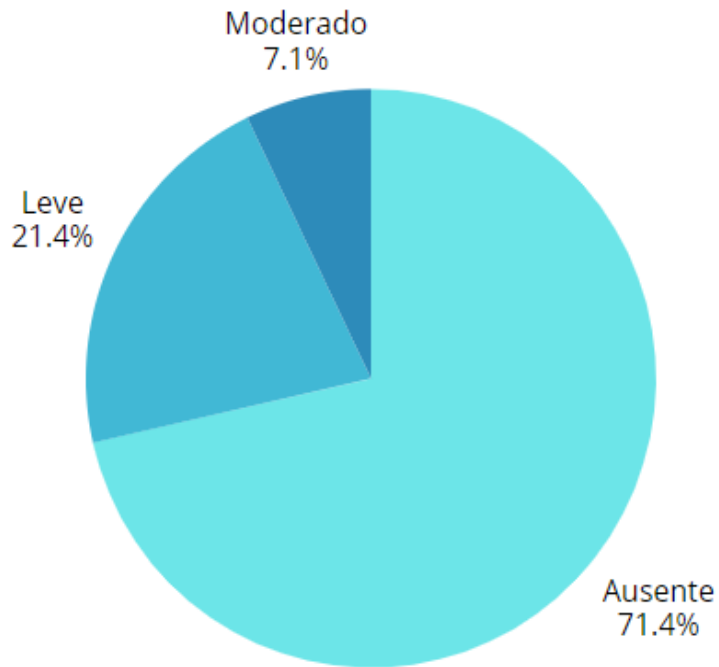
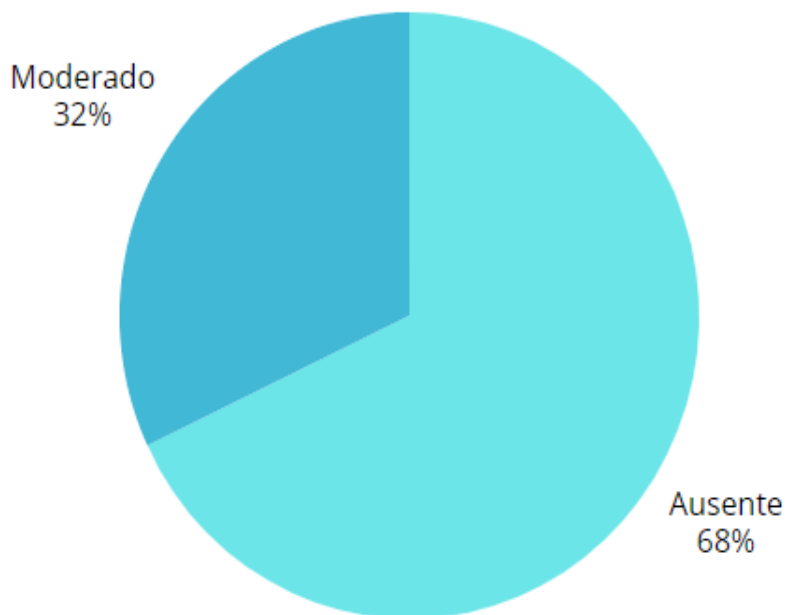


Figura 12

Fase III- Ítem n°4



El ítem n°5 refiere a la capacidad cognitiva, dificultad para concentrarse, la memoria deteriorada entre otras cosas. En la fase I el 24% expresa no presentarlo, mientras que de manera leve, moderada y muy grave se igualan con él porcentaje 23,4% de elecciones. Con un porcentaje mucho menor de 5,8% se destaca el padecimiento de esta sintomatología de manera grave (Figura 13). En la fase II, el 50% de las mujeres dicen padecerlo de manera muy grave/incapacitante, el 35,7% refiere tenerlo de manera moderada, mientras que el 14,3% refirieron no presentarlo (Figura 14). El 66,7% de las mujeres de la fase III expresaron tener dicha sintomatología de manera leve, mientras que el 33,3% manifiesta que no se presenta (Figura 15).

Figura 13

Fase I- Ítem n°5

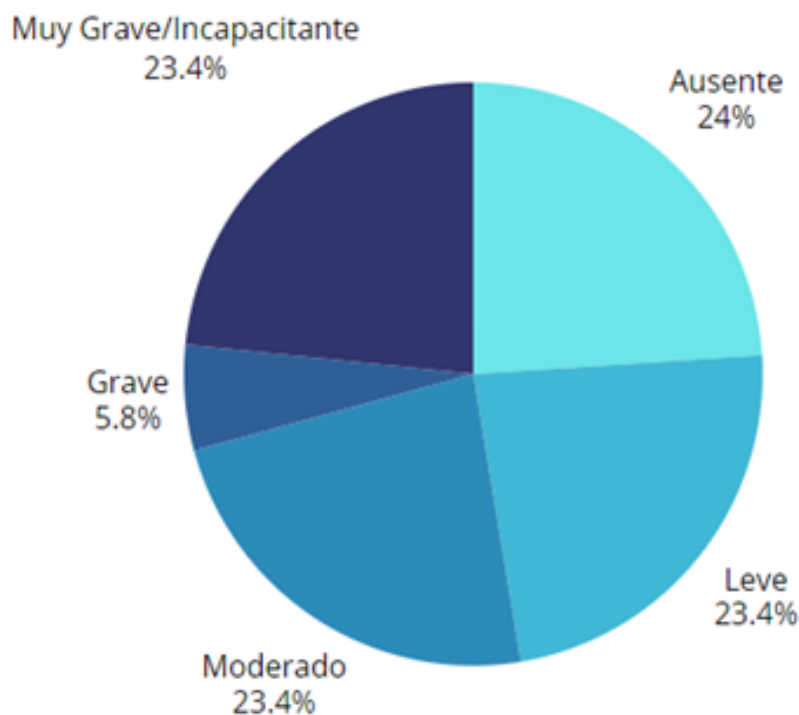


Figura 14

Fase II- Ítem n°5

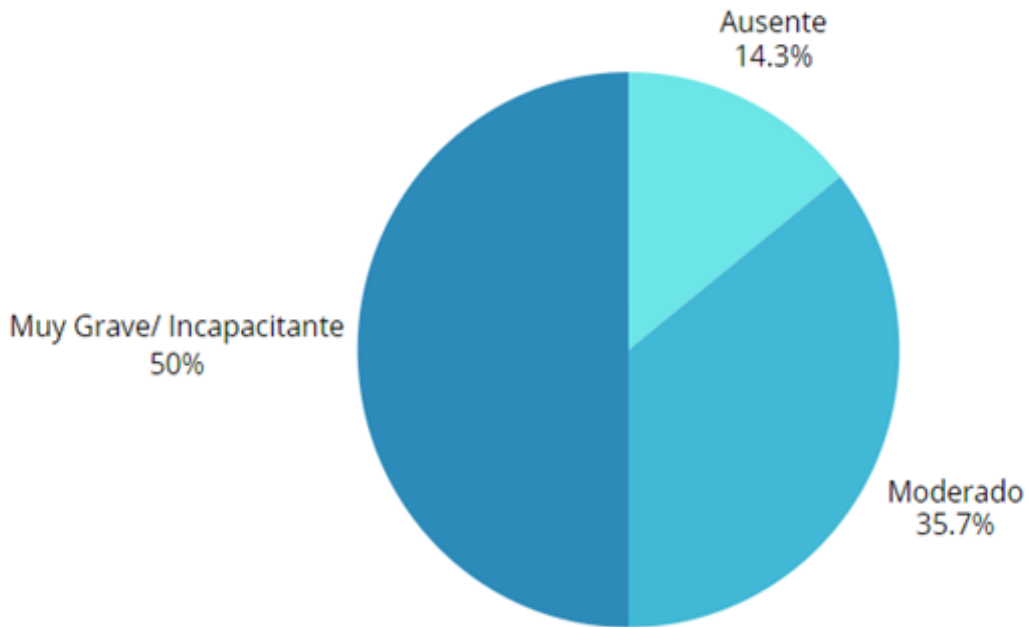
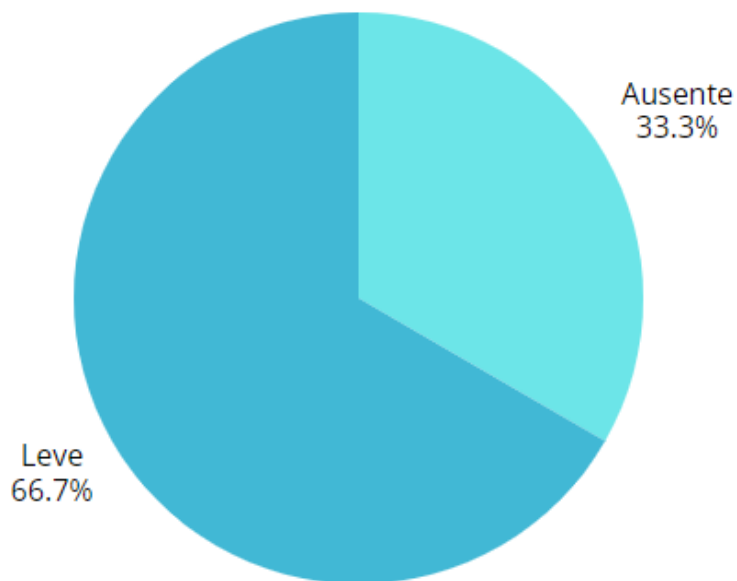


Figura 15

Fase III-Ítem n°5



En el ítem n°6 sobre la sintomatología del estado de ánimo deprimido, el 33,5% de la fase I expresa la ausencia de la sintomatología. Mientras que aparece con un 27,9% de manera leve, por otro lado un 22,3% lo manifiestan de forma grave. Finalmente el 16,3% lo presenta de forma moderada (Figura 16). Respecto a la fase II el 57,2% considera no presentar los síntomas, mientras que nuevamente se encuentra una igualdad entre Leve y Moderado con un 21,4% (Figura 17). La fase III coincide con la ausencia del mismo en un 100% (Figura 18).

Figura 16

Fase I- Ítem n°6

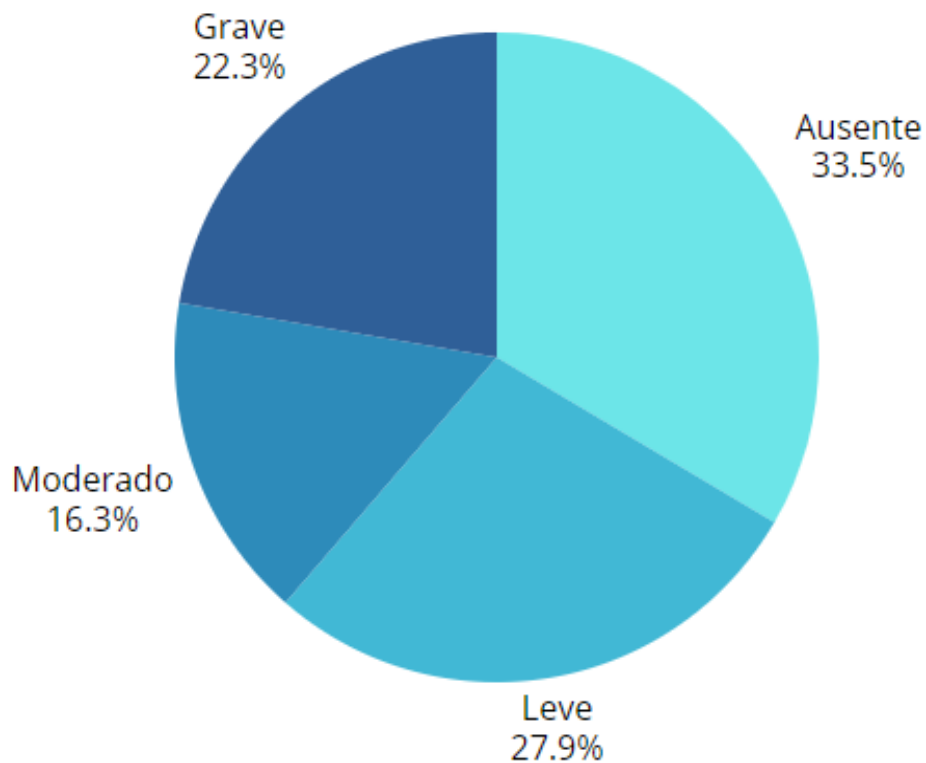


Figura 17

Fase II- Ítem n°6

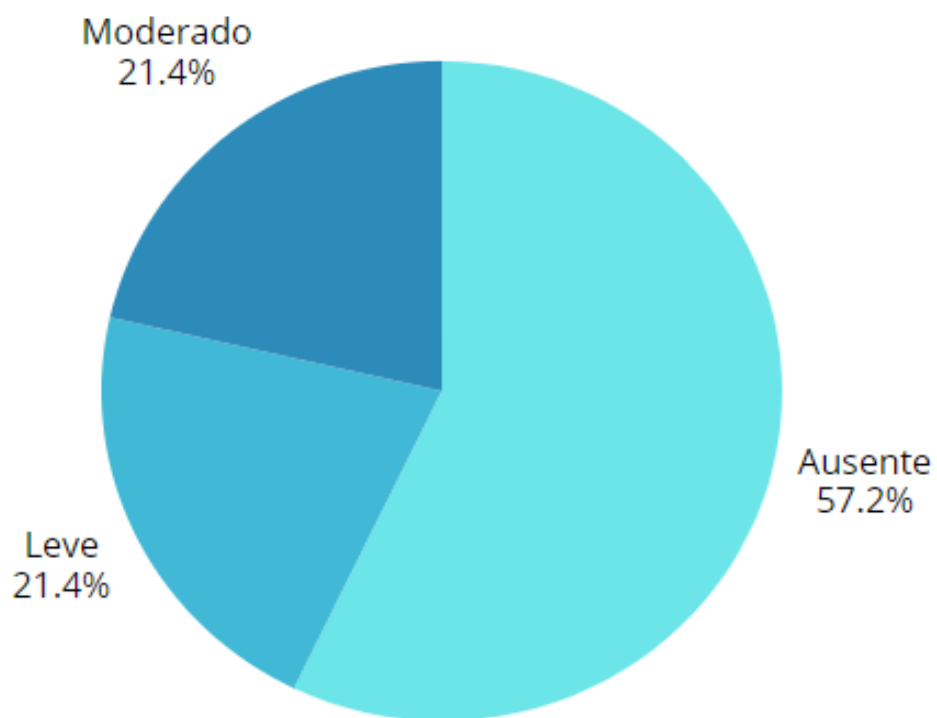
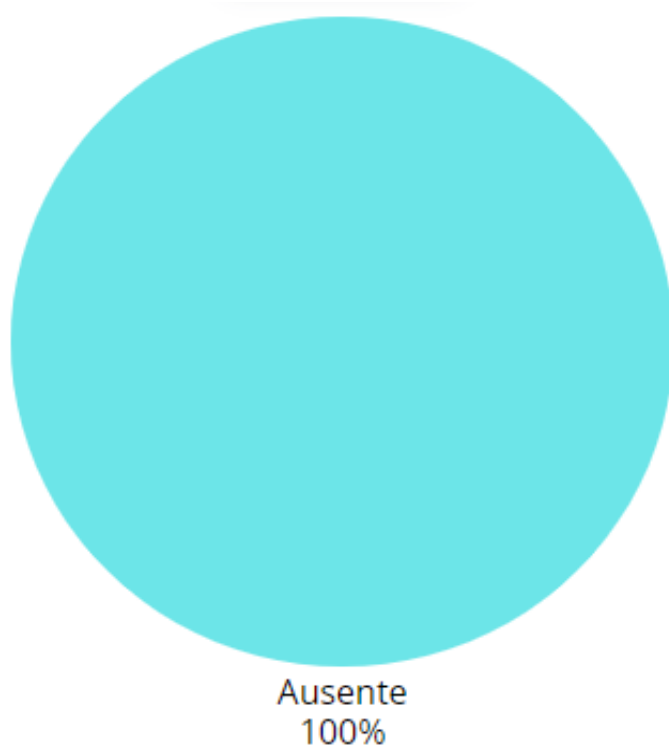


Figura 18

FASE II- Ítem n°6



El ítem n°7 refiere a los síntomas somáticos generales, como los dolores musculares, la rigidez muscular, el crujir de dientes, la voz temblorosa, entre otros. La fase I en un 50% presenta ausencia de los mismos, mientras que un 22,2% lo manifiesta de manera grave. El 16,7% de forma leve y en último lugar con un 11,1% vivencia dicho síntoma de manera moderada. (Figura 19). La fase II presenta la ausencia del mismo con un 46,4%. De forma leve se manifiesta con un 37,1%. Mientras que con un 16,6% la sintomatología aparece de manera moderada (Figura 20). En último lugar la fase III nuevamente coincide manifestando que no se presenta la sintomatología (Figura 21).

Figura 19

Fase I- Ítem n°7

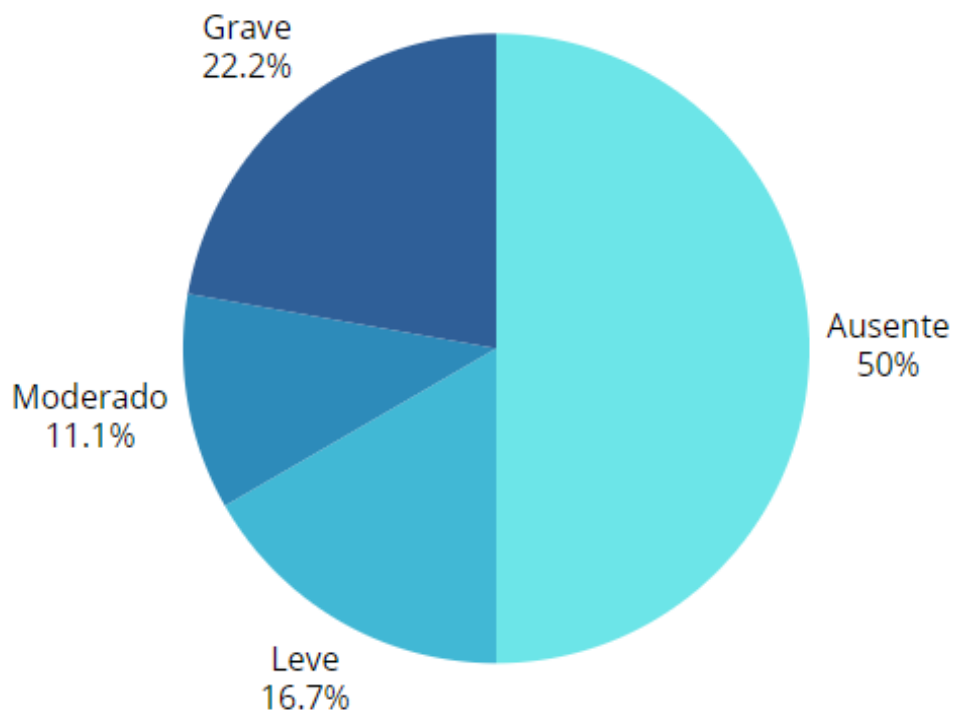


Figura 20

Fase II-Ítem nº7

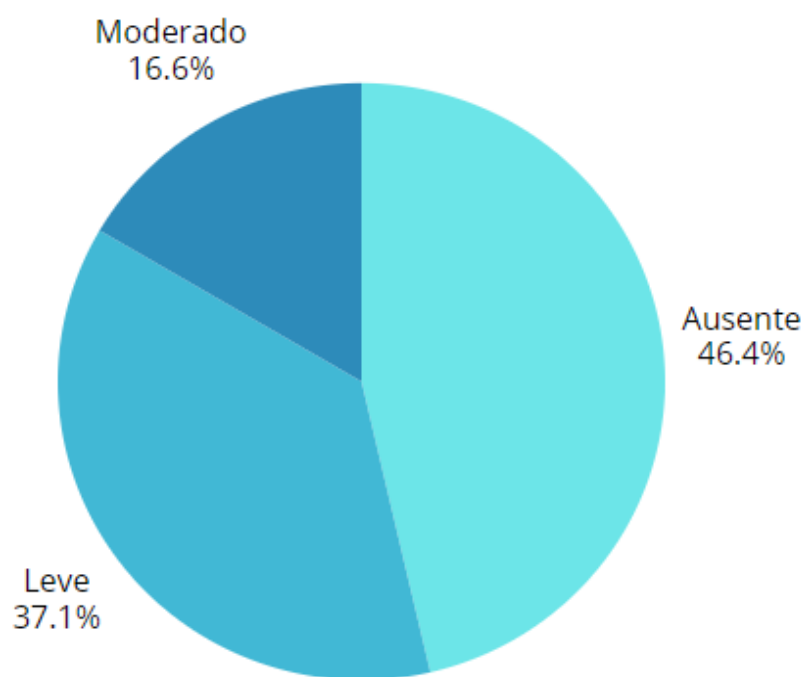
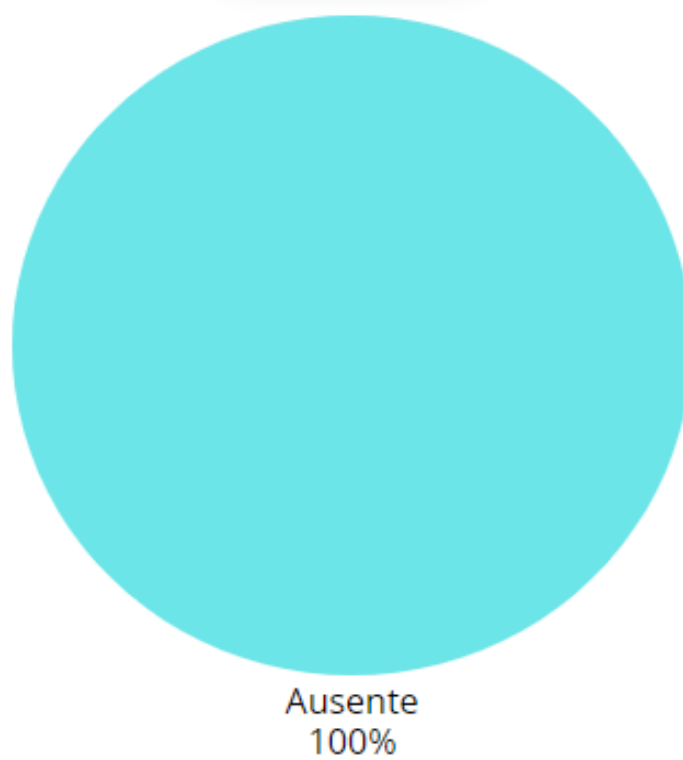


Figura 21

Fase III-Ítem nº7



El ítem n°8 presenta los síntomas somáticos generales pero a diferencia del anterior, refiere a lo sensorial como zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos, escalofríos, sensación de debilidad y hormigueo. En la fase I el 55,5% manifiesta no tenerlo, mientras que aparece de forma leve en un 27,8%. El resto con un 16,7% se presenta de forma grave (Figura 22). La fase II con un porcentaje que difiere levemente de la fase I, no presenta la sintomatología, es decir, ausente en un 57,2%. Un 28,6% se manifiesta de manera leve, mientras que un 14,3% lo presenta de manera moderada (Figura 23). Dentro de la fase III hay coincidencia en su totalidad por la ausencia de los síntomas (Figura 24).

Figura 22

Fase I-Ítem n°8

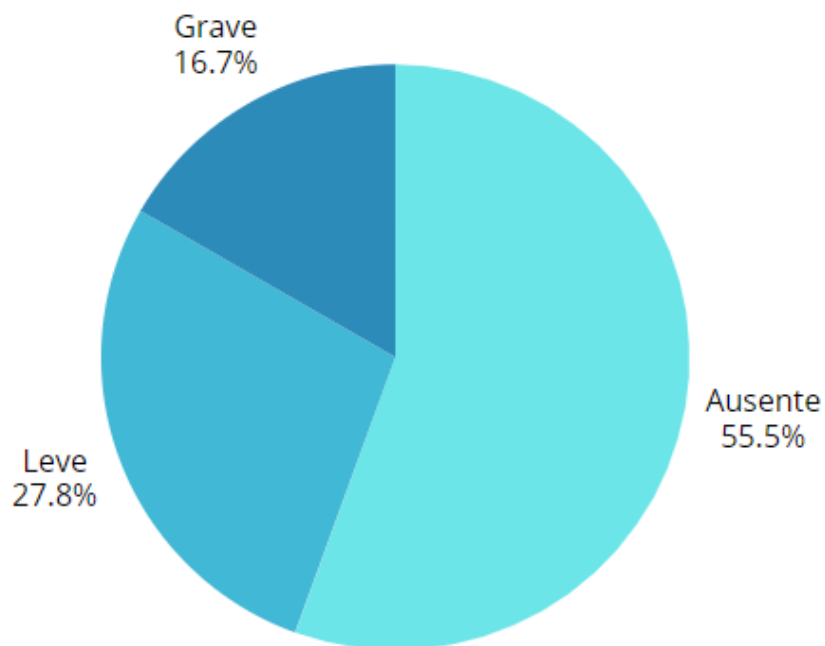


Figura 23

Fase II- Item n°8

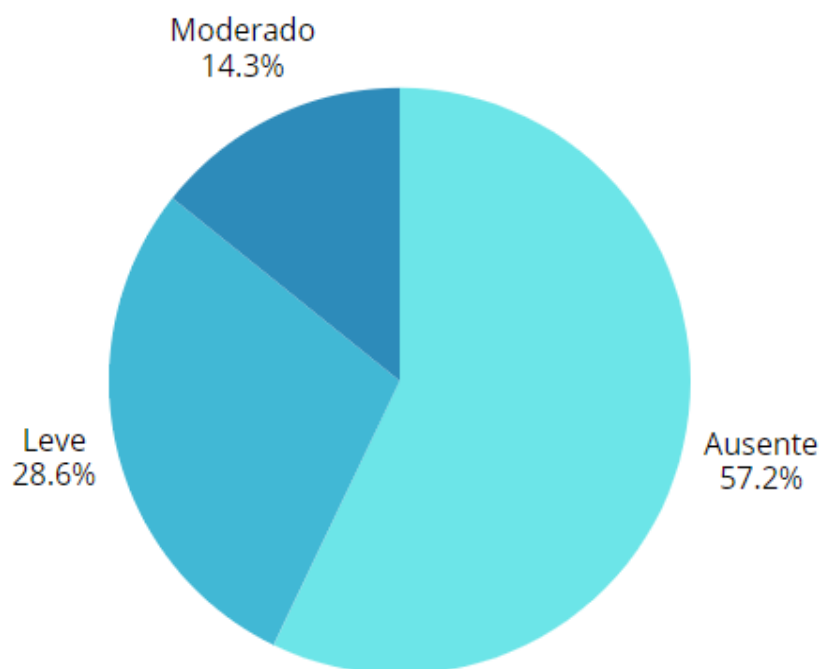
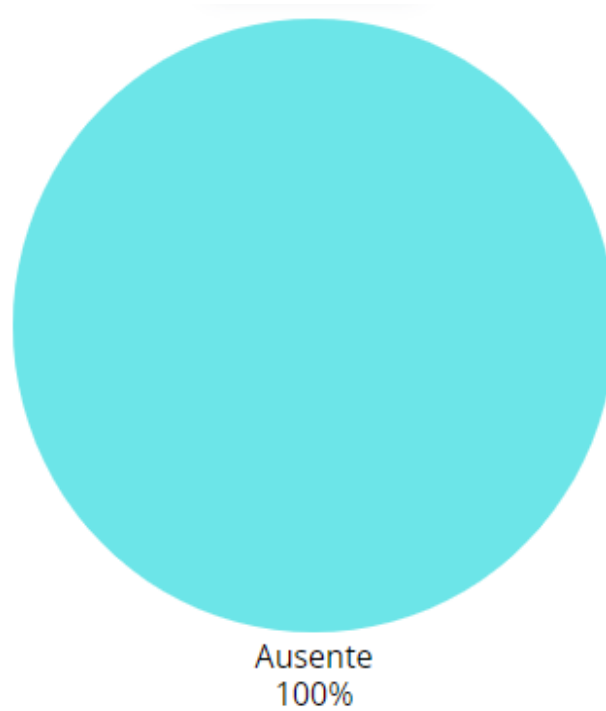


Figura 24

Fase III- Ítem n°8



El ítem n°9 refiere a los síntomas cardiovasculares como taquicardia, palpitaciones, dolor de pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo y extrasístole. En la fase I un 40% no lo manifiesta, mientras que hay una igualdad entre cuatro resultados con un 15% entre leve, moderado, grave y muy grave (Figura 25). La fase II, el 43% no presenta el síntoma, el 21,4% lo exhibe de manera moderada. Mientras que en un 14,3% se igualan los porcentajes entre Grave y Muy Grave/Incapacitante. Con el porcentaje menor se manifiesta de manera leve con un 7% la sintomatología (Figura 26). En la fase III, un 100% coincide en la ausencia del síntoma (Figura 27)

Figura 25

Fase I- Ítem n°9

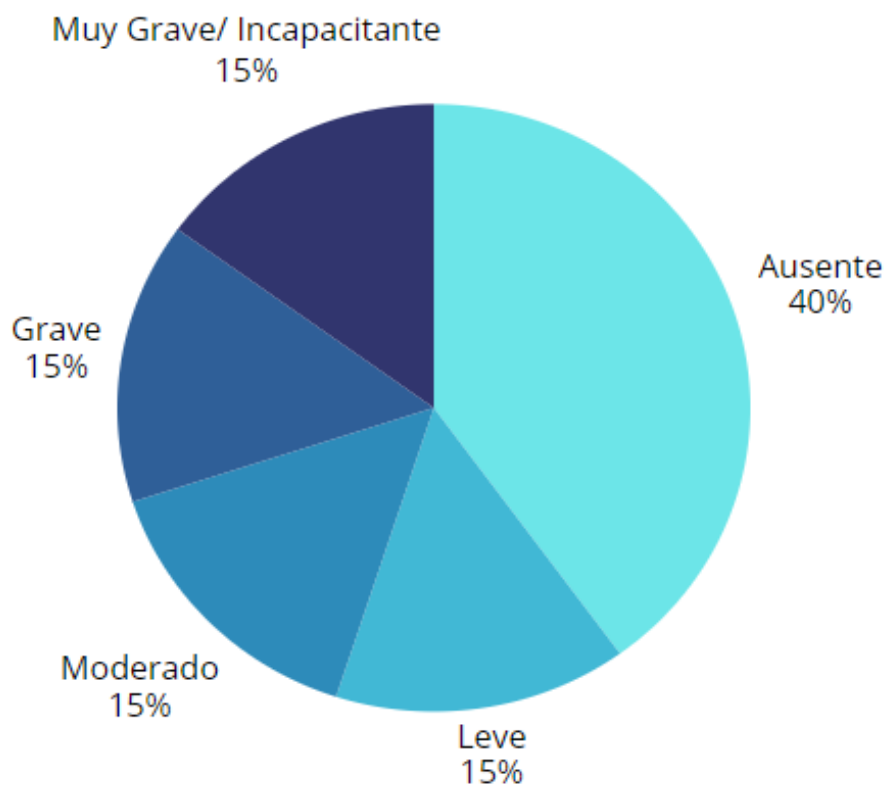


Figura 26

Fase II- Ítem n°9

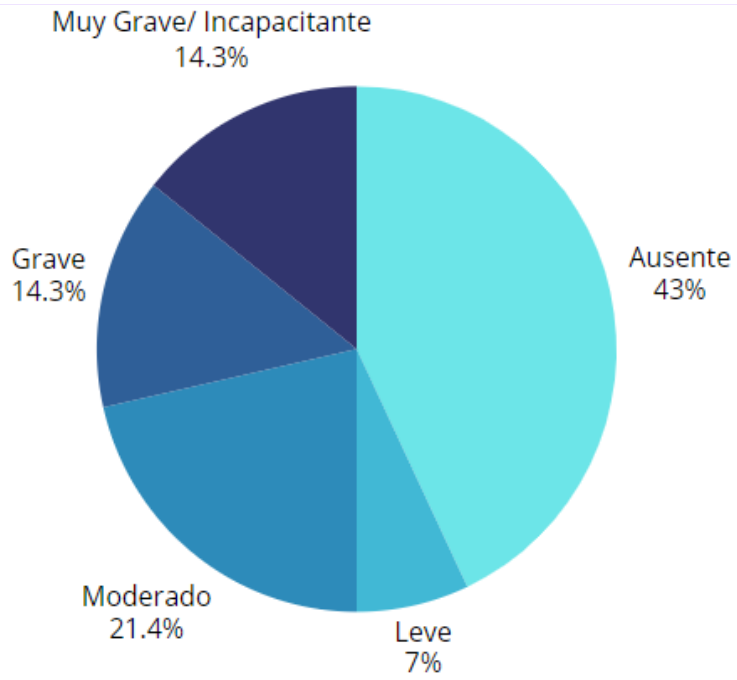
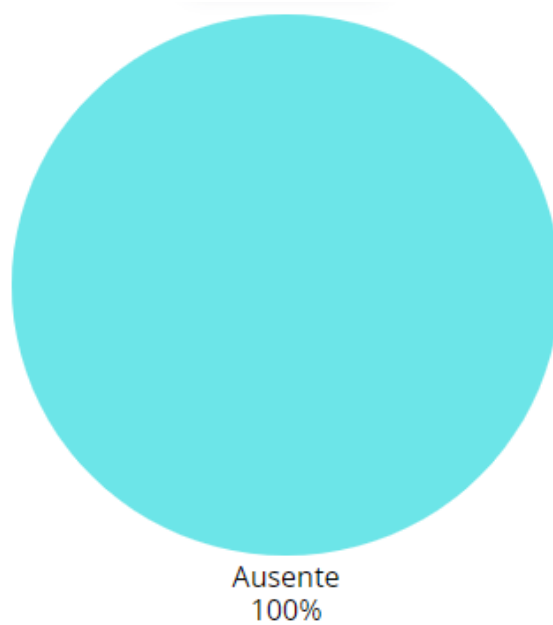


Figura 27

Fase III- Ítem n°9



El ítem n°10 es sobre síntomas respiratorios como sensación de ahogo, constricción en el pecho, suspiros y disneas. En la fase I hay ausencia en un 55,6%. Mientras que aparece de manera leve en un 16,7%. Se igualan los resultados en un 11,1% entre sintomatología moderada y grave. Un 5,6% lo presenta de manera muy grave/incapacitante (Figura 28). La fase II similar a la I con un porcentaje 57,1% manifiesta la ausencia de síntoma, mientras que un 21,4% aparece de manera leve, de forma grave se manifiesta en un 14,3%. Por último se manifiesta en un 7,1% de manera moderada (Figura 29). Mientras que dentro de la fase III, no hay presencia de síntomas (Figura 30).

Figura 28

Fase I- Ítem n°10

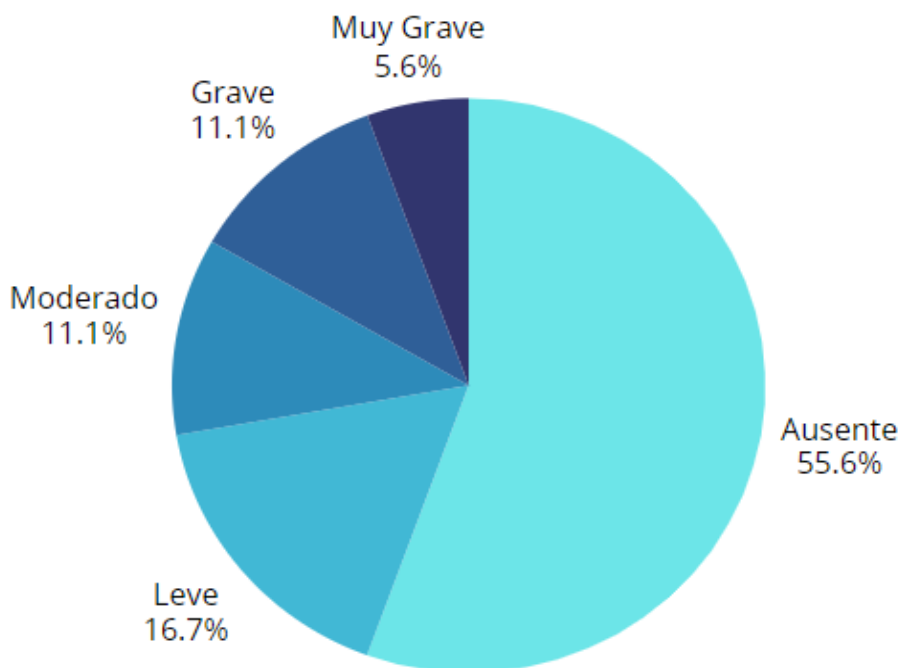


Figura 29

Fase II- Ítem nº10

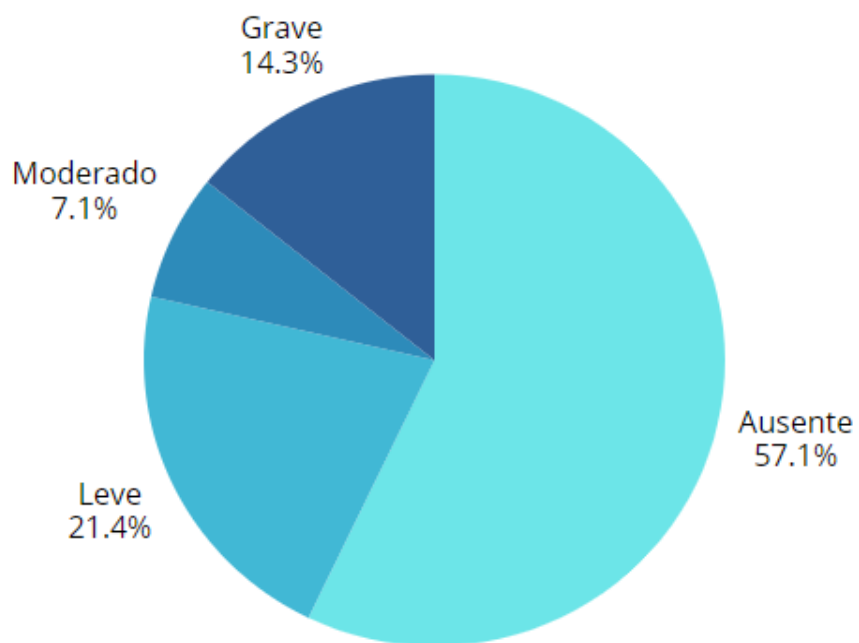
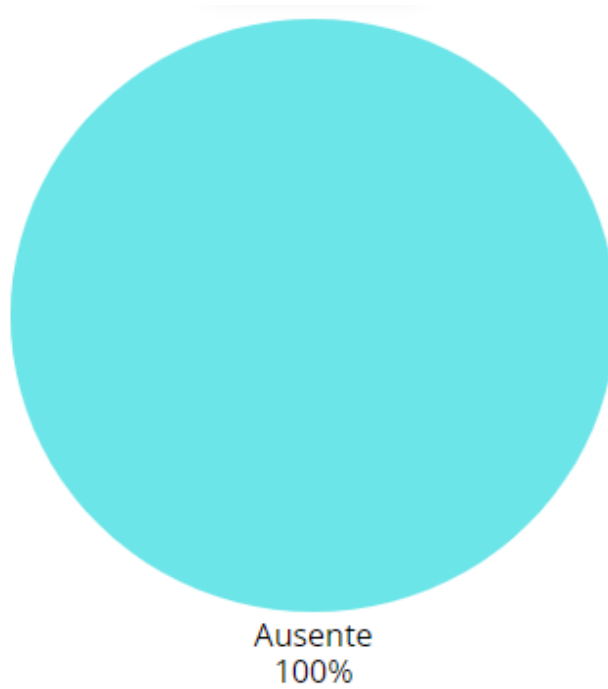


Figura 30

Fase III- Ítem nº10



El ítem n°11 refiere a los síntomas gastrointestinales como dificultad para tragar, dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, entre otras cosas. La fase I presenta ausencia en un 44,7%, de forma leve se manifiesta en un 38,6%, mientras que en un 11,2% se presenta de forma grave. Con un porcentaje menor se manifiesta de forma moderada con un 5,6% (Figura 31). La fase II se caracteriza por el 57,1% de mayoría ausente, mientras que el 21,4% se da de manera leve, el 14,3% de forma grave y con un porcentaje menor de 7,2% se da de manera moderada (Figura 32). La fase III no presenta síntomas en el 100% (Figura 33).

Figura 31

Fase I- Ítem n°11

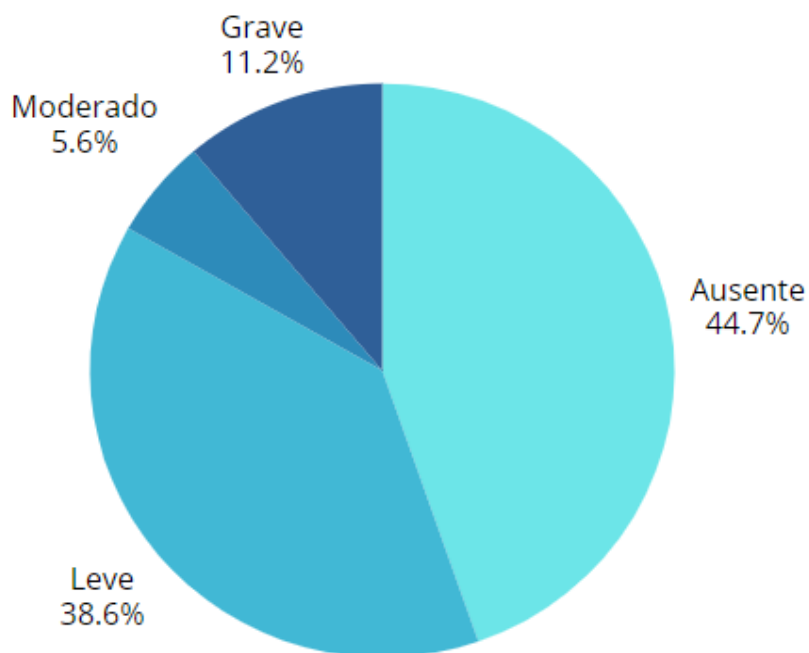


Figura 32

Fase II-Ítem n°11

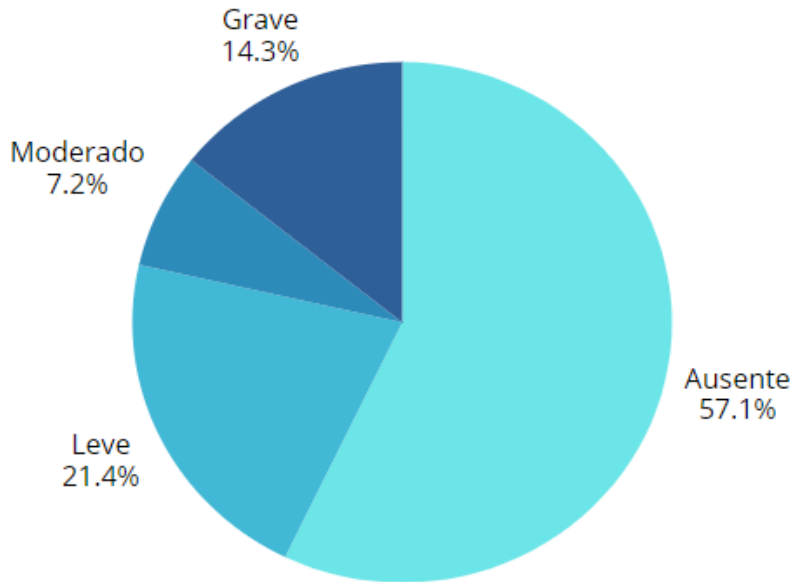
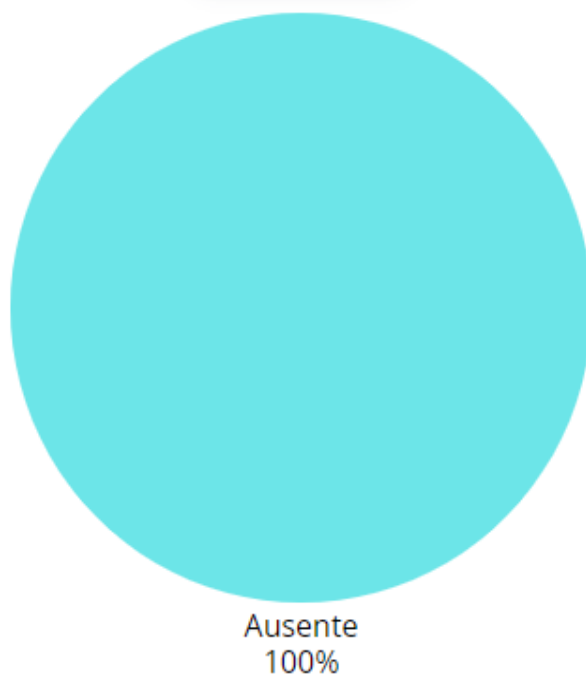


Figura 33

Fase III- Ítem n°11



El ítem n°12 se enfoca en los síntomas genito urinarios como micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección e impotencia. En la fase I el 72,2% respondió que no presenta dicha sintomatología, mientras que igualados con un 11,1% se presentan de manera leve y de manera moderada. Por último en un 5,5% de las participantes se presenta de manera grave e incapacitante (Figura 34). Dentro de la fase II, se destaca con un 50% la ausencia de los síntomas, mientras que un 35,7% de las mujeres expresa presentarlos de manera leve y por último un 14,3% de manera moderada (Figura 35). En relación a la fase III, el 66,7% no lo manifiesta mientras que el 33,3 lo presenta de forma moderada (Figura 36).

Figura 34

Fase I – Ítem n°12

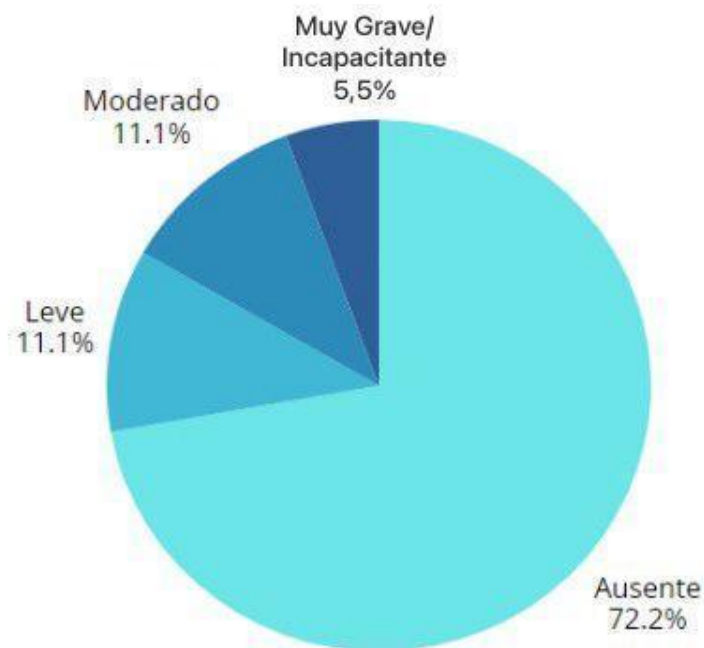


Figura 35

Fase II-Itemº12

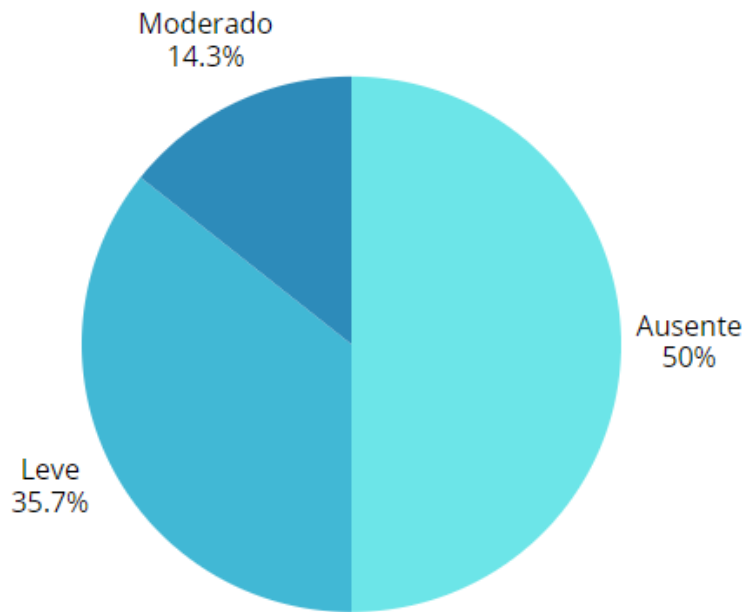
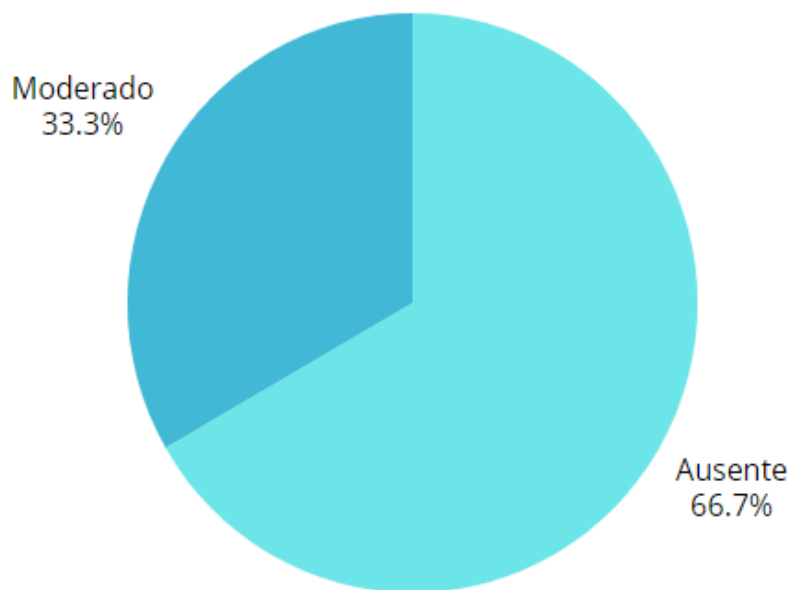


Figura 36

Fase III- Ítem nº12



El ítem n°13 refiere a síntomas autónomos como la boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas, tensión y piloerección (pelos de punta). Dentro de la fase I el 38,9% como porcentaje más alto manifestó tener dichos síntomas de manera leve, mientras que el 33,3% de las mujeres expresó no presentar la sintomatología, en lo que respecta al 16,7% los síntomas aparecen de manera grave, mientras que un 11,1% se encuentran de manera moderada (Figura 37). En la fase II predomina la presencia de la sintomatología de manera leve con un 37,5%, mientras que un 31,2% manifiesta no presentarla. Un 12,5% expresa tenerla de manera moderada mientras que también la igualdad de porcentaje se encuentra manifestada de manera Muy Grave/Incapacitante. Por último un 6,2% encuentra la sintomatología de manera grave (Figura 38). En la fase III hay un 100% de coincidencia en la no presencia de dichos síntomas (Figura 39)

Figura 37

Fase I- Ítem n°13

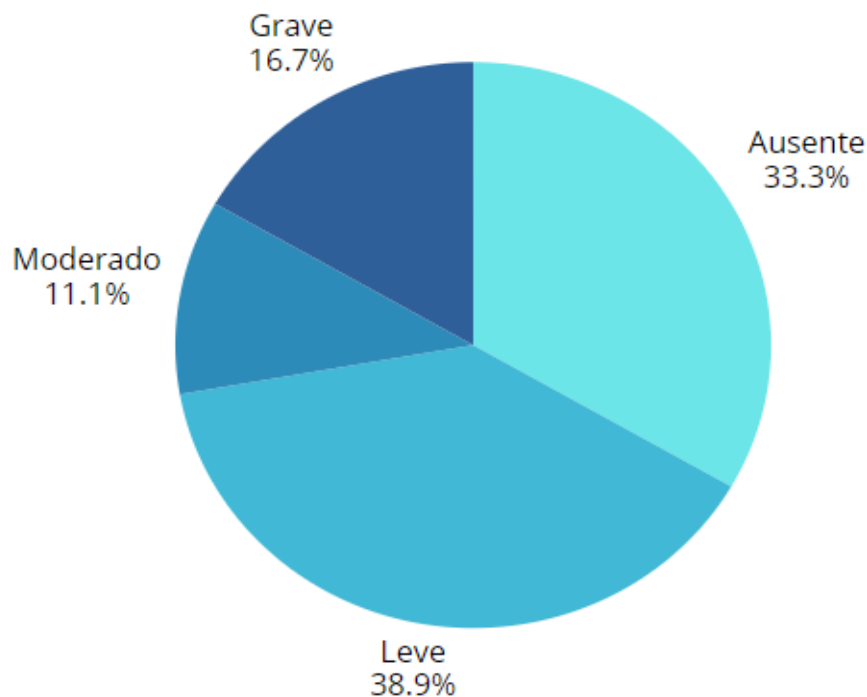


Figura 38

Fase II- Ítem n°13

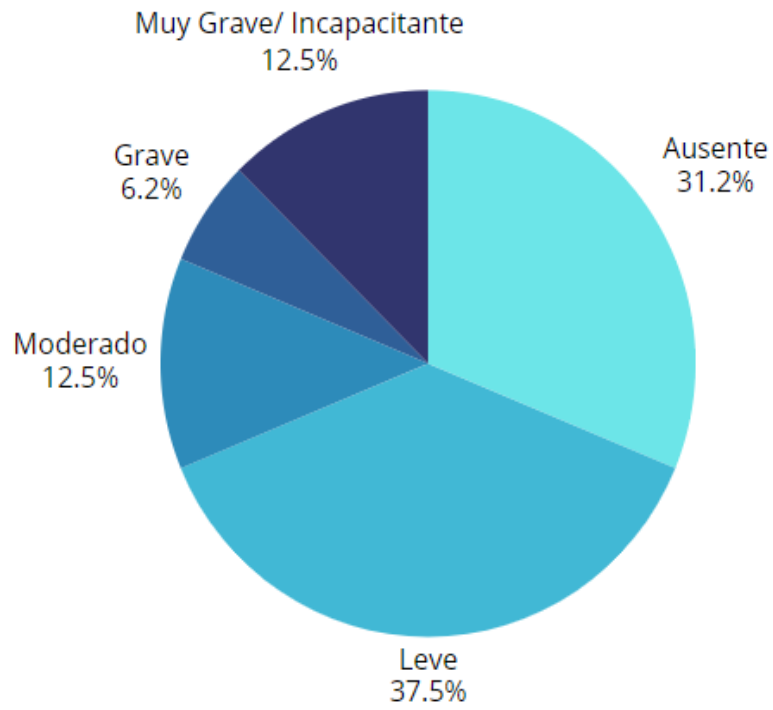
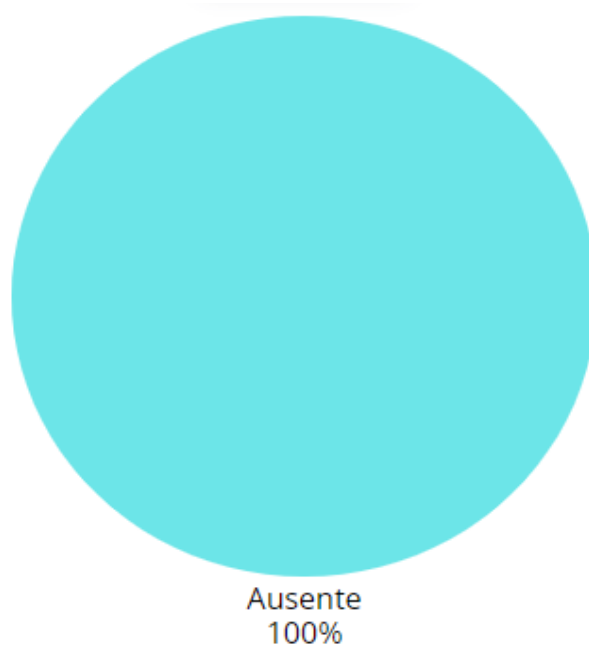


Figura 39

Fase III- Ítem n°13



Finalizando, el ítem n°14 hace referencia al comportamiento que tuvieron durante la entrevista de manera fisiológica y general. Focalizando en el estado tenso, la imposibilidad de relajarse, la agitación nerviosa de manos. Los dedos apretados, tics, inquietud, entre otras cosas. Dentro de la fase I el 61,1% manifestó no presentar ningún síntoma, mientras que 33,3% expresó si presentarlos pero de manera leve, sólo un 5,6% decidió que dichos síntomas aparecían de forma muy grave e incapacitante (Figura 40). Respecto a la fase II la mayoría manifestó no presentar la sintomatología con un porcentaje de 78,6%, mientras que un 7,1% lo vivencia de manera moderada y un 14,3% de manera grave (Figura 41). Dentro de la fase III el 100% expresó la ausencia de los síntomas presentados (Figura 42).

Figura 40

Fase I- Ítem n°14

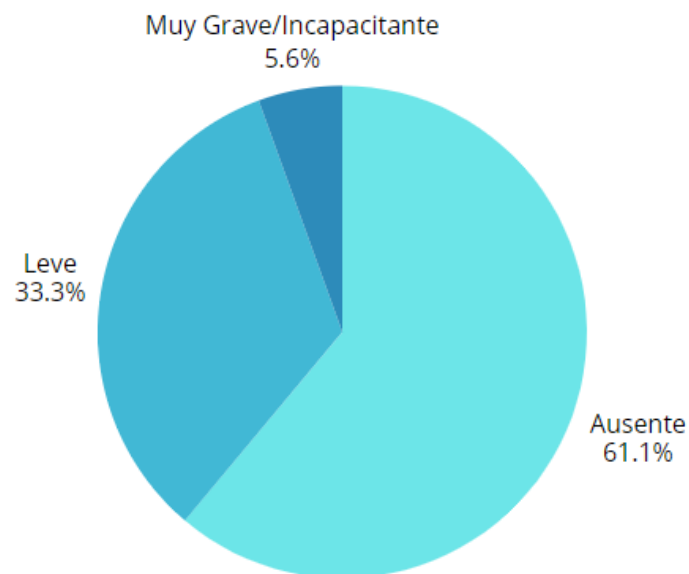


Figura 41

Fase II- Ítem n°14

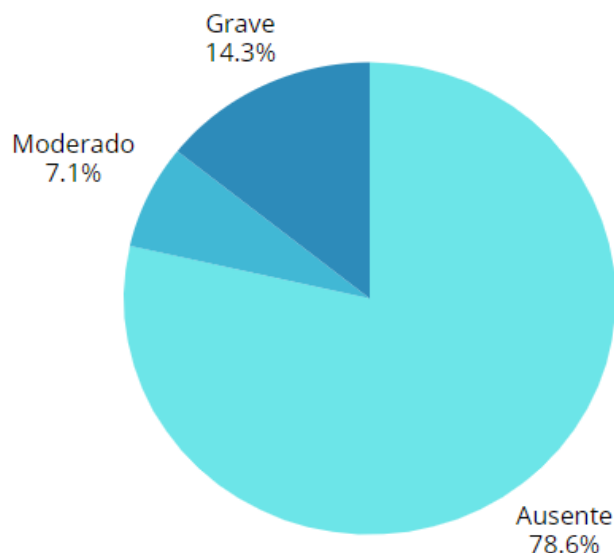
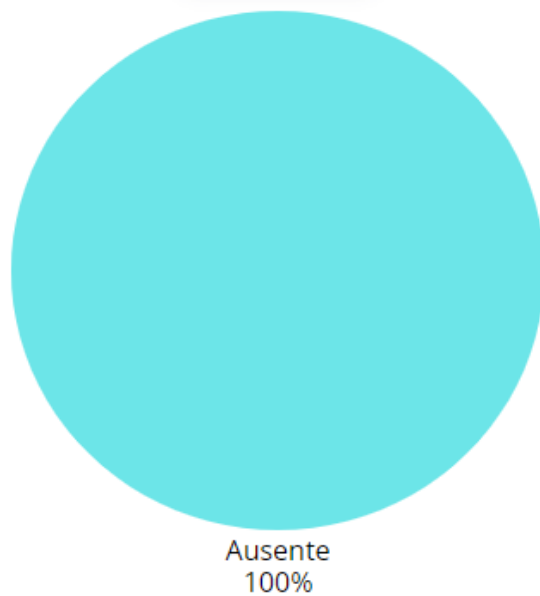


Figura 42

Fase III- Ítem n°14



Finalmente, se exhiben tres gráficos circulares que ilustran el porcentaje de sintomatología general en cada etapa del tratamiento. Al analizar estos gráficos, se evidencia una disminución progresiva de la ansiedad a lo largo de las diversas fases. En primer lugar el gráfico representa la primera fase (Figura 43), en segundo lugar la segunda fase (Figura 44) y en tercer lugar respectivamente la tercera fase (Figura 45).

Figura 43

Resultados generales del nivel de ansiedad - fase I

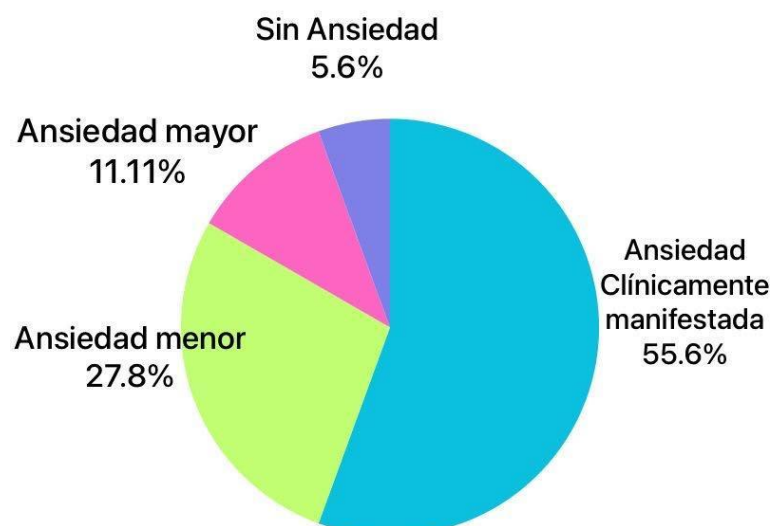


Figura 44

Resultados generales del nivel de ansiedad – Fase II

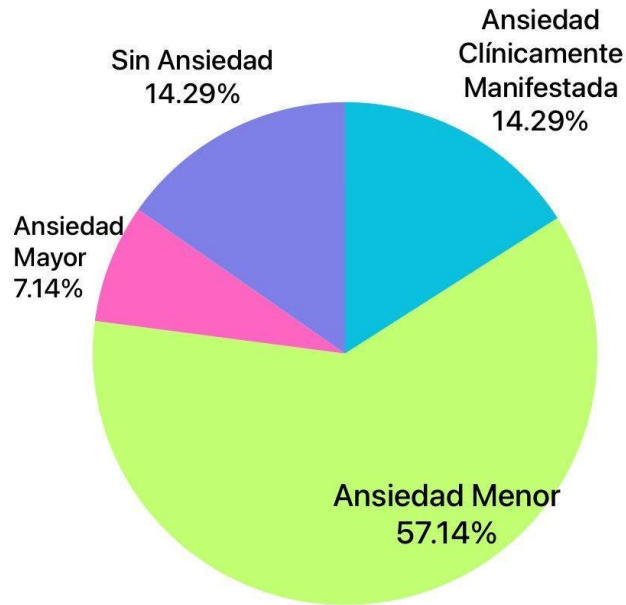
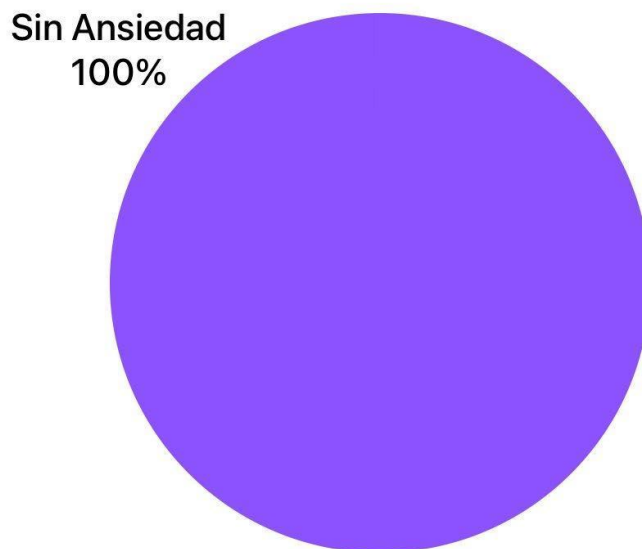


Figura 45

Resultados generales del nivel de ansiedad – Fase III



Discusión

Mediante la investigación realizada se pudieron cumplir los objetivos previamente establecidos. Uno de los principales fue analizar la ansiedad que se manifiesta en el tratamiento de mujeres por consumo de sustancias, mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A). Se pudieron observar los niveles de ansiedad que presentan las mujeres en tratamiento residencial en dos instituciones del AMBA, por consecuencia del consumo problemático de sustancias psicoactivas, al igual que también se pretendió describir la sintomatología predominante en cada fase de tratamiento.

De un total de 35 mujeres participantes de la investigación, con el porcentaje más bajo obtenido el 5,7% de ellas refiere tener ansiedad mayor mientras que con un 20% se evidencia la ausencia de ansiedad. Por otro lado un 37,14% de las mismas padece ansiedad menor mientras que con el rango más elevado de porcentaje, aparece la ansiedad clínicamente manifestada con un 61,90%. Siendo ampliamente diferenciada del resto, por su alta coincidencia.

Así mismo, otro de los resultados obtenidos a destacar, es el porcentaje final de ansiedad psíquica y somática. Se resalta que el 60% de las mujeres presenta ansiedad psíquica mientras que el 40% de las restantes exponen mediante sus resultados, tener ansiedad somática.

Estos resultados pueden ser contrastados con la investigación llevada a cabo por Suarez Peche y Verona Vallejos (2019) en la cual fue utilizada la misma escala que se presentó en dicha investigación, HAM-A. La ansiedad mayor se encontró en un 66% de las personas, la diferencia con esta investigación es de un 60,3% superando ampliamente el resultado 5,7% obtenido en este estudio. Es decir, no se encontraron similitudes, sino una amplia diferencia de resultado.

Otra investigación que utilizó el mismo instrumento para medir la ansiedad en personas drogodependientes en rehabilitación, fue el de Barros et al. (2020). El estudio arrojó como resultado que el 73,68% no presenta ansiedad, el 21,05% manifiesta ansiedad moderada y el 5,26% ansiedad leve. No se encuentra una correlación positiva de los resultados, ya que en la presente investigación el porcentaje de ausencia de ansiedad es del 20%, ansiedad moderada un 5,7% mientras que con un 37,14% aparece la ansiedad leve. Presentando una gran discordancia entre ambas investigaciones.

Siguiendo el mismo lineamiento, la investigación llevada a cabo por Arevalo Arizaga y Auqui Muñoz (2022) mediante la utilización del instrumento del presente estudio y con objetivos similares, arrojó como resultado que los niveles de ansiedad en personas que se encuentran en rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas eran moderados. Lo cual se aproxima, aunque no llega completamente a ser una coincidencia de resultados con la presente investigación en la cual se destaca con un 61,9% la ansiedad clínicamente manifestada, superando así los niveles de ansiedad moderada que encontraron en el estudio previamente mencionado.

Nuevamente encontramos una discordancia al comparar la presente investigación, con otras realizadas previamente.

Es el caso de Sánchez y Torres (2023), los mismos llevaron a cabo una investigación de tipo cuantitativa, en la cual se disponían a medir el nivel de ansiedad en personas drogodependientes junto a los trastornos del estado del ánimo. Obtuvieron como resultado que el 69% presentaban ansiedad leve, mientras que un 24% ansiedad moderada y por último un 7% ansiedad severa que se puede entender como lo que en la presente investigación llamamos, ansiedad clínicamente manifestada. En la presente investigación un 61,9% de las personas presentaron ansiedad severa, denotando una diferencia de gran amplitud en cuanto a los porcentajes.

En dicha investigación se destaca la sintomatología relacionada a la preocupación persistente por eventos externos y rumiación. Por lo respecto a las fases de tratamiento dicha sintomatología se encuentra predominante en la Fase I y II con un 85,72%, mientras que en la Fase III se encuentra en un 100% ausente.

Es viable encontrar similitudes entre los resultados obtenidos y la información proporcionada por Vintimilla Molina et al. (2020), quienes sostienen que la ansiedad ocasiona respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales. En relación con el consumo de sustancias psicoactivas, es probable experimentar consecuencias tales como obsesiones, compulsiones, crisis de ansiedad y fobias, entre otras manifestaciones. Así, un individuo que ha consumido, o consume tiende a exhibir niveles de ansiedad más elevados, en comparación con alguien que no ha estado en consumo, incluso después de haber cesado el mismo. Se considera relevante vincular estos hallazgos con la hipótesis planteada en la presente investigación, que sugiere que las personas que han estado en consumo, presentan un nivel significativo de ansiedad, incluso tras haber finalizado el mismo.

Para concluir, mediante la visualización de los resultados presentados, se puede considerar que a medida que el tratamiento avanza, los síntomas de ansiedad comienzan a disminuir. Presentando una diferencia significativa entre la primera y última fase de tratamiento (Fase I y III).

Aportes y contribuciones de la investigación

Esta investigación, aporta una comprensión significativa sobre el grado de ansiedad que experimentan las mujeres durante el proceso de rehabilitación por consumo de sustancias.

Esto no solo nos sirve para conocer qué le sucede a una persona que está sufriendo de una dependencia a una sustancia, sino que también favorece a tomar conciencia de cómo impacta dicha problemática en la cotidianeidad de la misma.

Brinda la posibilidad de pensar en desarrollar enfoques futuros especializados para comprender y tratar la ansiedad en contextos similares, pudiendo incorporar nuevas estrategias específicas para la gestión de la misma y así también mejorar la eficacia de los programas de rehabilitación.

Limitaciones de la contribución

No obstante los avances logrados en la investigación, es esencial considerar las limitaciones que presenta la misma. En primer lugar, al aplicar las escalas HAM-A, no se investigó si las participantes estaban bajo tratamiento farmacológico, con ansiolíticos o anti-psicóticos. Esto implica que, si alguna de ellas estaba bajo la influencia de estos fármacos, los niveles de ansiedad podrían no reflejar su estado en la cotidianeidad sin ellos.

Además, al tratarse de una muestra de tan solo 35 personas, los resultados no pueden extrapolarse para generalizar la ansiedad en el proceso de rehabilitación por consumo de sustancias.

Finalmente, se podría considerar un sesgo de permanencia, ya que aquellas mujeres con niveles elevados de ansiedad podrían haber reincidido en el consumo y abandonado el tratamiento debido a la dificultad de soportar su nivel de ansiedad, buscando calmar la misma. Mientras que aquellas que presentaban mayor tolerancia a la frustración, y por consiguiente menor ansiedad, optaron por continuar con el tratamiento.

Futuras líneas

Para las investigaciones subsiguientes, sería valioso explorar de manera más precisa mediante interrogantes personales, los patrones específicos de consumo y, en particular, identificar para enriquecer la investigación el factor desencadenante que lleva a que se involucren en dicha problemática como lo es la drogodependencia. Asimismo, es pertinente considerar si la persona está sometida a tratamiento farmacológico para contrastar los efectos derivados de la dependencia a sustancias psicoactivas.

Otra línea de investigación relevante podría ser, investigar los niveles de ansiedad manifestados durante el tratamiento por abuso de sustancias, incorporando un análisis diferenciado según el género y las distintas franjas etarias.

Referencias

- American Psychiatric Association - APA. (2014). Trastornos de Ansiedad. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed). Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). Trastornos por consumo de sustancias. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.). Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- Arenas, M. Carmen, & Puigcerver, Araceli. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(1), 20-29. Recuperado el 30 de octubre del 2022 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003&lng=es&tlng=es.
- Arévalo Arízaga, G. A., & Auqui Muñoz, I. F. (2022). Ansiedad y depresión en adultos de 18 a 60 años de edad que consumen sustancias psicoactivas del Centro de Rehabilitación CRATI. Período marzo-agosto 2022 (Bachelor's thesis).
- Boeree, C. G. (2006). Sigmund Freud 1856-1939. Recuperado el 5 de febrero de 2008.
- Barros, J. C., Ruilova, M. T., Solórzano, C. B., Pesantez, X. C., Molina, J. V., & Molina, D. V. (2020). Niveles de ansiedad durante el tratamiento en consumidores de sustancias psicotrópicas. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(6), 734-743. https://www.academia.edu/download/55933721/1Sigmund_Freud.pdf

- Cano Vindel, A., Miguel Tobal, J. J., González, H., & Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 10(2), 145-156.
- Cano Vindel, A., & Miguel Tobal, J. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología Contemporánea*, 6(1), 14-21.
- Comunidad Terapéutica Profesional Gradiva. (s.f). Nuestros programas. <http://www.ctgradiva.com.ar/programas.php>
- Cruz Morales, S. E., González Reyes, M. R., Gomez Romero, J. G., & Ramirez, J. P. A. (2003). Modelos de ansiedad. *Mexican Journal of Behavior Analysis*, 29(1), 93-105. <http://rmac-mx.org/wp-content/uploads/2013/05/Vol-29-n-1-93-105.pdf>
- Contreras Olive, Y., Miranda Gómez, O., & Torres Lio-Coo, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(1).
- Delgado, E. C., De la Cera, D. X., Lara, M. F., & Arias, R. M. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36.
- Fernández, G. G., Rodríguez, O. G., & Villa, R. S. (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 159-165.
- Fretell Villacrices, G. R. (2017). Agresividad y ansiedad en pacientes drogodependientes de un centro de rehabilitación de Lima Sur-2017.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*. <https://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/05/HAMILTON-ANXIETY.pdf>

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la Investigación. 4ta edición. McGraw Hill.
- Herreras, E. B. (2008). Neuropsicología y adicciones. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 3(2), 1-3.
- Ley 26.934 de 2014. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. 28 de Mayo de 2014. (Argentina)
- Martínez, M. T. G. (1993). Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional. *Aula: Revista de Pedagogía de la Universidad de Salamanca*, 5.
- Organización Panamericana de la Salud (s.f). Abuso de sustancias. Retrieved September 30, 2022, from <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Orozco, W. N., & Baldares, M. J. V. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 69(604), 497-507.
- Pardo, A. A. E., Solorzano, R. E., Garnica, J., & Condo, A. (2023). Assessment of anxiety in drug-dependent adults institutionalized in rehabilitation centers. *Salud, Ciencia y Tecnología*, (3), 226.
- Real Academia Española. (s.f). Cultura. In *Diccionario de la lengua española*. Retrieved September 30, 2022, from <https://dle.rae.es/rehabilitaci%C3%B3n>
- Rodríguez López, J. A., González Ordi, H., Cano Vindel, A., & Iruarrizaga Díez, I. (2007). Ansiedad en drogodependientes. Diferencias existentes en función del programa de tratamiento. *Ansiedad y Estrés*, 13.

- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividades*, 3(1), 10-59.
- Suarez Peche, M. L., & Verona Vallejos, R. A. (2019). Frecuencia de ansiedad y depresión en consumidores de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación, Chiclayo-2019
- Suarez Peche, M. L., & Verona Vallejos, R. A. (2021). Frecuencia de ansiedad y depresión en consumidores de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación, Chiclayo-2019.
- Sánchez González, A. S., & Torres Restrepo, P. A. (2023). Prevalencia de síntomas asociados a la depresión y ansiedad en adultos consumidores de sustancias psicoactivas en deshabitación, ingresados a centros de atención y rehabilitación por consumo de drogas y alcohol en la ciudad de Bucaramanga.
- Vintimilla Molina, D., Campoverde Pesantez, X., Vintimilla Molina, J., Campoverde Barros, J., Tenemaza Ruilova, M., & Bustamante Solórzano, C. (2020). Niveles de ansiedad: durante el tratamiento en consumidores de sustancias psicotrópicas. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(6).

Anexo

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4

<p>10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.</p>	0	1	2	3	4
<p>11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.</p>	0	1	2	3	4
<p>12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.</p>	0	1	2	3	4
<p>13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)</p>	0	1	2	3	4
<p>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente acepto participar voluntariamente en la investigación llevada a cabo por la estudiante Micol Rojas cuya finalidad es conocer e indagar sobre la Ansiedad en el tratamiento por Consumo de Sustancias. Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán a continuación.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirandome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Universidad de Flores y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar(o equipo responsable).

Firma:
aclaración:

NOMBRE:
EDAD:

¿En qué fase del tratamiento te encontrás actualmente?