**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

***Diferencias en el nivel de ansiedad y depresión en hombres adultos tempranos (20-40 años) y adultos medios (41-65 años) con abuso de sustancias***

**TESIS**
que para obtener el título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

presenta
**Beatriz Antonio Aparicio**

Directora
**Mtra. Guadalupe Janet Rojas Hernández**
Codirector
**Dr. Héctor Juan Pelayo González**

*10 de junio de 2025*

## Dedicatoria

*A mí familia, amigos y todos aquellos que ocupan un lugar en mi corazón, pero sobre todo para la pequeña Betty, que sea una catapulta y recordatorio para alcanzar más logros.*

**Agradecimientos**

Este trabajo representa demasiadas cosas, pero sobre todo la gran fortaleza para poder sobreponerme a las adversidades. Durante toda esta travesía he pasado por múltiples crisis, aprendizajes y logros, han sido muy importantes cada una de las personas con las que me he cruzado y que seguramente no alcanzaré a nombrar del todo.

Primero que nada, me gustaría agradecer a Dios porque ha sido una gran fuerza omnipotente para seguir en el camino, poder continuar apegada a mi vocación en el día a día y reconocer lo que está en mis manos cambiar, me siento muy bendecida de poder haber reconectado con esta parte tan importante.

A mi madre por haberme apoyado en cada etapa escolar y siempre creer en todo el potencial que tenía, por entender mi profesión y escucharme cada que llegaba después de la universidad para contarle mis nuevos aprendizajes.

A mi padre por haberme enseñado la importancia de la disciplina, la fortaleza y la responsabilidad, por motivarme a dar lo mejor de mí en el trabajo y en la escuela y por mostrarme la importancia de la superación.

A mi hermana Lupita por ser un gran ejemplo de superación y resiliencia, por enseñarme otras formas de hablar y ser escuchada, por mostrarme cómo siempre es posible superar obstáculos y por estar para mí en cada pijamada.

A mi hermana Blanca por recordarme la importancia de siempre permanecer fiel a mí misma, por los videos compartidos, los consejos y también las pijamadas. A ambas por ser mi primera red de apoyo en los momentos más complicados, sobre todo en estos últimos años.

A Luna por mostrarme un tipo de amor muy especial, por enseñarme la importancia de la independencia, de la valentía y la curiosidad, por esperarme cada día al llegar y por acompañarme en cada noche de desvelo.

A mis abuelos por haber trascendido barreras de tiempo y espacio y seguir compartiendo sus enseñanzas y filosofías de vida. Gracias a ellos confirmé que quería impactar en los demás a través del estudio de la psicología. Siempre serán un recordatorio constante de que puedo alcanzar más de lo que me propongo y que debo buscar espacios en los que pueda seguir explotando mi potencial.

A mis amigos de gimnasia: Cristian, Diego, Sofi y Matthew por haberme enseñado a través del deporte que puedo lograr mucho más de lo que imagino, por enseñarme a intentarlo aún con miedo, que es importante no rendirse, por todos esos días llenos de risas antes de mis clases o prácticas, por enseñarme a levantarme después de cada caída y sobre todo por seguir después de tanto tiempo.

A mis amistades de la facultad Esme y Abisag por haber estado juntas en cada trabajo en equipo y desde entonces dar lo mejor para convertirnos en excelentes profesionales. Por acompañarnos en la etapa de mayor incertidumbre después de haber terminado la materia y por ser mucho más que colegas. Me siento muy orgullosa de ustedes.

A mis amistades de la clínica Armando, Luisfer, Elías, Elsa y Angie por su apoyo, por haberme enseñado tanto en el ámbito del abuso de sustancias, por confiar en mi talento y aprendizajes, por cada consejo y tiempo de escucha que me han brindado.

A mis amigos del camp, Ro y Juanpa por ser una gran fuerza en uno de los momentos más complicados de toda mi vida, por demostrarme que siempre habrá buenas personas y que hay que valorar su presencia en tu vida, por acompañarnos también en cada parte de la tesis y motivarnos a acelerar nuestros procesos.

A Lau, por haber llegado en un momento muy vulnerable de mi vida y haberme mostrado el valor de la amistad, por haber aprendido juntas sobre salud mental, apoyarme en los momentos más complicados no solo de la tesis sino de toda mi vida.

A Yess por haber estado conmigo desde el día uno de esta aventura universitaria, por permanecer siempre disponible, escucharme en cada momento de crisis, entenderme o motivarme a seguir adelante pese a cada dificultad,

A mi madrina Mary, la primera maestra. Gracias por enseñarnos tanto desde pequeñas y por siempre motivarme a superarme.

A la Maestra Tere por ser mi mayor mentora e inspiración desde el primer semestre de la universidad, por enseñarme a ver al otro como humano y no únicamente como un diagnóstico, por confiar en mí como persona y como profesional, por permitirme impactar en otros desde la psicología y la orientación

vocacional y sobre todo por seguirme confirmado cada día que una de las mejores decisiones de vida que he tomado es estudiar psicología.

A la Mtra. Rocío por mostrarme otra área de la psicología que siempre había llamado mi atención, por creer en mi potencial y ayudarme a ver el potencial que tengo, por ampliar mi perspectiva sobre el mundo y la psicología, por cuestionarme, por seguirme apoyando y ser mucho más que una mentora.

A Clínica Pacífica, a Clínica Nuevo Amanecer y a cada paciente que he conocido en el proceso porque cada día aprendo algo nuevo, por haber derrumbado prejuicios que tenía, por enseñarme a ver al otro desde otra perspectiva más humana y compasiva.

Como lo he mencionado, terminar este trabajo ha sido todo un reto en el que siempre he estado acompañada de personas muy especiales, pero sobre todo de tres personas que han estado para comprender cada parte difícil del proceso como ser humano que me hizo posponer tanto su término.

Agradecimientos especiales para el Dr. Héctor Pelayo quien a pesar de no conocerme me brindó siempre su apoyo y sabiduría dentro de la psicología y la investigación. Sin duda este trabajo no hubiese sido el mismo sin todo su apoyo, siempre estaré en deuda con usted, agradezco infinitamente su comprensión, paciencia y capacidad para guiarme en cada duda, cada una de sus orientaciones ha sido clave para construir esta tesis.

Mi eterno agradecimiento y admiración para la Maestra Janet, gracias por haberme enseñado tanto sobre psicología y la vida, por haberme puesto en el camino de las adicciones, por enseñarme las posibilidades que puede haber en cada experiencia, por comprender cada dificultad en mi proceso, ha sido una luz de esperanza en mis momentos más difíciles.

Por último, pero no menos importante quiero agradecerme por resistir, por seguir mis metas, por llevarme lejos, por nunca rendirme por creer en mí, por luchar por mí, por serme fiel, por amarme, por elegir la psicología y por siempre elegirme y elegir al amor.

**Resumen**

El presente trabajo surge como respuesta a la preocupación por el aumento en los casos de abuso de sustancias, depresión y ansiedad a nivel global y local. Se incluye una investigación relacionada con el policonsumo, patología dual, factores de riesgo y protección, intervenciones en abuso de sustancias y desarrollo psicosocial en la adultez temprana y media. La muestra incluyó un total de 59 pacientes con policonsumo internados en dos clínicas de rehabilitación en Puebla. La mayoría de ellos entre los 20 y 40 años. Se utilizó un enfoque cuantitativo en el que además de analizar los datos descriptivos se realizó una comparativa entre los datos para corroborar datos significativos $P<0.005$ al aplicar la U de Mann Withney. Los resultados obtenidos apoyan la hipótesis planteada de que los jóvenes presentan mayores puntajes de ansiedad en comparación con los adultos, quienes presentan mayores niveles de depresión. En ese mismo sentido, se observa una diferencia significativa de acuerdo con el nivel de escolaridad siendo mayor la incidencia para aquellos con nivel educativo básico o medio superior en comparación con aquellos con nivel superior. Lo anterior se explica dado que los adultos tempranos enfrentan mayores niveles de ansiedad por establecer su identidad y cumplir con expectativas sociales mientras que los adultos medios pueden presentar mayor índice de depresión debido a la reevaluación de metas no cumplidas, duelos, cambios en roles familiares y sociales o el abuso prolongado de sustancias.

*Palabras clave*: abuso de sustancias, adultos, ansiedad, depresión, escolaridad, jóvenes, patología dual.

# Índice

Dedicatoria----------2
Agradecimientos----------3
Resumen----------6
Índice general ----------7
Índice de tablas y figuras ---------- 9
Introducción ---------- 11
**Capítulo I** ---------- 15
1.1 Antecedentes ----------15
1.2 Planteamiento del problema ---------- 20
1.3 Objetivos ---------- 22
1.4 Justificación ---------- 22
1.5 Hipótesis ---------- 23
1.6 Definición de variables ---------- 23
**Capítulo II. Marco teórico** ---------- 26
2.1 Trastornos relacionados con sustancias y adicciones ---------- 26
2.1.1 Sustancias psicoactivas y su clasificación ---------- 27
2.1.2 Policonsumo de sustancias psicoactivas ---------- 28
2.1.3 Factores de riesgo y protección ---------- 29
2.2 Intervención en adicciones ---------- 32
2.2.1 Niveles de intervención ---------- 32
2.2.2 Desintoxicación ---------- 33
2.2.3 Atención especializada en adicciones ---------- 34
2.2.4 Terapia psicológica en abuso de sustancias ---------- 34
2.3 Ansiedad ---------- 36
2.3.1 Ansiedad estado y rasgo ---------- 36
2.3.2 Trastornos de ansiedad ---------- 37
2.3.3 Ansiedad y adicciones ---------- 38
2.4 Depresión ---------- 39
2.4.1 Criterios diagnósticos ---------- 40

2.4.2 Clasificación ---------- 41
2.4.3 Depresión y adicciones ---------- 41
2.5 Patología dual ---------- 42
2.6 Adultez temprana y tardía ---------- 44
2.6.1 Desarrollo psicosocial y abuso de sustancias en la adultez temprana - 44
2.6.2 Desarrollo psicosocial y abuso de sustancias en la adultez media ------ 48
**Capítulo III** ---------- 51
3.1 Método ---------- 51
3.2 Muestra ---------- 52
3.3 Instrumentos ---------- 52
3.4 Procedimiento ---------- 55
**Capítulo IV** ---------- 57
Resultados ---------- 57
**Capítulo V** ---------- 78
5.1 Discusión ---------- 78
5.2 Conclusiones ---------- 86
5.3 Recomendaciones o sugerencias ---------- 87
5.4 Referencias ---------- 89

# Índice de tablas y figuras

## Figuras

Figura 1. Datos nacionales del 2016 sobre el consumo de drogas en la población total del país
Figura 2. Número de participantes de acuerdo con la edad y nivel escolar
Figura 3. Porcentaje de participantes por edad y escolaridad
Figura 4. Cantidad de adultos consumidores por sustancia de acuerdo con su nivel educativo
Figura 5. Cantidad de jóvenes consumidores por sustancia de acuerdo con su nivel educativo
Figura 6. Comparativa de porcentajes de consumidores de sustancias psicoactivas de acuerdo con su edad y nivel educativo
Figura 7. Puntajes obtenidos en la media para la prueba de ansiedad de Beck
Figura 8. Puntajes obtenidos en la media para la prueba de Depresión de Beck II
Figura 9. Puntajes obtenidos en la media para la prueba de psicastenia en MMPI-II
Figura 10. Puntajes obtenidos en la media para la prueba de depresión en MMPI-II
Figura 11. Puntajes obtenidos en la media para la muestra de adultos con educación básica y media superior
Figura 12. Puntajes obtenidos en la media para la muestra de adultos con educación superior
Figura 13. Puntajes obtenidos en la muestra de jóvenes con educación básica y media superior
Figura 14. Puntajes obtenidos en la muestra de jóvenes con educación superior
Figura 15. Estado civil de los participantes
Figura 16. Ocupación de los participantes
Figura 17. Máximo nivel de estudios para el grupo de jóvenes y adultos con educación básica o medio superior
Figura 18. Máximo nivel de estudios para el grupo de jóvenes y adultos con educación superior

Figura 19. Comparativa por nivel educativo para las pruebas de ansiedad y depresión aplicadas en jóvenes*
Figura 20. Comparativa por nivel educativo para las pruebas de ansiedad y depresión aplicadas en jóvenes
Figura 21. Comparativa por prueba aplicada de depresión y ansiedad en jóvenes
Figura 22. Comparativa por prueba aplicada de depresión y ansiedad en adultos

**Tablas**

Tabla 1. Investigaciones sobre la relación entre depresión y ansiedad con consumo de sustancias
Tabla 2. Clasificación de las sustancias psicoactivas de acuerdo con sus efectos en el cuerpo humano
Tabla 3. Factores de riesgo en el consumo de sustancias
Tabla 4. Factores de protección en el consumo de sustancias
Tabla 5. Datos sociodemográficos de la muestra*
Tabla 6. Cantidad de consumidores de sustancias psicoactivas de acuerdo con su edad y nivel educativo*
Tabla 7. Análisis descriptivo de la muestra
Tabla 8. Valor mínimos y máximos para la media y mediana por prueba aplicada
Tabla 9. Resultados de la prueba U de Mann Whitney de acuerdo con la prueba psicológica aplicada
Tabla 10. Resultados de la prueba U de Mann Whitney de acuerdo el nivel de escolaridad *
Tabla 11. Comparación en la puntuación media de depresión y ansiedad en jóvenes y adultos de acuerdo con su nivel educativo

## Introducción

El abuso de sustancias, la ansiedad y la depresión son problemáticas que afectan a un porcentaje significativo de la población a nivel mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), los trastornos de ansiedad y depresión han aumentado en un 26% y 28%, respectivamente. En México, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2017) reportó que un 10.3% de la población total ha consumido algún tipo de droga.

Siguiendo con los datos estadísticos, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2017) reportó que la edad con mayor prevalencia global de consumo es de los 18 a los 34 años, por ende, la juventud y adultez media son dos etapas importantes a analizar debido a los cambios significativos biopsicosociales que pueden actuar como factor de riesgo en el desarrollo de alguno de los trastornos ya mencionados.

En ese sentido, la relación entre consumo de drogas y otros trastornos psicológicos como ansiedad y depresión ha sido ampliamente documentada por autores como Ellis *et al.* (2022), Contreras *et al.* (2020) y Cuesta *et al.,* (2022) entre otros, quienes han señalado que tanto ansiedad como depresión pueden ser factores desencadenantes o consecuencias del abuso de sustancias. En estos casos, la patología dual implica grandes retos en su diagnóstico y tratamiento.

Investigaciones previas han demostrado que los adultos tempranos o jóvenes suelen presentar niveles de ansiedad más elevados debido a la exigencia social relacionada con su independencia, construcción de identidad y estabilidad en el área económica, profesional y personal. Por otra parte, los adultos medios presentan mayores niveles de depresión, resultado de la reevaluación de sus metas y logros, nuevos roles, pérdidas significativas y consumo previo de sustancias (Cuesta et al., 2022, Papalia, 2017; Ubaidi, 2017).

El presente trabajo busca analizar las diferencias en los niveles de ansiedad y depresión en hombres adultos tempranos (20-40 años) y adultos medios (41-65 años) con abuso de sustancias múltiples con el fin de comprender cómo dichas variables impactan en el curso y tratamiento del trastorno adictivo.

A partir de lo anterior, el Capítulo I plantea la hipótesis de que los adultos jóvenes presentan mayores niveles de ansiedad, mientras que los adultos medios tienen niveles más altos de depresión, asimismo, se plantea que aquellos con educación básica o media superior tendrán puntajes más altos de depresión y ansiedad en comparación con los participantes con educación superior.

Con relación a los objetivos, se busca 1) identificar sintomatología de depresión y/o ansiedad, 2) analizar la relación entre consumo, ansiedad y depresión respecto a la edad y nivel educativo, 3) analizar los datos descriptivos sobre el consumo de los participantes y 4) analizar el porcentaje de ocupación.

El Capítulo II aborda el sustento teórico, se desarrollan conceptos clave como trastornos relacionados con sustancias, intervención en adicciones, ansiedad, depresión, patología dual, así como adultez temprana y tardía. De este modo, como parte de las teorías psicológicas, se presenta la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson (1979), fundamental para comprender las crisis que enfrentan las personas en la adultez temprana y media, así como la influencia de estas en la aparición de trastornos mentales.

En ese mismo sentido, surge la teoría de la automedicación propuesta por Khantzian (1997), la cual sostiene que las personas con problemas emocionales recurren al consumo de sustancias como una estrategia de afrontamiento para aliviar el malestar psicológico. De ahí que los adultos tempranos usen drogas para reducir su ansiedad mientras que los adultos medios recurren a ellas para sobrellevar los síntomas de depresión.

Otro término importante es el de patología dual, usado para describir la coexistencia de un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno mental. Dicha patología dual complica el proceso de recuperación del paciente, pues aumenta el riesgo de recaídas y complica la adherencia al tratamiento (Marín-Navarrete *et al.,* 2017).

El Capítulo III explica la metodología utilizada, la muestra incluyó a 59 pacientes con policonsumo internados en dos clínicas de rehabilitación en Puebla, México a quienes se aplicaron las pruebas de Ansiedad de Beck (BAI), Depresión de Beck - II (BDI-II), MMPI - 2 y ASSSIST. La aplicación se realizó en un ambiente

controlado asegurando la confidencialidad y consentimiento informado de los participantes.

Se utilizó un enfoque cuantitativo con un análisis estadístico aplicando la prueba U de Mann Whitney para comparar datos y determinar diferencias significativas entre los cuatro grupos analizados: jóvenes con educación básica o media superior, jóvenes con educación superior, adultos con educación básica o media superior y adultos con educación superior.

El Capítulo IV presenta los resultados del análisis estadístico y descriptivo. Se tuvo mayor número de participantes en el grupo de adultos jóvenes con educación básica o medio superior, por otro lado el grupo con mayor incidencia corresponde a adultos medios con educación superior.

De modo similar, se incluyen las diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión, las cuales reflejan que los adultos jóvenes presentan mayores niveles de ansiedad, mientras que los adultos medios muestran puntuaciones más altas de depresión. El análisis de la prueba U de Mann Whitney confirmó que las diferencias observadas entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas ($p<0.05$) al comparar el grupo de jóvenes con educación básica y medio superior respecto a la prueba de depresión y psicastenia de la prueba MMPI-II.

Asimismo, se obtuvieron resultados significativos en la prueba BDI-II y depresión de MMPI-II aplicada al grupo de jóvenes y adultos medios con nivel escolar diferente respectivamente. Esto refuerza el impacto del nivel escolar en la sintomatología de depresión y ansiedad de los consumidores.

Finalmente, el Capítulo V reflexiona sobre la importancia de dicha investigación para impactar en planes de intervención eficaces y específicos que tomen en cuenta las diferencias etarias y psicosociales.

Los hallazgos expuestos en este estudio aportan a la literatura existente sobre patología dual en adicciones y sus particularidades en adultos tempranos y adultos medios. Mientras que los primeros tienden a experimentar mayor ansiedad, los segundos presentan niveles más elevados de depresión.

La relación entre menor escolaridad y mayores síntomas afectivos resalta la importancia de políticas públicas y programas de prevención dirigidas a poblaciones

vulnerables. Se recomienda que futuras investigaciones incluyan muestras más amplias y analicen otras variables como el tipo de intervención que reciben.

# Capítulo I

## 1.1 Antecedentes

Las drogas o sustancias psicoactivas (de ahora en adelante utilizadas de forma indistinta para fines de esta investigación) son sustancias naturales o sintéticas con efectos estimulantes, depresores o alucinógenos con capacidad de generar tolerancia y dependencia en quien la consume que pueden provocar alteraciones en la conducta (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2015).

El consumo de sustancias ha tenido diferentes usos, por ejemplo, en el paleolítico y neolítico se usaban sustancias embriagantes con fines mágico-religiosos, militares y festivos; en los antiguos Egipto y Grecia se utilizaban algunas drogas con fines médicos; China de la Edad Media usaba el opio como aderezo y pilotos japoneses utilizaron metanfetaminas en algunas misiones suicidas durante la segunda guerra mundial. No obstante, este consumo comienza a representar una mayor problemática social a finales del siglo XX (Gabantxo, 2001; Gastón, 2020).

Así pues, los trastornos relacionados con sustancias hacen referencia a un patrón de autoadministración repetitivo y compulsivo de una sustancia psicoactiva a pesar de sus consecuencias dañinas, significativas y recurrentes. Dicho consumo puede producir en la persona cambios en su percepción, estado de ánimo, conciencia, comportamiento, neurofisiología y relaciones interpersonales (Sanz, 2019).

Al respecto, la American Psychological Association (APA, 2014) establece en el DSM-V que, el abuso y dependencia a sustancias se eliminan, en su lugar y de acuerdo con el número de criterios diagnósticos, surge el nivel de severidad bajo, moderado o severo.

Ciertamente, el abuso de sustancias legales e ilegales es un gran problema de salud pública que va en aumento cada año. Según datos del Informe Mundial sobre las Drogas (UNODC, 2023), durante el 2021 aproximadamente 296 millones de personas consumieron algún tipo de droga, 23% más que hace 10 años. De igual forma, y en el mismo lapso de años, aumentó en 45% el número de personas con

trastornos por consumo de sustancias, es decir se reportaron 39.5 millones de ciudadanos con dicho trastorno.

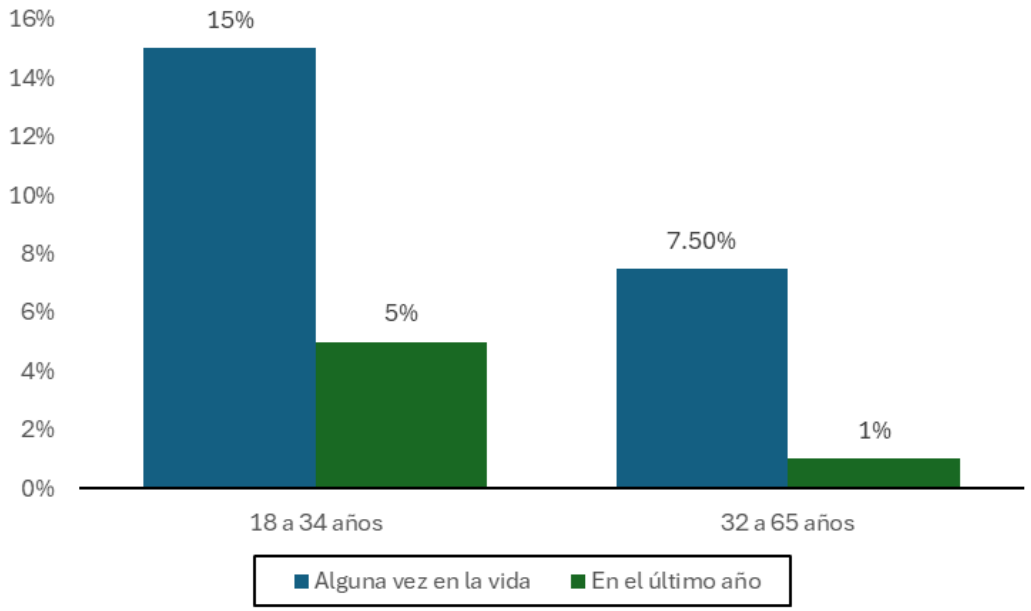
La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2017) encontró que 10.3% de la población mexicana había consumido algún tipo de droga. Asimismo, datos de la Secretaría de Salud (2021), señalan que durante el año 2020 aproximadamente 20 millones de personas presentaron un consumo problemático de alcohol.

Aunado a lo anterior, un informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (Secretaría de Salud, 2022) reportó que las principales sustancias por las que la población mexicana acude a centros de rehabilitación son las anfetaminas, el alcohol y la marihuana, en ese mismo orden. Además, menciona que quienes más acuden a estos centros son hombres, de ellos, quienes tienen entre 20 y 39 años presentan, en su mayoría, abuso de metanfetaminas como sustancia de impacto mientras que los más adultos ingresan por alcohol, heroína o medicamentos controlados.

Datos aportados en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2017) reportan que la edad con mayor prevalencia global de consumo es de los 18 a 34 años, lo anterior se puede notar a través de la Figura 1 que compara a dicho grupo con el que incluye de 35 a 65 años.

**Figura 1**

*Datos nacionales del 2016 sobre el consumo de drogas en la población total del país*




Nota: La gráfica muestra las diferencias en el porcentaje total de la población mexicana con consumo de sustancias (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2017).

En esa misma línea, Tenorio y Marcos (2000) establecen que la patología dual es un fenómeno que va en aumento en los centros de rehabilitación, este término hace referencia a la concurrencia de un trastorno de consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Los autores identifican tres tipos de patología dual o comorbilidad:

- Trastorno psiquiátrico primario y trastorno por consumo de sustancias como secundario. Consumo como forma de automedicación o mecanismo de afrontamiento.
- Trastorno por consumo de sustancias primario y trastorno psiquiátrico como secundario. Las secuelas psicopatológicas pueden estar relacionadas con el tiempo de consumo, la intoxicación o la abstinencia.
- Dualidad primaria y con origen independiente. Los trastornos no se relacionan inicialmente, pero pueden interactuar y potenciarse.

De igual forma, para Marín-Navarrete *et al*., (2013), los trastornos psicológicos son un importante factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno por consumo de

sustancias. Lo anterior es más observable en personas con trastornos afectivos o de ansiedad pues el consumo de sustancias surge como respuesta para aliviar la angustia y malestar de sus estados emocionales displacenteros.

De acuerdo con datos aportados por la OMS (2022), los trastornos más comunes son los relacionados con la ansiedad y depresión, importante mencionar que, a diferencia de la tristeza o el estrés, estos trastornos tienen una mayor intensidad, duración y afectación en las personas. Además, después de la pandemia de COVID-19, se observó un aumento del 26% en trastornos de ansiedad y 28% en trastornos depresivos graves.

Con relación a lo anterior, la ansiedad es una respuesta fisiológica y natural ante un evento estresante. Puede generar miedo, preocupación, irritabilidad, displacer, hipervigilancia, inquietud o agitación. Se considera adaptativa cuando surge ante una amenaza real, por otro lado, se vuelve patológica o desadaptativa ante una amenaza irreal o la sintomatología se vuelve incontrolable, intensa y persistente, en cuyo caso genera afectaciones en lo social, académico, laboral y otras áreas importantes en la vida de la persona (Chacón *et a*l., 2021).

Cifras reportadas por la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado a través del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021), indican que durante ese año el 19.3% de la población adulta mexicana reportó ansiedad severa y el 31.3% ansiedad mínima o leve. El mismo reporte menciona que Puebla se colocó como la entidad federativa con mayor incidencia de ansiedad en su población adulta, es decir, 57.8% del total de poblanos afirmó tener síntomas de ansiedad.

Ahora bien, el trastorno depresivo o depresión es un trastorno caracterizado por profunda tristeza o irritabilidad, sensación de vacío, pérdida de placer o interés en las actividades y cambios en los hábitos de sueño o alimentación, entre otros síntomas, por al menos dos semanas. Afecta diversos ámbitos de la vida de la persona y es multicausal. A nivel mundial, al menos 3.8% de la población y 5% de los adultos presentan depresión, además se estima que, a causa de este trastorno, anualmente más de 700 mil personas consuman el suicidio (OMS, 2023). En México, entre 2001 y 2022, el 9.2% de la población manifestó haber tenido al menos un trastorno depresivo en la vida (Instituto Nacional de Salud Pública, 2023).

Una vez que se ha establecido la relación entre los trastornos de consumo de sustancias y otros trastornos como los de ansiedad o depresión, diversas investigaciones han podido aportar nuevas formas de comprender dichas comorbilidades (ver Tabla 1).

**Tabla 1.**

*Investigaciones sobre la relación entre depresión y ansiedad con consumo de sustancias*

| Autor y año | Título | Aportación |
|---|---|---|
| Ellis *et al*. (2022) | Depresión y trastornos relacionados por consumo de drogas. | Las cinco sustancias más consumidas en las patologías duales son nicotina, alcohol, cannabis, cocaína y opiáceos. Es más común el policonsumo. Existe una mayor relación entre el consumo de alcohol y la depresión. |
| Contreras *et al*. (2020) | Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. | Sostienen que, a mayor tiempo de consumo, mayor es la intensidad de la sintomatología afectiva. Las personas consumen para evitar las emociones negativas de dichos trastornos. |
| Belfiore *et al*. (2019). | Ansiedad y depresión en la adicción: investigación en el centro Ser.D. | La sintomatología ansiosa y depresiva es más alta en presencia de abuso de alcohol y drogas. Asimismo, tanto en la ansiedad como en la depresión se observaron mayores puntajes en las áreas emocionales y somáticas en relación con el área cognitiva. |

| | | |
|---|---|---|
| Tirado-Muñoz *et al.* (2018) | Patología dual en Depresión: recomendaciones en el tratamiento. | Existe una mayor frecuencia de depresión previa al abuso de sustancias en policonsumidores y consumidores de cocaína u opiáceos.<br>En el caso del alcohol, hay mayor prevalencia de depresión inducida por consumo. |
| Lai *et al* (2015). | Prevalencia de comorbilidad en uso de sustancias, ansiedad y trastornos del estado de ánimo en encuestas epidemiológicas, 1990-2014: revisión sistemática y metaanálisis. | Existe una mayor asociación entre consumo de drogas y depresión mayor. Los consumidores de alcohol tienen dos veces más riesgo de presentar un trastorno de ansiedad y tres veces más riesgo de presentar un trastorno depresivo mayor con relación a alguien que no consume.<br>Existe una mayor comorbilidad en la dependencia que en el uso o abuso de sustancias. |

**1.2 Planteamiento del problema**

La ansiedad es una respuesta adaptativa que surge ante situaciones amenazantes o peligrosas, sin embargo, se vuelve dañina cuando es muy intensa, desproporcionada a la amenaza real, difícil de controlar, duradera y afecta a la vida de la persona (Espinosa-Fernández *et al*., 2019).

Ahora bien, la APA (2014) establece que una persona con depresión puede experimentar tristeza extrema, irritabilidad, sensación de vacío, pérdida del interés en actividades, dificultades de concentración, autoestima baja, falta de esperanza en el futuro, ideas recurrentes sobre la muerte, alteraciones en sueño, apetito, fatiga extrema y falta de energía; de acuerdo con el número e intensidad de los síntomas presentes, los episodios depresivos pueden clasificarse en leve, moderado o grave.

En ese sentido, la sintomatología depresiva puede ser más problemática en los varones, esto debido a diversos factores socioculturales que les hacen más susceptibles a mostrarse resistentes a pedir ayuda y consumir alcohol o drogas como forma de afrontar sus síntomas afectivos (Seijas, 2014).

Papalia (2017) propone ocho etapas del desarrollo, entre ellas se encuentra la adultez temprana que incluye de los 20 a 40 años y la adultez media que va de los 40 a 65 años, cada etapa cuenta con características físicas, cognitivas y psicosociales específicas.

Tanto la ansiedad como la depresión pueden desarrollarse en cualquier etapa del desarrollo e influir en la aparición de otro trastorno, tal es el caso del consumo de sustancias, en ese sentido, la comorbilidad podría tener una estrecha relación con la edad (La*i et a*l. 2015).

En ese sentido, un estudio realizado por Cuesta *et al*. (2022) demostró que existe una expresión diferente de la sintomatología de depresión de acuerdo con la edad, por ejemplo, en los adolescentes puede haber trastornos de la conducta alimentaria o abuso de sustancias, mientras que en personas adultas existe mayor malestar físico y dificultades con la memoria, la atención y la concentración.

En esa misma línea, Ubaidi (2017) plantea que la mayoría de las personas de entre 40 y 50 años podrían experimentar síntomas de depresión al ver que no logran alcanzar sus metas y síntomas de ansiedad al cuestionarse sobre decisiones que han tomado respecto a su vida amorosa y que lo podrían haber llevado a una separación emocional de su pareja que termina en divorcio legal.

En ese sentido, Cuesta *et al.* (2022) coinciden en que los jóvenes son muy vulnerables a presentar algún trastorno psicológico dados los cambios físicos y psicológicos que caracterizan su etapa de vida además de las implicaciones socioculturales que definen la aceptación de sí mismo y de la sociedad.

Ahora bien, diversas investigaciones han demostrado asociaciones importantes entre el abuso de sustancias y la depresión o la ansiedad, si bien autores como Contreras *et al.* (2020) coinciden en que dicha relación puede estudiarse desde la causa o el efecto, esta investigación hace énfasis en el segundo caso, en el cual el consumo surge como consecuencia de presentar depresión o

ansiedad, además de coadyuvar a que se incremente la dosis, el número sustancias o se tenga una recaída

Por lo antes expuesto surge la siguiente pregunta:

*¿Cómo el factor de la ansiedad, depresión y etapa de desarrollo se relaciona en personas con alguna adicción en una clínica de adicciones?*

## 1.3 Objetivos

### *1.3.1 Objetivo general*

Identificar las diferencias en el nivel de depresión y ansiedad en pacientes hombres en la adultez temprana (20-40 años) y adultez media (41-65) con consumo de sustancias.

### *1.3.2 Objetivos específicos*

1. Identificar sintomatología de depresión y/o ansiedad en pacientes adultos tempranos y medios.
2. Analizar la relación entre niveles de consumo, ansiedad y depresión con relación a la edad y nivel educativo.
3. Analizar los datos descriptivos sobre el consumo de los participantes.
4. Analizar el porcentaje de ocupación en ambos grupos etarios.

## 1.4 Justificación

La ansiedad, depresión y el abuso de sustancias representan un gran problema en nuestra sociedad, no solo por su alta prevalencia sino también por sus extensas consecuencias. Si bien, diversos estudios han demostrado las fuertes asociaciones entre ansiedad-consumo o depresión-consumo (Contreras *et al*., 2020; Cuesta *et al*., 2022 y Schuckit *et al.*, 2013), aún faltan investigaciones que permitan conocer las diferencias en su nivel de afectación de acuerdo con la edad.

La presente investigación contribuirá a profundizar el conocimiento sobre las diferencias entre estos dos grupos etarios pues sus características biopsicosociales podrían volverlos más susceptibles a desarrollar depresión o ansiedad (Ubaidi,

2017), de este modo se podrá contribuir a desarrollar un modelo explicativo que permita comprender la triada edad-ansiedad-consumo y edad-depresión-consumo.

Asimismo, la comprensión, análisis e investigación de la patología dual debe ser una prioridad entre los profesionales de la salud mental pues la concurrencia del trastorno afecta directamente los patrones y gravedad del consumo. Lo anterior es observable en afectación en calidad de vida y funcionalidad de las personas consumidoras pues presentan mayores tasas de gravedad de consumo, recaída, ideación o conducta suicida, suicidio consumado y problemas sociales, laborales, económicos o familiares (Suarez y Verona, 2021).

Por lo anterior, resulta necesario para un mejor pronóstico, definir e integrar la comorbilidad en el tratamiento de los pacientes.

Los resultados de esta investigación proponen servir para generar futuras propuestas de intervención que garanticen a los pacientes consumidores un adecuado diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que atienda de manera específica la comorbilidad. Asimismo, será de utilidad para que los adultos estén atentos a posibles síntomas de depresión o ansiedad, derivados de situaciones propias de su etapa de desarrollo, y puedan empezar cuanto antes un proceso psicoterapéutico que promueva su bienestar y evite el inicio o aumento de consumo de sustancias.

## 1.5 Hipótesis

H1: Los pacientes adultos medios tendrán mayores puntuaciones de depresión en comparación con los participantes adultos tempranos.

H2: Los pacientes adultos tempranos tendrán mayores puntuaciones de ansiedad en comparación con los participantes adultos medios.

H3: Los pacientes con educación básica o media superior tendrán mayores puntuaciones de depresión y ansiedad en comparación con los participantes con educación superior.

H4: Un mayor porcentaje de los pacientes adultos tempranos no se encontrará estudiando o trabajando.

## 1.6 Definición de variables

### *1.6.1 Ansiedad*

**Definición conceptual.**

Estado emocional que puede volverse patológico como síntoma o como diagnóstico específico (Pelissolo, 2019). Incluye la presencia de síntomas conductuales, emocionales y fisiológicos como entumecimiento, hormigueo, mareos, miedo a que pase lo peor, incapacidad de relajarse, entre otros (Leyfer *et al.,* 2006).

**Definición operacional**

De acuerdo con el número de síntomas e intensidad, se clasifica en mínima, leve, moderada y grave (Beck *et al*., 1996; Butcher *et al*., 2019).

### *1.6.2 Depresión*

**Definición conceptual.**

Trastorno afectivo con presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, culpa, baja autoestima, aumento o disminución de apetito y horas de sueño, sensación de cansancio y disminución de concentración, desesperanza del futuro y pensamientos de muerte (APA, 2014).

**Definición operacional.**

De acuerdo con el número de síntomas e intensidad, se clasifica en mínima, leve, moderada y grave (Beck *et al*., 1996; Butcher *et a*l., 2019).

### *1.6.3 Adultez temprana*

**Definición conceptual.**

Periodo de transición entre la adolescencia y la adultez media, supone características físicas, cognitivas y psicosociales diferentes a otras etapas de desarrollo humano (Papalia, 2017).

**Definición operacional.**

Edad cronológica de los 20 a los 40 años (Papalia, 2017).

### *1.6.4 Adultez media*

**Definición conceptual.**

Etapa de transición de la juventud a la vejez, presenta cambios físicos, cognitivos y psicosociales específicos. Puede presentarse una reevaluación de las metas planteadas que aún no han sido alcanzadas, implica también una adaptación a cambios físicos, laborales, familiares o sociales (Cañas, 2018).

**Definición operacional.**

Edad cronológica de los 41 a los 65 años (Papalia, 2017).

# Capítulo II
# Marco teórico

## 2.1 Trastornos relacionados con sustancias y adicciones

Es preciso diferenciar los criterios diagnósticos para un trastorno relacionado con sustancias, de acuerdo con el DSM 5 (APA, 2014), hacen referencia a un patrón patológico de consumo de alguna sustancia que provoca un deterioro o malestar significativo, presentan por lo menos dos de los siguientes síntomas en los últimos 12 meses. Se plantea la siguiente sintomatología:

- Control deficitario

1. Consumo en cantidades superiores o durante mayor tiempo del previsto.
2. Deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
3. Gran cantidad de tiempo invertido en actividades relacionadas con la obtención, consumo o recuperación de los efectos de la sustancia.
4. Ansias o fuerte deseo o necesidad de consumir.

- Deterioro social

5. Consumo recurrente que dificulta el cumplimiento de los deberes en trabajo, escuela u hogar.
6. Consumo continuo pese a los problemas sociales recurrentes, provocados o intensificados por los efectos de la sustancia.
7. Abandono, descuido o reducción de actividades sociales, profesionales o de ocio.

- Consumo de riesgo

8. Consumo recurrente aún en circunstancias en las que provoca un riesgo físico.
9. Consumo persistente a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico recurrente o persistente causado o intensificado por la sustancia.

- Criterios farmacológicos

10. Tolerancia, definida por:

   a. necesidad de consumir cantidades cada vez mayores para conseguir el efecto deseado,
   a. efecto que cada vez disminuye más al mantener la misma cantidad de sustancia.
2. Abstinencia, manifestada por:
   a. presencia del síndrome de abstinencia
   a. consumo de la sustancia o sustitución por alguna similar para ayudar a aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Finalmente, de acuerdo con el número de síntomas surgen tres clasificaciones: leve (2-3 síntomas), moderado (4-5 síntomas) o grave (6 o más síntomas). Además, la gravedad también toma en cuenta la reducción o aumento de la frecuencia de consumo y dosis a partir de la información obtenida de la persona que consume, personas cercanas, observaciones de los profesionales clínicos y pruebas de laboratorio (APA, 2014).

### *2.1.1 Sustancias psicoactivas y su clasificación*

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2024), se conoce como sustancia psicoactiva a cualquier sustancia, natural o sintética, administrada en el sistema que afecta procesos mentales como percepción, conciencia, cognición, conducta y estado de ánimo.

Sin importar si se trata de sustancias lícitas o ilícitas, su consumo implica ciertos riesgos como dependencia, afectación en distintos órganos y sistemas además de cambios en diversas áreas de la vida de la persona. Los daños ocasionados van a depender de factores como dosis, forma y tiempo de consumo, tipo de sustancia, características personales, físicas y psicológicas del consumidor, así como contexto social.

**Tabla 2**

*Clasificación de las sustancias psicoactivas de acuerdo con sus efectos en el cuerpo humano*

| Clasificación | Descripción | Ejemplos |
|---|---|---|
| Estimulantes | Potencia o aumenta la actividad del sistema nervioso central, así como la frecuencia cardiaca, respiratoria, presión arterial y libido. | Cafeína, nicotina, cocaína, metanfetaminas, crack y otras drogas sintéticas. |
| Depresoras | Inhiben o reducen funciones del sistema nervioso central, pueden inducir al sueño, suelen ser conocidos como sedantes o tranquilizantes. | Inhalables, alcohol, cannabis, analgésicos, benzodiazepinas, opiáceos, fentanilo. |
| Alucinógenos | Provoca alteraciones en la percepción de los sentidos, el pensamiento, la memoria y la orientación además puede producir alucinaciones visuales, auditivas y/o sensoriales. | Hongos, LSD, mezcalina, peyote, THC, PCP o polvo de ángel. |

Nota: (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2020; CIJ, 2023).

### *2.1.2 Policonsumo de sustancias psicoactivas*

Se entiende por policonsumo al uso de dos o más drogas por un individuo sean lícitas o ilícitas, al mismo tiempo o secuencial. Este tipo de consumo está relacionado con un mayor riesgo de sobredosis, trastornos mentales y daño orgánico. Existen diversas razones para consumir dos o más sustancias como la creencia de que se potencia la experiencia psicoactiva o bien para compensar los efectos negativos de la primera (Ministerio de Sanidad, 2023).

Asimismo, el Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas (2023) refiere que la combinación de sustancias psicoactivas tiene un impacto importante en el número de accidentes o intoxicaciones que pueden llevar a la

muerte, en ese sentido en 2021 el 70% de las defunciones asociadas al consumo de sustancias fueron por uso múltiple de las mismas.

### *2.1.3 Factores de riesgo y protección*

Los factores de riesgo hacen referencia a las características que aumentan la probabilidad o la predisposición para desarrollar una dependencia, por otra parte, los factores de protección reducen o inhiben su ocurrencia (Peñafiel, 2009).

Las siguientes tablas reúnen los principales factores ya mencionados:

**Tabla 3**

*Factores de riesgo en el consumo de sustancias*

| Área | Componente |
|---|---|
| Individual | Biológicos<br>● Mayor consumo entre los 18 y 24 años<br>● Hombres<br>● Enfermedades mentales<br>Cognitivos<br>● Bajo CI<br>● Problemas de lectura<br>● Retraso en habilidades del desarrollo<br>● Expectativas positivas del consumo de drogas<br>Afectivas<br>● Habilidades sociales deficientes<br>● Baja tolerancia a la frustración<br>● Excesiva o baja autoestima<br>● Inseguridad<br>● Necesidad de autoafirmación<br>● Desesperanza<br>● Insatisfacción<br>● Dependencia emocional |

| | |
|---|---|
| | Temperamentales<br>● Aislamiento<br>● Falta de orientación y metas<br>● Confusión de valores<br>● Evasión de la realidad<br>● Deficiente regulación emocional |
| Familiar | ● Abuso, traumas o negligencia en la infancia<br>● Violencia<br>● Relaciones conflictivas<br>● Familias disfuncionales<br>● Ambivalencia<br>● Falta de afecto y/o límites<br>● Necesidades no cubiertas<br>● Disciplina autoritaria<br>● Deficiencias en la comunicación<br>● Vínculos débiles<br>● Ausencia de los padres o cuidadores<br>● Ausencia de responsabilidades<br>● Familiares con abuso de sustancias<br>● Sobreprotección |
| Social | Escolar<br>● Énfasis en lo académico y no en el desarrollo integral<br>● Rechazo o aislamiento<br>● Disciplina autoritaria<br>● Disponibilidad de drogas<br>● Coetáneos con abuso de sustancias<br>● Presión social<br>Comunidad<br>● Disponibilidad de drogas legales o ilegales<br>● Crimen |

| | |
|---|---|
| | ● Pobreza extrema<br>● Injusticias<br>● Desempleo<br>● Falta de difusión sobre los efectos de las drogas |

Nota: (Gómez *et al.,* 2022; UNODC, 2018).

**Tabla 4**

*Factores de protección en el consumo de sustancias*

| Área | Componentes |
|---|---|
| Individual | Cognitivos<br>● Sanas habilidades de resolución de conflictos y toma de decisiones<br>● Motivación al logro<br>● Capacidad de postergar la satisfacción<br>● Estrategias de afrontamiento sanas<br>Afectivas<br>● Habilidades sociales<br>● Empatía<br>● Autoestima sana<br>● Autosuficiencia<br>● Autonomía e independencia sanas<br>● Regulación emocional<br>Temperamentales<br>● Autocontrol<br>● Proyecto de vida |
| Familiar | ● Apoyo<br>● Comunicación asertiva<br>● Solución de conflictos<br>● Cohesión familiar<br>● Relaciones sanas |

| | |
|---|---|
| | ● Límites claros<br>● Tiempo de calidad<br>● Responsabilidades establecidas<br>● Vínculos seguros<br>● Intereses y tiempo libre compartido<br>● Promoción de hábitos sanos |
| Social | Escolar<br>● Continuidad de estudios<br>● Normas claras<br>● Fomento de actividades extracurriculares y deportivas<br>● Trabajo en equipo<br>● Fomento de la creatividad<br>● Apoyo social de los compañeros<br>Comunidad<br>● Participación activa dentro de la comunidad<br>● Leyes que limitan el uso de drogas<br>● Apoyo social<br>● Programas de prevención de adicciones<br>● Promoción de actividades saludables<br>● Áreas que favorezcan la convivencia |

Nota: (Gómez *et al*., 2022; UNODC, 2018).

## 2.2 Intervención en adicciones

### *2.2.1 Niveles de prevención*

La OMS (1998) define la prevención como el conjunto de medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, en ese sentido, propone tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

En primer lugar, la prevención primaria tiene como propósito evitar la aparición de determinado problema de salud. Lo anterior se promueve a través del control de

factores predisponentes o condicionantes, prohibición o disminución de la exposición. Por su parte, la prevención secundaria se enfoca en un diagnóstico precoz de la problemática de salud, en lo posible, aun cuando no existan manifestaciones clínicas significativas. A partir del diagnóstico temprano, se desarrolla un plan de tratamiento oportuno (OMS, 1998).

Por último, la prevención terciaria se orienta a evitar, reducir o retardar las secuelas de determinada enfermedad o problema de salud. Se hace fundamental el correcto diagnóstico, control y seguimiento para aplicar el tratamiento y medidas necesarias (Vignolo *et al*., 2011)

### 2.2.2 Desintoxicación

La primera fase en el tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias es la desintoxicación. Para ello, es preciso recordar el síndrome de abstinencia, el cual hace referencia al conjunto de manifestaciones psicofisiológicas posteriores a la interrupción de un consumo habitual de determinada sustancia psicoactiva. Dicho síndrome puede incluir síntomas como irritabilidad, ansiedad, insomnio, hipersomnia, sueños vívidos, alteración del estado de ánimo, hiporexia, hiperexia, entre otros (Sanz, 2019).

En ese sentido, la Oficina contra la Droga y el Delito define la desintoxicación como “un proceso de atención médica y farmacoterapia que tiene por objeto ayudar al paciente a lograr la abstinencia y alcanzar niveles de funcionamiento fisiológicamente normales con un mínimo malestar físico y emocional” (2003, p 8). Es decir, busca estabilizar a la persona de los efectos fisiológicos y emocionales derivados del síndrome de abstinencia para prolongar la abstinencia y continuar la rehabilitación.

### 2.2.3 Atención especializada en adicciones

La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones realizada por la Secretaría de Salud (2009) establece que los servicios de atención especializada en adicciones tienen actividades relacionadas

con la prevención, urgencias, tratamiento, rehabilitación, reinserción social, reducción de daños y riesgos, investigación científica, enseñanza y capacitación.

Asimismo, la Comisión Nacional Contra las Adicciones (2017) menciona que los modelos de tratamiento tienen como principio fundamental comprender la conducta en relación con el contexto, para lo anterior define que el tratamiento es el proceso en el cual los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con una institución de salud que realiza intervenciones específicas basadas en un marco teórico metodológico. Por tanto, algunos objetivos planteados son:

- abstinencia y mantenimiento de esta, o bien, reducción de la cantidad de consumo
- prevención de recaídas
- mejoría en el funcionamiento físico y psicosocial
- disminución de costos sociales
- disminución del sufrimiento

### 2.2.4 Terapia psicológica en abuso de sustancias

Una vez que la persona ha concluido su proceso de desintoxicación o que aún con un consumo grave no presente síntomas que requieran de la misma, se inicia la evaluación psicológica y detección de necesidades para la intervención que mejor atiendan dichas necesidades. El programa psicoterapéutico debe estar orientado a cambiar el comportamiento de los pacientes, así como a generar espacios de insight para detener el consumo de sustancias. Aunado a lo anterior, se espera que la intervención psicoterapéutica reduzca el malestar psicológico a través de determinadas técnicas que inciden en actitudes, creencias, emociones y conductas autodestructivas a través de intervenciones individuales, grupales y familiares (Consejo Nacional de Control de Estupefacientes, 2004)

Encontramos aquí modelos como el de Prochaska y DiClemente (1982) referido a la motivación personal al cambio. Dicho modelo menciona que no basta con tener un problema para querer cambiarlo, sino que la motivación y compromiso son factores importantes, asimismo, incluye que el proceso no es rectilíneo y puede haber avances y retrocesos por lo que se debe tomar en cuenta la preparación. “No

basta con tener conciencia de un problema para que la persona tenga la motivación al cambio, y no basta la motivación al cambio para que la persona realice un esfuerzo por cambiar, o bien lo mantenga: dos errores comunes en el tratamiento de las adicciones" (Caulier, 2007, p. 25).

Aunado a lo anterior tenemos la propuesta de Marlatt y Gordon (1985) con el programa de Prevención de Recaídas diseñado para quienes han logrado una abstinencia y desean mantenerla o para quienes siguen consumiendo, pero desean dejar de hacerlo. El modelo contempla que las recaídas se producen cuando la persona se expone a determinada situación de riesgo y no responde desde estrategias de afrontamiento que mantengan la abstinencia. Por ello, si la persona puede dar una respuesta adecuada que elimine o desactive la fuerza que lo lleva al consumo entonces la probabilidad de recaída será significativamente menor, se produce entonces una sensación de control e incremento en la autoeficacia.

Para Ortega *et al.* (2024), la terapia cognitiva conductual tiene un gran respaldo en el tratamiento de adicciones dado que presenta un enfoque integral que aborda aspectos cognitivos y conductuales, en especial pensamientos y patrones disfuncionales, permitiendo así una evaluación y tratamiento para los factores que contribuyen a dichas conductas y en su lugar desarrollando habilidades de afrontamiento.

Ahora bien, desde el enfoque humanista se abordan cuestiones como la insatisfacción con la vida, la resiliencia, aumentar la autoconciencia y la falta de reconocimiento de capacidades y cualidades personales, lo anterior para no centrarse sólo en la abstinencia sino permitir que la persona encuentre un sentido de vida. La terapia psicológica es un pilar importante dentro de todo tratamiento de adicciones, los enfoques basados en evidencia y un enfoque personalizado potencian los resultados terapéuticos (Alcívar, 2024).

### 2.3 Ansiedad

La ansiedad está presente en todas las personas, es una emoción totalmente normal, identificada como una reacción de tensión, sin embargo, en ciertas situaciones puede identificarse como un problema de salud. A diferencia del miedo

que surge como respuesta a una amenaza real o futura, la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Castro (2010) aporta la siguiente definición de ansiedad

> …del latín *anxietas* (angustia, aflicción), es un estado caracterizado por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado o, por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado" (p. 3).

La ansiedad está relacionada con diversas circunstancias como pueden ser responsabilidades de la vida cotidiana, relaciones interpersonales, expectativas de la vida, situación socioeconómica, situaciones de salud y etapa de vida entre otras. Constituye una parte importante en la demanda de los servicios de salud mental, tanto que, de acuerdo con datos de la OMS, entre el 75 y 90 % de la población mundial los ha presentado en algún momento de su vida, describiéndola como la enfermedad de los siglos XX y XXI (Castro, 2010).

### *2.3.1 Ansiedad estado y rasgo*

La ansiedad es una respuesta natural con relación a diversos estímulos que la persona puede percibir como amenazantes, lo que está estrechamente vinculado con cambios físicos y conductuales. Autores como Spielberger (1975, citado en Siabato *et al.*, 2013) realizan una distinción sobre los conceptos de “ansiedad rasgo” y “ansiedad estado” para diferenciar el estado emocional del rasgo de personalidad. La teoría de ansiedad estado-rasgo surge con Cattell y Scheier (1972).

Ries *et al.* (2012) coincide con que la ansiedad-estado hace referencia al estado emocional inmediato, tiene manifestaciones fisiológicas específicas como tensión, aprensión, nerviosismo además de estar acompañado de pensamientos molestos y preocupaciones. Solo se manifiesta en momentos específicos que vive la persona, se identifican también cambios en el sistema nervioso autónomo, las cuales pueden ir variando a lo largo del tiempo (Siabato *et al.*, 2013).

Por otro lado, la ansiedad-rasgo se refiere a las diferencias individuales de ansiedad, es decir disposiciones, tendencias o rasgos. No se manifiesta en la conducta por lo que debe ser analizada a partir de la frecuencia con la que la persona experimenta aumentos en su estado de ansiedad. Personas con un mayor grado de ansiedad-rasgo suelen sentir este tipo de ansiedad con mayor intensidad o frecuencia además de percibir un mayor número de situaciones como amenazantes (Ries *et al*., 2012.

### *2.3.2 Trastornos de ansiedad*

Ahora bien, los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo y ansiedad por su intensidad y duración que van más allá de los periodos de desarrollo apropiados. Es importante mencionar que para un diagnóstico de trastorno de ansiedad sólo puede darse cuando la sintomatología no es atribuible a los efectos fisiológicos de determinada sustancia o medicamento, aunado a ello, los profesionales clínicos realizan un análisis del contexto para determinar si el miedo o ansiedad presente son desproporcionados.

De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2014), el trastorno de ansiedad generalizada incluye los criterios diagnósticos especificados a continuación:

A) Ansiedad y preocupación excesiva que incluye anticipación aprensiva. Se produce más días de los que ha estado ausente por al menos 6 meses en diferentes áreas de la vida de la persona.
B) Dificultad para controlar la preocupación.
C) La ansiedad y la preocupación se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:
    a) Inquietud o sensación de estar atrapado o muy nervioso
    b) Facilidad para fatigarse
    c) Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
    d) Irritabilidad
    e) Tensión muscular
    f) Problemas de sueño
D) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo en áreas importantes.

E) La alteración no es atribuible a efectos fisiológicos de alguna sustancia o afección médica.
F) La afección no se explica mejor por otro trastorno mental.

### *2.3.3 Ansiedad y adicciones*

Las sustancias psicoactivas tienen un impacto importante en la ansiedad debido a que estas sustancias alteran la química del sistema nervioso central teniendo impacto en cómo la persona percibe las amenazas de su vida cotidiana y teniendo una relación directa en cómo se experimenta la ansiedad.

> Los varones usuarios de sustancias psicoactivas construyen los significados de ser hombre interactuando con los discursos dominantes sobre la masculinidad, lo que implica una apropiación y decodificación de signos y significados (Nateras, 1994, citado en Toquero y Salguero, 2013, p. 376).

El crecer en una sociedad que ejerce presión para cumplir con criterios específicos para ser hombre aumenta las probabilidades de desarrollar un afrontamiento desadaptativo en situaciones de ansiedad, mantener una inexpresividad emocional o mostrar resistencia a buscar ayuda; situaciones altamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

Asimismo, la depresión en varones puede estar relacionada con la necesidad de éxito y poder, la restricción emocional, la prohibición de conductas afectivas y los conflictos entre el trabajo y las relaciones familiares, lo anterior resulta un factor de riesgo para el consumo de alcohol para enmascarar la depresión (Capraro, 2000).

De tal forma, la ansiedad se presenta como una emoción natural de todas las personas, es una respuesta adaptativa ante ciertos estímulos que se pueden percibir como amenazas. Sin embargo, la manifestación de sus síntomas varía según las herramientas de afrontamiento de cada individuo, estas están altamente influenciadas por la edad, contexto social, experiencia de vida. Por lo anterior, una incorrecta gestión de la ansiedad podría contribuir al abuso de sustancias.

Con relación a lo anterior, la Asociación Americana de Psicología (2014) incluye un apartado específico para el Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos en el que se incluyen puntos presentados a continuación.

A) Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
B) Existen pruebas a partir de la historia clínica, exploración física o análisis de laboratorio sobre
    a) Síntomas del criterio A desarrollados durante o poco después a la intoxicación o abstinencia de alguna sustancia o medicamento
    b) La sustancia o medicamento puede producir síntomas del criterio A
C) El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancia o medicamentos. Es decir, sintomatología presente antes del uso de la sustancia o medicamento, sintomatología presente un mes después de la abstinencia aguda o bien otro criterio que permita la existencia del trastorno de manera independiente.
D) El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
E) Malestar clínicamente significativo y deterioro en áreas importantes del funcionamiento.

**2.4 Depresión**

Berenzon *et al*. (2013), sostienen que la depresión “es el resultado de la interacción entre factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto, que interactúan con las características individuales” (p. 75). Asimismo, destacan los siguientes factores de riesgo en la población mexicana que incrementan la sintomatología depresiva:

- ser mujer
- tener bajo nivel socioeconómico
- estar desempleado
- aislamiento social
- tener problemas legales
- tener experiencias de violencia
- consumir sustancias adictivas

- migración
- entorno con violencia, inseguridad o crisis económica.

Existen algunas pérdidas significativas que podrían incluir tristeza intensa, rumiación sobre la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y cambios en la alimentación que corresponden a sintomatología depresiva, en esos casos los profesionales clínicos deben realizar un análisis que considere la historia del individuo y normas culturales de su contexto para la expresión de dicho malestar para poder generar un diagnóstico asertivo.

### *2.4.1 Criterios diagnósticos*

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos del DSM V (APA, 2014) para el trastorno de depresión mayor.

A) De los síntomas siguientes al menos cinco están presentes en al menos dos semanas; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
    a) Estado de ánimo deprimido.
    b) Disminución del interés o el placer por todas o casi todas las actividades.
    c) Pérdida o aumento de apetito, cambios de peso significativos.
    d) Insomnio o hipersomnia.
    e) Agitación o retraso psicomotor.
    f) Fatiga o pérdida de energía.
    g) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.
    h) Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
    i) Pensamientos de muerte recurrentes e ideación suicida.

B) Malestar clínicamente significativo y deterioro en lo social, laboral u otras áreas.

C) El episodio no es atribuible a efectos fisiológicos de alguna sustancia u otra afección médica.

D) El episodio no se explica mejor por otro trastorno.

E) Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

### *2.4.2 Clasificación*

De acuerdo con parámetros del DSM-5 (APA, 2014), según el número de síntomas, su gravedad y el grado de discapacidad funcional surge la siguiente clasificación.

- Leve: síntomas suficientes para cumplir los criterios diagnósticos, malestar manejable y poco deterioro en el funcionamiento social.
- Moderado: la cantidad e intensidad de los síntomas y el deterioro funcional se encuentran entre los descritos para “leve” y “grave.”
- Grave: los síntomas superan a los necesarios para cumplir el diagnóstico, malestar intenso y no manejable, los síntomas interfieren significativamente en el funcionamiento social.

### *2.4.3 Depresión y adicciones*

De acuerdo con Gastón (2020), la depresión es el trastorno con mayor concurrencia en el consumo de sustancias, en ese sentido, y se han encontrado prevalencias de entre el 15% y el 80%. Esta se asocia a eventos traumáticos, conflictos en las relaciones familiares, laborales o sociales, problemas legales o económicos y a síntomas provocados por la sustancia misma o su abstinencia.

Ahora bien, Tirado-Muñoz *et al*. (2018) proponen tres hipótesis para explicar esta elevada concurrencia:

1. Factores de riesgo en común, tales como acontecimientos vitales, eventos traumáticos, genética o alteraciones neurobiológicas.
2. Cambios neurobiológicos derivados del consumo repetido de sustancias.
3. Abuso de sustancias como forma de automedicación ante los síntomas de depresión.

Existe mayor evidencia de que un trastorno por uso de sustancias cause un episodio depresivo que el caso contrario, en el caso del alcohol, el desarrollo de la depresión podría explicarse por los cambios metabólicos y neuropsicológicos causados por su ingesta (Boden y Fergusson, 2011).

Con relación a lo anterior, el DSM V (APA, 2014) dedica un apartado para el trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento, entre sus criterios diagnósticos se encuentran los siguientes.

A) Alteración importante y persistente en el estado de ánimo. Se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, así como disminución notable del interés o placer en la mayoría de las actividades.
B) Existen pruebas a partir de la historia clínica, exploración física o análisis de laboratorio sobre
    a) Síntomas del criterio A desarrollados durante o poco después a la intoxicación o abstinencia de alguna sustancia o medicamento.
    b) La sustancia o medicamento puede producir síntomas del criterio A.
C) El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por sustancia o medicamentos. Es decir, sintomatología presente antes del uso de la sustancia o medicamento, sintomatología presente un mes después de la abstinencia aguda o bien otro criterio que permita la existencia del trastorno de manera independiente.
D) El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
E) Malestar clínicamente significativo y deterioro en áreas importantes del funcionamiento.

**2.5 Patología dual**

La patología dual hace referencia a la concurrencia de adicciones a sustancias o comportamientos y otro trastorno mental como depresión, ansiedad generalizada, esquizofrenia, bipolaridad u otro contenido en los manuales psiquiátricos. Involucra procesos neurobiológicos y ambientales que requieren acciones preventivas, intervenciones terapéuticas y políticas de salud pública eficaces para su abordaje (Szerman *et al*., 2017).

Para Salud Mental España (2020) existen tres hipótesis que explican el desarrollo de la patología dual de acuerdo con el orden de aparición de cada trastorno aunado a la influencia entre ambos:

1. El abuso de sustancias o conductas adictivas pueden desencadenar la aparición de otros trastornos, en especial cuando existen factores de riesgo.
2. Las sustancias se usan como automedicación para sintomatología psiquiátrica existente a partir de los efectos para aliviar los síntomas.
3. La aparición de ambos trastornos puede ser resultado de compartir factores de riesgo como estrés, rasgos de personalidades, factores ambientales, etcétera.

Diversos autores (Gonzalez, 2020; -Navarrete *et al*., 2017; y Torrens, 2008) establecen que los escenarios de patologías duales son complejos debido a algunos escenarios como los presentados a continuación.

- Negación de uno o ambos diagnósticos.
- Rechazo al tratamiento.
- Poca adherencia al tratamiento.
- Mayores tasas de recaída.
- Re-hospitalización.
- Mayor ideación y conducta suicida.
- Deserción escolar o laboral.
- Marginación.
- Mayor presencia de conductas de riesgo e infecciones como VIH o hepatitis C.
- Más conductas violentas o delictivas.
- Falta de información o incomprensión en el entorno familiar que agrava la patología.
- Mayor deterioro biopsicosocial, que genera a la vez incremento en costos de atención pública.

Por todo lo anterior, es importante tener en cuenta algunas consideraciones para que el tratamiento a la patología sea el más adecuado tal como mencionan Martín-Navarrete, *et al.* (2017).

- Favorecer la adherencia al tratamiento a través de vínculos terapéuticos estables y seguros.
- Acompañamiento con intervenciones individualizadas ajustadas a las necesidades en lugar de normas rígidas.

- Transmitir que el proceso es a mediano y largo plazo con ajustes en el tiempo.
- Objetivos terapéuticos concretos y alcanzables en el corto plazo para evitar frustración.
- Reconocer los cambios progresivos.
- Hacer hincapié en el daño que representan las sustancias durante el tratamiento médico.
- Involucrar a la familia y entorno en el proceso.
- Profesionales con formación y conocimientos necesarios para generar evaluaciones y diagnósticos correctos.

## 2.6 Adultez temprana y tardía

### *2.6.1 Desarrollo psicosocial y abuso de sustancias en la adultez temprana*

En el ciclo vital del ser humano la adultez temprana es representada por cambios significativos en las diferentes dimensiones de la persona: la esfera psicológica, la esfera social y la esfera biológica. Esta etapa se caracteriza por abarcar en la mayoría de la población humana de los 20 a los 40 años.

La adultez temprana se caracteriza por una fase de homeostasis, Stassen (2008) en su libro Psicología del Desarrollo menciona

> …la homeostasis es un ajuste de los sistemas del organismo que ocurre con el fin de mantener las funciones fisiológicas en un estado de equilibrio. A medida que el cuerpo envejece, los ajustes homeostáticos se producen más lentamente, por lo que es más difícil para el cuerpo adaptarse a factores estresantes (p. 10).

El cuerpo humano está diseñado para la homeostasis, en la juventud temprana es probable que esto sea más visible, la fase del crecimiento de la persona donde el cuerpo se encuentre en el mayor equilibrio posible biológicamente hablando, Dulcey y Uribe (2002) agregan que

> …el envejecimiento es un proceso de diferenciación progresiva, el cual comienza con la vida y termina con la muerte, es una realidad característica

> de todas las formas de vida multicelular y, por supuesto, de la vida de todos los seres humanos. No obstante, su complejidad difiere en las distintas especies, individuos y épocas de la vida; y las formas de envejecer son tantas como individuos existen (p. 19).

A partir de lo anterior se logra identificar en las personas en esta etapa la búsqueda de la identidad, la conciliación de relaciones interpersonales que se caracterizan por ser significativas, la exploración y afirmación de un propósito de vida. Es esencial comprender cómo los diversos factores culturales y biológicos pueden ser un factor determinante para la expresión de trastornos como ansiedad y depresión, específicamente en personas que enfrentan una dependencia a sustancias psicoactivas.

La adultez emergente es una construcción socio cultural expresada en una transición larga sin dejar de anteceder a la adultez. En este momento evolutivo, las personas tienden a considerar las oportunidades para conocerse, experimentar distintas actividades y estrategias e incluso exploran distintas formas de llevar la vida, todo esto antes de comprometerse con eventos estructurales de la adultez como lo son casarse, obtener un trabajo formal o tener hijos. Como se dijo anteriormente, estas exploraciones han sido posibles gracias a la flexibilización de la sociedad y la familia a las nuevas formas de vivir, relaciones prematrimoniales, concepciones sobre la maternidad y paternidad e incluso relaciones homosexuales (Andrade, 2016, citado en García-Álvarez, *et al.,* 2022).

En ese sentido, Uriarte (2007) señala cinco acontecimientos sociales importantes que marcan el inicio de la vida adulta: el término de la formación académica, el trabajo y la independencia económica, el vivir independiente de los padres, el matrimonio y el primer hijo.

Como se menciona, una tarea importante de esta etapa es la adaptación a las exigencias de la vida adulta que principalmente se centra en la capacidad de desarrollar habilidades para responsabilidades laborales y familiares. El desarrollo social se verá impactado por la cultura del momento, la convivencia con los pares y

la integración a la sociedad, lo que tiene un alto porcentaje de influir en la salud mental de la persona. Las experiencias en la adultez temprana pueden estar en muchos grados marcadas por los pares y las vivencias académicas de las personas, lo cual marcará en gran medida su área psicológica, social y biológica.

De acuerdo con Barrera-Herrera y Vinet (2017) este estadío les permite desarrollar competencias genéricas, como las habilidades interpersonales de empatía y tolerancia, habilidades de comunicación, capacidad de corregir errores y pensamiento crítico. Este desarrollo de competencias propicia la exploración de sus ideologías y creencias, reforzando, en algunas ocasiones, las creencias que provienen de su núcleo familiar, mientras que en otras desafían los valores y creencias familiares, pues al enfrentar la diversidad cultural y social universitaria, adquieren nuevas creencias sobre su carrera, las relaciones de pareja, y comienzan a formalizar sus ideologías con relación a tópicos.

> Destacan la libertad general, expresada como mayor libertad para equivocarse al momento de explorar y evaluar opciones, pues al no tener las responsabilidades de un adulto (trabajo, hogar e hijos), se reducen las consecuencias o el impacto de sus decisiones. También esta libertad permite que los jóvenes exploren en el consumo de sustancias, como alcohol y/o marihuana (Barrera-Herrera & Vinet, 2017, p. 50).

En algunas personas estos acontecimientos podrían actuar como un desencadenante de ansiedad y/o depresión. Por ejemplo, la presión por alcanzar buenas notas en la carrera profesional, el conseguir un empleo relacionado con la carrera académica elegida, el migrar del hogar nuclear, el plantearse una relación de pareja a largo plazo, pueden generar un sentimiento de insuficiencia en las personas rezagadas en estos procesos sociales.

El proceso de independencia puede estar altamente relacionado con emociones de soledad y desarraigo, muchas veces al mudarse de municipio, ciudad o país, en específico en ocasiones en que la persona explora su identidad. En personas en un proceso de adultez más madura el enfrentarse a la vida de pareja, la

maternidad, la paternidad, aun cuando están catalogados como logros positivos podrían generar estrés si no se da una transición adecuada.

Barrera-Herrera y Vinet (2017) señalan que el periodo de la adultez temprana es un periodo para construir la identidad, pues se continúa el descubrimiento del sí mismo, lo cual permite transitar hacia una conformación progresiva de la identidad, a medida que van madurando y alcanzando mayor independencia y autonomía en las áreas emocional, económica y académica. Específicamente, el logro progresivo de mayor estabilidad o autorregulación tanto emocional como académica, además de la adquisición de mayores responsabilidades como manejo del dinero, responsabilidad académica, responsabilidad laboral, responsabilidad por sí mismos, y responsabilidad social. Lo anterior les otorga un sustento que les permite definirse y reconocerse en cuanto a sus capacidades y potencialidades.

Sin embargo, la exploración de la identidad podría ser un arma de doble filo, en específico en el contexto de abuso de sustancias psicoactivas. La liberación de normas sociales a través de la familia nuclear y la oportunidad de experimentar diversas posibilidades de vida a algunas personas las llevará a comportamientos que podrían ser un desencadenante para temas de salud mental como la ansiedad y la depresión. A medida que la persona enfrenta la incertidumbre del futuro, es común que esté expuesto al riesgo de usar como mecanismo de afrontamiento algún consumo de sustancias complicando el desarrollo social y psicológico.

La flexibilidad en las normas sociales que culturalmente acompañan a la adultez emergente permite la variedad en las distintas decisiones de la persona, sin embargo, en la diversidad se debe tener claro que no todas las personas cumplirán de la misma manera los logros sociales lo que puede llevar a comparaciones negativas y sensaciones de fracaso.

En el caso de hombres adultos tempranos que se encuentran en un proceso de rehabilitación de sustancias psicoactivas, la presión cultural podría detonar diversos trastornos de ansiedad o depresión, creando un ciclo donde las herramientas para lograr estos requisitos sociales sean poco aptas y el consumo de sustancias psicoactivas sea un medio para mitigar las emociones de ansiedad o

estrés. Por lo tanto, es fundamental entender cómo estos acontecimientos culturales y sociales impactan el desarrollo psicológico, social y biológico de estos hombres.

### *2.6.2 Desarrollo psicosocial y abuso de sustancias en la adultez media*

La adultez media es una etapa del ciclo vital de las personas que por lo general se establece en las edades de 41 años hasta los 65 años, es vista como una fase donde se experimentan cambios significativos como la aceptación del envejecimiento biológico, la crianza de las hijas e hijos, las diversas gestiones de las relaciones interpersonales, entre otros. Por lo tanto, la salud mental toma un papel decisivo.

De acuerdo con Izquierdo (2007), la etapa adulta es considerada como un período durante el cual se aceptan roles de acuerdo con lo que se impone socialmente en relación con el reconocimiento y las demandas de la sociedad. Por otra parte, se flexibilizan los valores tomando en cuenta la vida real que lleva a asumir principios, a tomar decisiones personales que darán validez y orientarán al resto de la vida.

Así mismo, la adultez puede vislumbrarse como una etapa de construcción y expansión de la personalidad. Como un periodo de cambios notorios y experiencias individuales, ya que en este particular momento de la vida el sujeto alcanza mayores logros, realizaciones y rendimiento. Por esta razón, el conjunto de experiencias adquiridas hasta este momento da lugar a una transformación productiva que requiere de todos los recursos adaptativos que dispone el individuo. En consecuencia, resulta evidente que la adultez debe abordarse desde distintas perspectivas biológicas, psicológicas y sociales.

Es común que los hombres en la adultez media se encuentren en cambios en las dinámicas familiares y laborales, culturalmente es común que frente a estos cambios el estrés y ansiedad aumenten teniendo relación con aislamiento debido a la presión social. Lo anterior no solo afecta la salud mental de la persona, sino que puede estar altamente relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas y depresión.

Luján (2023) menciona que “las diferentes teorías sobre el desarrollo de la edad adulta coinciden en que la plenitud psicológica y vital se establece desde los 30

hasta los 60 años, aunque a partir de esta última edad pueden comenzar a manifestarse disminuciones en las facultades, que son complementadas por la madurez y experiencia adquiridas” (p. 14).

El envejecer implica una serie de cambios y pérdidas que afectan la salud física y psicológica, algunas personas con factores de riesgos determinados pueden desarrollar un ciclo de deterioro con el consumo de sustancias que agrava estados como la ansiedad y la depresión.

Ahora bien, entre las diferentes teorías del desarrollo, se encuentra Erikson (1979, citado en González-Arratia y Valdez, 2015), quien considera que la personalidad surge de la manera en que se resuelven los conflictos sociales durante puntos de interacción clave en el desarrollo y refiere que todos experimentan ocho crisis o conflictos del desarrollo. Estas etapas son confianza básica, autonomía, iniciativa, industriosidad, identidad, intimidad, generatividad e integridad. Los ajustes que el individuo hace en cada etapa pueden ser alterados o revertidos más tarde y la resolución de cada conflicto es acumulativa; el modo personal de ajuste a cada etapa afecta la manera de manejar el siguiente conflicto, a lo que comúnmente se le conoce como crisis normativas.

Cada etapa puede ofrecer a la persona una oportunidad para entender las diferencias en sus diferentes momentos de vida e identificar cómo se maneja la ansiedad y la depresión. Los ajustes que tenga la persona en las diversas etapas con relación a su capacidad de afrontamiento tienen gran relación en los mecanismos que desarrolle en respuesta a sus experiencias previas. Lo mencionado anteriormente destaca la importancia de la acumulación de experiencias a lo largo del ciclo vital de la persona y cómo estas herramientas podrán influir en su salud mental.

Con relación a lo anterior, Saavedra y Villalta (2008) afirman que

> la tarea de la adultez es la generatividad, el sentimiento de producir algo con el propio esfuerzo, de crear algo y verlo crecer y desarrollarse. Implica el cuidado por la nueva generación, la necesidad de concretar un aporte propio

> al mundo, a la humanidad. La virtud implícita es la compasión. El riesgo de un logro no adecuado en esta tarea es el estancamiento, el sentirse “trunco”, no creador, no aportativo (p.35).

En ese mismo sentido, González-Arratia y Valdez (2015) señalan que durante esta etapa suelen afrontarse eventos críticos como la pérdida de seres queridos o decremento en la situación económica. Además, pueden aparecer enfermedades crónicas, deficiencias físicas, sentimiento de pérdida de utilidad social, depresión, duelos, reducción de la red social, jubilación, disminución progresiva de la autonomía y soledad.

La generatividad es un rasgo altamente identificado en la adultez media, la cual implica la capacidad de la persona de crear, producir y aportar a la generación anterior. La persona con rezago en esta etapa podría experimentar sensación de poca productividad y agravar ciertos temas de salud mental como la ansiedad y depresión.

La adultez media puede pasar por pérdidas significativas ya sea de capacidades físicas, de trabajo, de vínculos, incluso de la autoimagen, la combinación de estos duelos puede resaltar una mayor vulnerabilidad emocional, esta etapa diferenciada de la adultez temprana que aun con sus propios desafíos está orientada a exploración y al establecimiento de identidades.

Por consiguiente, esta etapa está marcada culturalmente por la aceptación del envejecimiento, la crianza de los hijos, la gestión de las presiones laborales y los vínculos interpersonales; el estrés y la ansiedad pueden intensificar aspectos sobre el consumo de sustancias psicoactivas y vincularse en relación con el desarrollo de depresión. La vulnerabilidad en el manejo de la ansiedad y la depresión en hombres adultos de mediana edad asociado a los cambios de vida pueden exacerbar estas condiciones y aumentarla si se encuentra en un consumo de sustancias psicoactivas.

# Capítulo III

## 3.1 Método

### *Enfoque*

El enfoque por utilizar en la siguiente investigación es el cuantitativo, “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico” (Hernández *et al.,* 2014, p.4). A partir de una idea se realiza el planteamiento del problema, objetivos, preguntas de investigación y revisión de la literatura para establecer hipótesis y definir las variables; posteriormente se desarrolla el diseño para para probarlas en una muestra seleccionada y finalmente recolectar y analizar los datos obtenidos a través de métodos estadísticos que darán origen a conclusiones respecto a las hipótesis.

***Diseño***

El diseño utilizado es el no experimental, transversal, descriptivo. Se define a los diseños no experimentales como aquellos en los que el investigador no manipula o influye intencionalmente en las variables, sino que observa y analiza los fenómenos en su contexto natural; como las variables y sus efectos ya sucedieron entonces no se les puede controlar.

Ahora bien, este tipo de investigación es dividida en transversal y longitudinal dependiendo de su dimensión temporal y momentos en los que se recolectan los datos. Los diseños transversales recopilan datos en un momento único y pueden abarcar distintos grupos o subgrupos de personas, objetos, indicadores o situaciones. Son utilizados para describir variables y analizar su interrelación en un momento específico (Hernández, 2014).

Por su parte, los diseños transversales se dividen en exploratorios, descriptivos y correlacionales-causales. Un diseño transversal descriptivo analiza “la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población, son estudios puramente descriptivos” (Hernández, 2014, p. 158). Los diseños correlacionales-causales describen la relación entre dos o más variables en cuestión de correlación o causa-efecto.

## 3.2 Muestra

Pacientes hombres de entre 20 a 65 años, con consumo de sustancias, internados en dos diferentes clínicas de rehabilitación de adicciones del estado de Puebla bajo los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes hombres de entre 20 a 65 años, en rehabilitación con diagnóstico de adicción a sustancias psicoactivas de acuerdo con los criterios del DSM-V.
- Sin psicosis inducida por consumo de sustancias.
- Pacientes que en el último mes hayan consumido la sustancia.
- Pacientes que acepten participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que completen las pruebas psicométricas en los primeros 15 días de internamiento para no modificar el estatus de la sintomatología.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no acepten participar en la investigación.
- Pacientes que no cumplan con el rango de edad.
- Pacientes con psicosis inducida por sustancia, en cuyo caso este diagnóstico podría no arrojar resultados objetivos.
- Pacientes que no completen las pruebas psicométricas en los 15 días posteriores al ingreso.
- Pacientes que en el último mes hayan estado internados en un algún establecimiento residencial, en cuyo caso se podría ver afectada la intensidad de la sintomatología depresiva o ansiosa.
- Pacientes mujeres.

### 3.3 Instrumentos

- Inventario de ansiedad de Beck.
- Inventario de depresión de Beck.
- MMPI-2 (escalas de validez, depresión y ansiedad).
- Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIST

***Inventario de Depresión de Beck-II***

En inglés *Beck Depression Inventory*, creado por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown en (1996), es un instrumento que evalúa la intensidad de sintomatología depresiva de forma autoinformada a través de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta, ordenadas de menor a mayor de acuerdo con la intensidad del síntoma. Cada ítem mide gravedad de: tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, insatisfacción con uno mismo, autocríticas, pensamientos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, inutilidad, pérdida de energía, cambios en el patrón del sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida del interés sexual.

Para valorar cada ítem, se debe considerar el estado de ánimo de los últimos 15 días, incluido el día de aplicación. El rango de edad para su aplicación va de los 13 a 65 años, se puede aplicar individualmente o en grupo. La puntuación total de la escala va de 0 a 63 y se evalúan dos dimensiones: a) dimensión cognitivo-afectiva que incluye a los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 17, y b) dimensión somático-motivacional que incluye a los ítems 4, 12, 15, 16, 18, 20 y 21 (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2013).

En su primera versión se obtuvieron observaciones y registros de síntomas con pacientes deprimidos para contrastarlos con la literatura del momento. De este modo, se generaron 21 reactivos que medían la frecuencia e intensidad de la sintomatología depresiva el mismo día de evaluación. Después de considerar los cambios en el diagnóstico del trastorno depresivo mayor en la tercera y cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, una segunda versión revisada en 1978 denominada *BDI-IA* amplió la temporalidad de los síntomas para evaluar la última semana previa a la aplicación además de modificar la redacción de 15 reactivos. En la versión actual BDI-II, se vuelve a modificar el tiempo y se evalúan los síntomas de las dos últimas semanas, del mismo modo, se modifica la redacción de 18 reactivos de la segunda versión (Rosas-Santiago *et al*., 2020).

Actualmente es el instrumento más utilizado para la evaluación clínica de sintomatología depresiva por lo que ha sido validado y adaptado a diferentes países. Para la aplicación a población mexicana, se utiliza la prueba estandarizada por

Jurado *et al.*, (1998). Las puntuaciones de corte propuestas son: 0-9 puntos, depresión mínima; 10-16 puntos, depresión leve; 17-29 puntos, depresión moderada y 30-63 puntos, depresión grave.

***Inventario de Ansiedad de Beck***

El Beck Anxiety Inventory (Beck et *al*. 1988 en Beck y Steer, 1993) es un instrumento autoaplicado que mide la gravedad de la sintomatología de ansiedad, está compuesta por 21 ítems en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta con valores de 0-nada, 1-leve, 2-moderado o 3-severamente, según la intensidad y afectación del síntoma en la vida de la persona durante la última semana, incluido el día de la evaluación.

Fue creado para diferenciar los síntomas conductuales, emocionales y psicológicos de la depresión y la ansiedad. Se incluyen 12 ítems de síntomas somáticos entre los que se incluyen entumecimiento, hormigueo, mareos, etc. y 9 ítems de ansiedad subjetiva y pánico como miedo a que pase lo peor e incapacidad de relajarse (Leyfer *et al.,* 2006).

Su aplicación es individual o en grupo, el puntaje total va de los 0 a los 63 puntos, de acuerdo con la adaptación a la población mexicana propuesta por Robles *et al.*, (2001), los puntos de corte son 0-5 mínima, 6-15 leve, 16-30 moderada y 31-63 severa.

***MMPI-2***

En su primera versión, el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota - MMPI, fue publicado por Hathaway y McKinley (1942) en la universidad de Minnesota, es un instrumento aplicado individual o grupalmente que evalúa características de la personalidad y trastornos psicológicos en adultos a través de 567 reactivos de verdadero o falso, calificados con escalas básicas de validez y clínicas además de otras adicionales (Butcher, 1990 en Bezanilla *et al.* 2010).

La versión actualizada MMPI-2 de Butcher *et al.* (2019) incluye escalas de validez que indican el grado de confiabilidad de las respuestas, se incluye L: mentira,

F: incoherencia y K: corrección. En tanto, las escalas clínicas incluyen: D: depresión, Pt: psicastenia, además de otras 8 escalas (Zambrano-Guerrero *et al*, 2015).

***Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIST***

En inglés *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test,* es un cuestionario elaborado por la Organización Mundial de la Salud (2010), permite la identificación de riesgos para la salud ante el consumo de sustancias, con el resultado se plantea generar un plan de prevención, identificación temprana y manejo de trastorno por uso de sustancias.

Consta de 8 preguntas relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos y otras drogas, asimismo, indica los problemas relacionados con dicho consumo en los últimos tres meses. La puntuación total se obtiene al sumar las puntuaciones de las preguntas 2 a 7 y se clasifica en bajo, moderado o alto, según el nivel de riesgo correspondiente ante determinada sustancia.

## 3.4 Procedimiento

- Inicial: se solicita el permiso para realizar investigación en *Clínica P.* y *Clínica N.A*. Posteriormente, en un rango de ocho meses, basados en los criterios de inclusión y exclusión, se selecciona a los pacientes a quienes se aplican los instrumentos.
- Aplicación: el investigador revisa los expedientes clínicos de ingreso para realizar un primer filtro de los participantes, posteriormente se realiza la presentación con ellos para explicar el propósito general del estudio y puedan firmar su consentimiento.
- Se aplican de manera individual los inventarios de ansiedad y depresión de Beck (1993, 1996) así como el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota - 2 (Butcher *et al.*, 2019). Lo anterior en un lapso aproximado de tres sesiones por usuario con una duración de 90-120 minutos cada una. Se aplica en los primeros 15 días de internamiento para no modificar el estatus de la sintomatología. Los inventarios se califican en esta etapa.

- Final: vaciado de resultados en base de datos para su análisis. Se realizó una estadística descriptiva para analizar las características de la muestra, posteriormente un análisis estadístico en el programa GraphPad para aplicar la prueba U de Mann Whitney para comparar los datos y obtener diferencias significativas de acuerdo con las pruebas aplicadas y por grupo etario.

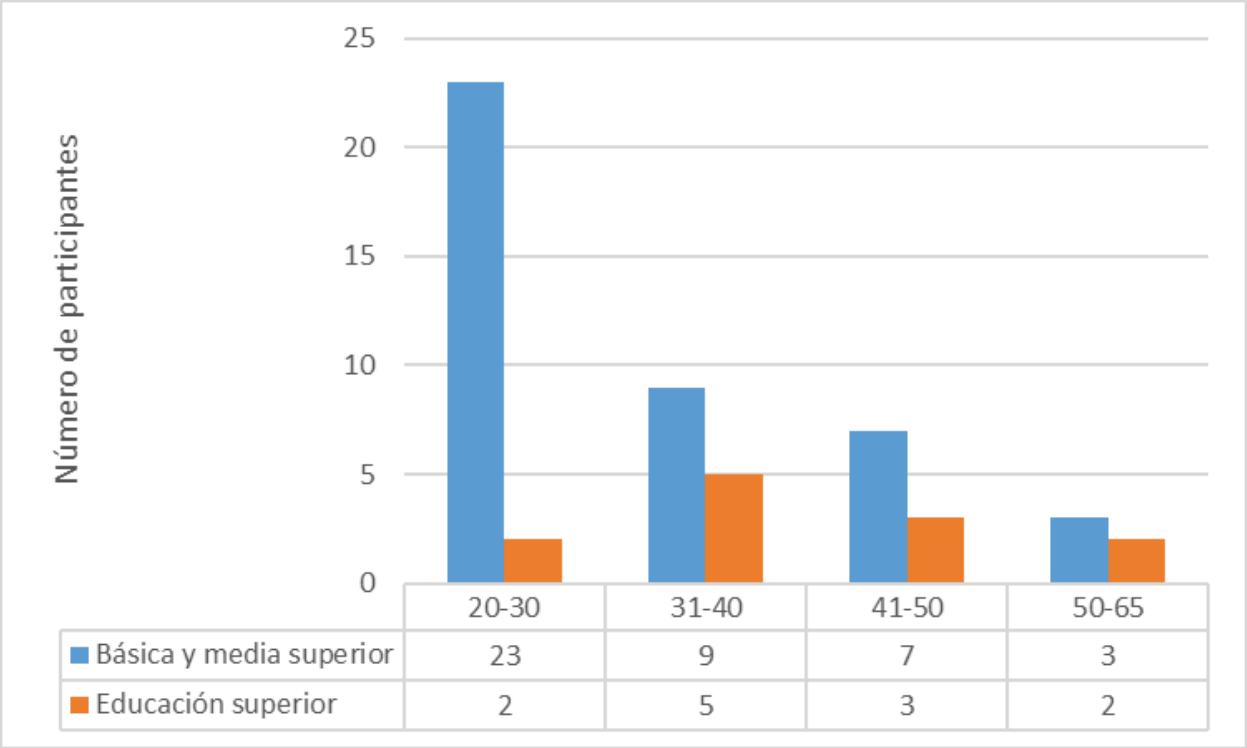
# Capítulo IV

## Resultados

La muestra final incluyó un total de 54 pacientes: 32 jóvenes con educación básica o media superior (59.25%), 7 jóvenes con educación superior, (12.96%) 10 adultos con educación básica o media superior (18.51%) y 5 adultos con educación superior (9.25%) (Ver Figura 2).

**Figura 2**

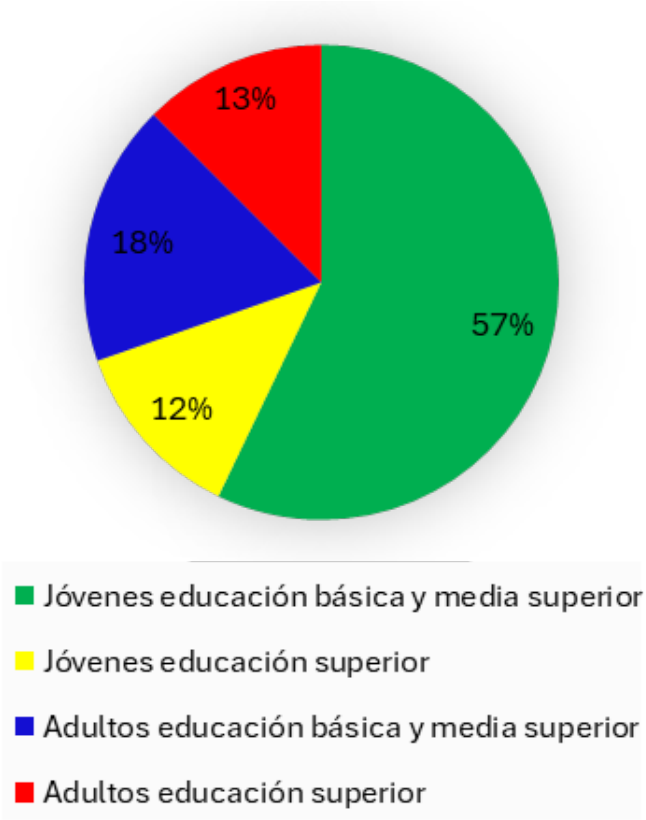
*Número de participantes de acuerdo con la edad y nivel escolar*




Nota: la gráfica muestra la comparativa por escolaridad en el número de participantes de la investigación.

**Figura 3**

*Porcentaje de participantes por edad y escolaridad*




Nota: la gráfica permite observar claramente las diferencias entre el número de participantes jóvenes y adultos de acuerdo con su nivel educativo.

Como se observa en la gráfica anterior, el subgrupo de jóvenes con educación básica y media superior es en el que se tuvieron más participantes mientras el que tuvo menos participantes fue el correspondiente al subgrupo de adultos con educación superior.

**Tabla 5**

*Datos sociodemográficos de la muestra*

| | Adultos educación básica y media superior | Adultos educación superior | Jóvenes educación básica y media superior | Jóvenes educación superior |
|---|---|---|---|---|

| | (n=10) | (n=5) | (n=32) | (n=7) |
|---|---|---|---|---|
| **Estado civil** | | | | |
| Soltero | 1 (10%) | 2 (40%) | 17 (53.1%) | 1 (14.3%) |
| Casado | 4 (40%) | 1 (20%) | 5 (15.6%) | 4 (57.1%) |
| Unión libre | 2 (20%) | 1 (20%) | 8 (20%) | 2 (28.6%) |
| Divorciado | 0 (0%) | 1 (20%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Separado | 1 (10%) | 0 (0%) | 2 (6.3%) | 0 (0%) |
| Viudo | 2 (20%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| | | | | |
| **Ocupación** | | | | |
| Activo laboralmente | 10 (100%) | 4 (80%) | 22 (68.8%) | 4 (57.1%) |
| Estudiante | 0 (0%) | 0 (0%) | 2 (6.3%) | 1 (14.3%) |
| Ninguna | 0 (0%) | 1 (20%) | 8 (25%) | 2 (28.6%) |
| | | | | |
| **Máximo nivel de estudios** | | | | |
| Primaria | 1 (10%) | - | 3 (9.4%) | - |
| Secundaria | 7 (70%) | - | 14 (43.8%) | - |
| Media superior | 2 (20%) | - | 15 (46.9%) | - |
| Licenciatura | - | 3 (60%) | - | 7 (100%) |
| Maestría | - | 1 (20%) | - | 0 (0%) |
| Doctorado | - | 1 (20%) | - | 0 (0%) |

Al observar su estado civil, se nota que, a excepción de los jóvenes con educación básica y media superior, en los demás grupos es más común que los participantes sean casados o vivan en unión libre. En cuanto a la ocupación, se observa que en todos los grupos analizados la mayoría de los participantes se encuentra trabajando, por otro lado, a diferencia de los adultos, un mayor número de

jóvenes no tienen ninguna ocupación. Es importante mencionar que ningún adulto refirió continuar estudiando.

Por último, en la Tabla 6 se muestran el número de participantes que consumió cada tipo de sustancias.

**Tabla 6**

*Cantidad de consumidores de sustancias psicoactivas de acuerdo con su edad y nivel educativo*

| | **Adultos** | | **Jóvenes** | |
|---|---|---|---|---|
| **Sustancia** | Educación básica y media superior | Educación superior | Educación básica y media superior | Educación superior |
| **Alcohol** | 10 | 4 | 26 | 4 |
| **Tabaco** | 10 | 4 | 31 | 7 |
| **Marihuana** | 0 | 0 | 8 | 3 |
| **Metanfetaminas** | 2 | 0 | 16 | 3 |
| **Cocaína** | 1 | 0 | 9 | 1 |
| **Antidepresivos** | 0 | 0 | 3 | 0 |
| **Alucinógenos** | 0 | 0 | 0 | 1 |

Notas: se presentan con sombreado gris las tres sustancias más consumidas por subgrupo

**Figura 4**

*Cantidad de adultos consumidores por sustancia de acuerdo con su nivel educativo*

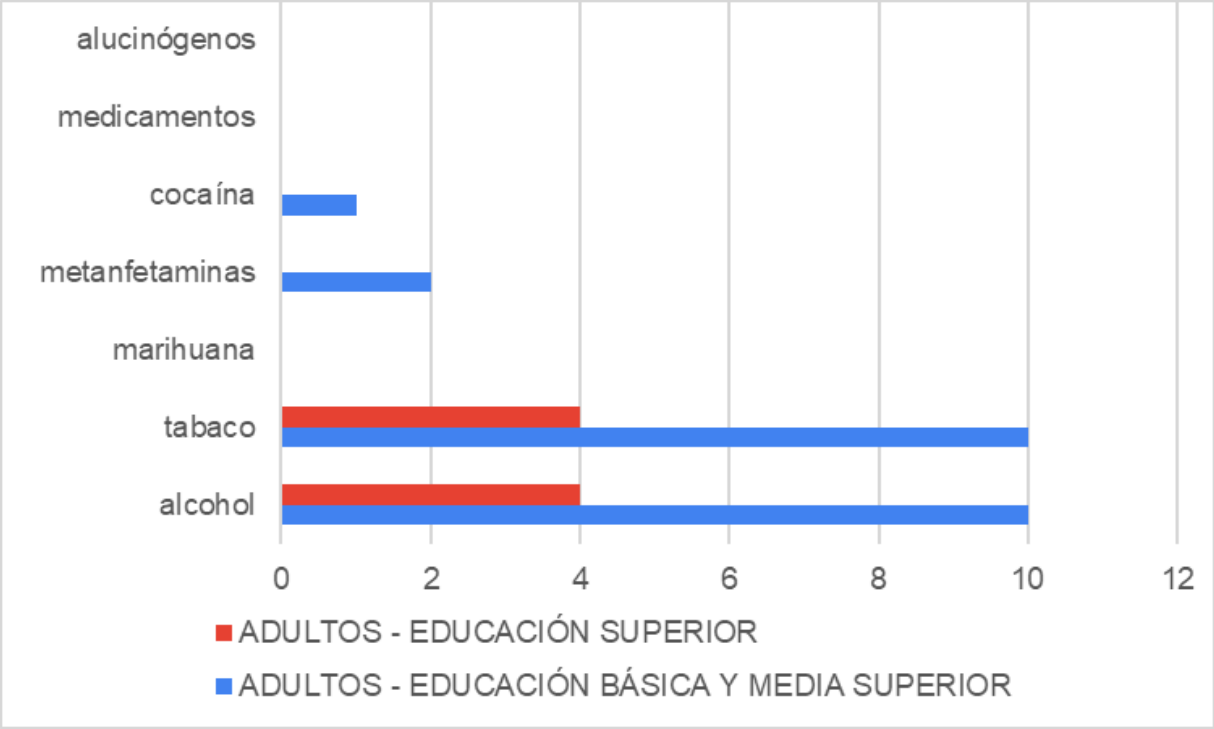



**Figura 5**

*Cantidad de jóvenes consumidores por sustancia de acuerdo con su nivel educativo*

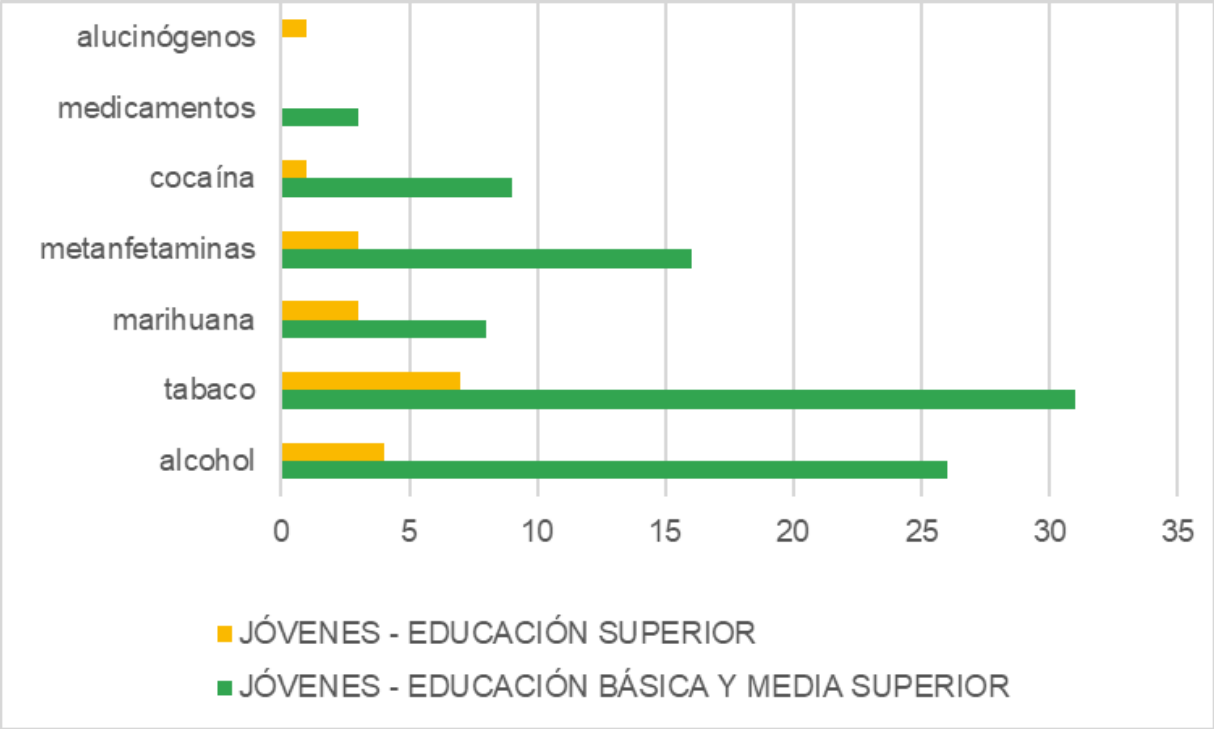
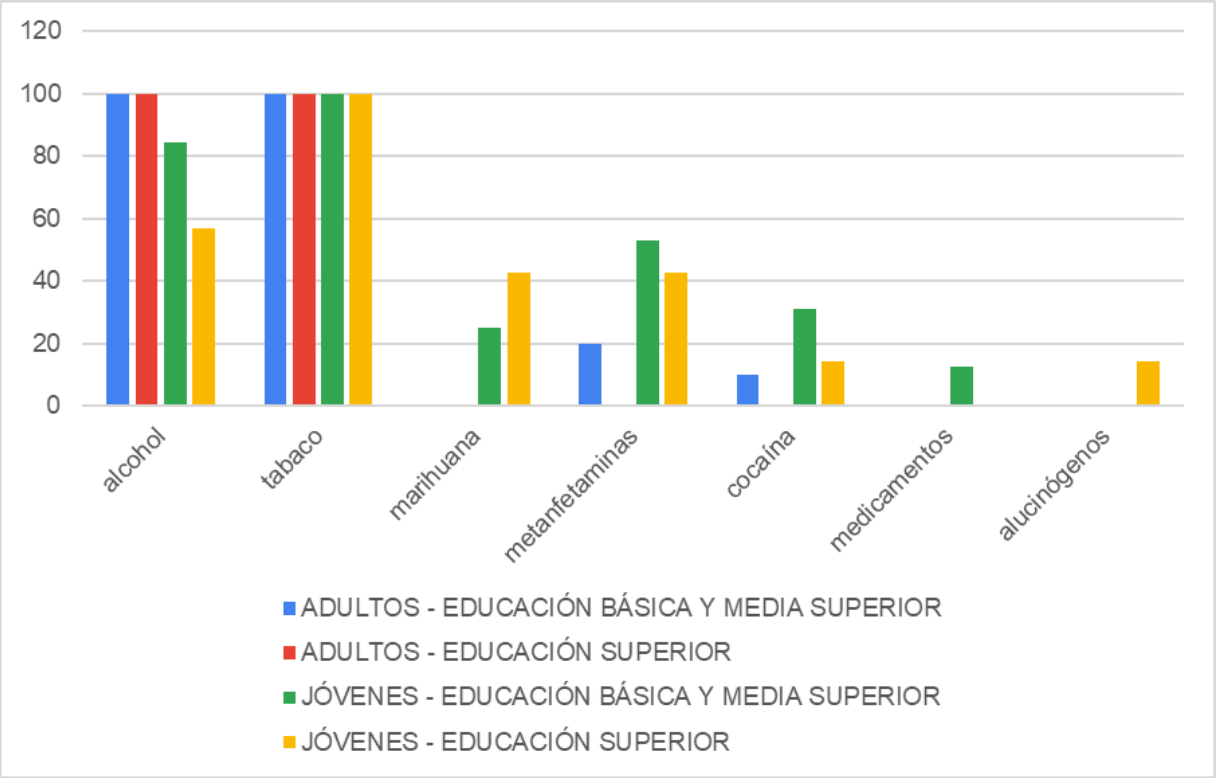


**Figura 6**

*Comparativa de porcentajes de consumidores de sustancias psicoactivas de acuerdo con su edad y nivel educativo*




**Análisis estadístico descriptivo**

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de acuerdo con cada prueba aplicada por etapa de desarrollo y nivel educativo. A continuación, se presentan los datos más relevantes por prueba aplicada.

***Inventario ansiedad de Beck***

El valor mínimo para la media (Me=4) y mediana (M=7) corresponde a los adultos con educación superior en tanto que el valor máximo corresponde al grupo de jóvenes con educación básica (Me=12.44 y M=10.5). Asimismo, observamos que este último grupo posee la puntuación máxima de los resultados obtenidos

(puntuación máxima= 29). Otro resultado notorio es que en ambos grupos de adultos se observa una puntuación mínima con un valor de cero.

***Inventario depresión de Beck***

En este grupo se observa una diferencia entre la media y mediana más alta, en ese sentido, la media y la puntuación máxima total (38 puntos) corresponden al grupo de jóvenes de educación básica (M=14.22) en tanto que la mediana más alta se encuentra en el grupo de adultos con educación superior (Me=13). Con relación a los valores mínimos, tanto media como mediana corresponden al grupo de jóvenes con educación superior (M= 8.429, Me= 8).

***Psicastenia – MMPI 2***

Los valores mínimos para mediana y media corresponden al grupo de adultos con educación superior (Me=56, M=57.20). Ahora bien, la mediana más alta corresponde a los jóvenes con educación superior (Me= 68) en tanto que la media más alta (M=65.66) y el puntaje total máximo (92 puntos) es para los jóvenes con educación básica.

***Depresión – MMPI-2***

Mientras que el valor máximo de la media (Me= 64) es para los adultos con educación básica, la mediana más alta es para los jóvenes con educación básica (M= 60). Con relación a los valores mínimos, el valor mínimo de la media es para los jóvenes con educación superior (Me=54), en tanto que la mediana mínima corresponde a los adultos con educación básica.

**Tabla 7**

*Análisis descriptivo de la muestra*

| | N | Mínimo | Máximo | Rango | Mediana | Medi a | Desvía-ción estándar | Error están-d |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | ar de la media |
| **Inventario de ansiedad de Beck** | | | | | | | | |
| Adultos educación básica y media superior | 10 | 0 | 24 | 24 | 6.5 | 8.50 | 7.472 | 2.363 |
| Adultos educación superior | 5 | 0 | 19 | 19 | 4 | 7.00 | 7.969 | 3.564 |
| Jóvenes educación básica y media superior | 32 | 1 | 29 | 28 | 10.5 | 12.44 | 8.285 | 1.465 |
| Jóvenes educación superior | 7 | 3 | 18 | 15 | 8 | 9.00 | 5.164 | 1.952 |
| **Inventario de depresión de Beck** | | | | | | | | |
| Adultos educación básica | 10 | 1 | 28 | 27 | 9 | 11.50 | 10.77 | 3.407 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adultos educación superior | 5 | 5 | 19 | 14 | 13 | 12.20 | 6.099 | 2.728 |
| Jóvenes educación básica | 32 | 3 | 38 | 35 | 11.5 | 14.22 | 8.816 | 1.558 |
| Jóvenes educación superior | 7 | 4 | 15 | 11 | 8 | 8.429 | 3.952 | 1.494 |
| **Psicastenia MMPI-II** | | | | | | | | |
| Adultos educación básica | 10 | 49 | 76 | 27 | 60 | 62.30 | 10.15 | 3.211 |
| Adultos educación superior | 5 | 45 | 78 | 33 | 56 | 57.20 | 13.18 | 5.894 |
| Jóvenes educación básica | 32 | 42 | 92 | 50 | 66 | 65.66 | 12.23 | 2.162 |
| Jóvenes educación superior | 7 | 42 | 76 | 34 | 68 | 62.14 | 14.47 | 5.470 |
| **Depresión MMPI-II** | | | | | | | | |
| Adultos educación básica | 10 | 1 | 28 | 27 | 9 | 64 | 10.77 | 3.407 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adultos educación superior | 5 | 31 | 59 | 28 | 57 | 57 | 12.03 | 5.381 |
| Jóvenes educación básica | 32 | 43 | 79 | 36 | 60 | 60 | 11.81 | 2.087 |
| Jóvenes educación superior | 7 | 43 | 68 | 25 | 54 | 54 | 9.587 | 3.623 |

**Tabla 8**

*Valor mínimos y máximos para la media y mediana por prueba aplicada*

| | **Mediana mínima** | **Mediana máxima** | **Media mínima** | **Media máxima** |
|---|---|---|---|---|
| **Ansiedad Beck** | Adultos educación superior | Jóvenes educación básica | Adultos educación superior | Jóvenes educación básica |
| **Depresión Beck** | Jóvenes educación superior | Adultos educación superior | Jóvenes educación superior | Jóvenes educación básica |
| **Psicastenia MMPI 2** | Adultos educación superior | Jóvenes educación superior | Adultos educación superior | Jóvenes educación básica |
| **Depresión MMPI 2** | Adultos educación básica | Jóvenes educación básica | Jóvenes educación superior | Adultos educación básica |

Las diferencias significativas ($P<0.005$) de acuerdo con la prueba psicológica aplicada (Tabla 5) se mostraron en los grupos de jóvenes educación básica - jóvenes

educación superior (P= 0.0351) y adultos educación básica - adultos educación superior (P= 0.0233).

**Tabla 9**

*Resultados de la prueba U de Mann Whitney de acuerdo con la prueba psicológica aplicada*

| Prueba analizada | Grupo analizado | Valor P | Diferencia significativa (P < 0.05) |
|---|---|---|---|
| Ansiedad – Beck | Adultos educación básica - adultos educación superior | 0.3337 | No |
| | Jóvenes educación básica - jóvenes educación superior | 0.1911 | No |
| | Adultos educación básica - jóvenes educación básica | 0.0919 | No |
| | Adultos educación superior - jóvenes educación superior | 0.2563 | No |
| Depresión – Beck | Adultos educación básica - adultos educación superior | 0.3263 | No |
| | Jóvenes educación básica - jóvenes educación superior | 0.0351 | Sí |
| | Adultos educación básica - jóvenes educación básica | 0.1728 | No |
| | Adultos educación superior - jóvenes educación superior | 0.1414 | No |
| Psicastenia - MMPI-2 | Adultos educación básica - adultos educación superior | 0.2424 | No |
| | Jóvenes educación básica - jóvenes educación superior | 0.4042 | No |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Adultos educación básica - jóvenes educación básica | 0.2305 | No |
| | Adultos educación superior - jóvenes educación superior | 0.3927 | No |
| Depresión – MMPI-2 | Adultos educación básica - adultos educación superior | 0.0233 | Sí |
| | Jóvenes educación básica - jóvenes educación superior | 0.1960 | No |
| | Adultos educación básica - jóvenes educación básica | 0.1074 | No |
| | Adultos educación superior - jóvenes educación superior | 0.3081 | No |

Notas: se presentan con sombreado gris los resultados significativos.

Ahora bien, al realizar el análisis de acuerdo con el nivel de escolaridad, los resultados significativos fueron observables únicamente para el grupo de depresión MMPI-2 - psicastenia MMPI-2 (Tabla 6).

**Tabla 10**

*Resultados de la prueba U de Mann Whitney de acuerdo el nivel de escolaridad*

| **Grupo** | **Pruebas analizadas** | **Valor P** | **Diferencia significativa (P < 0.05)** |
|---|---|---|---|
| Adultos educación básica y media superior | Depresión Beck - ansiedad Beck | 0.3072 | No |
| | Depresión MMPI-2 - psicastenia MMPI-2 | 0.4337 | No |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Adultos educación superior | Depresión Beck - ansiedad Beck | 0.1190 | No |
| | Depresión MMPI-2 - psicastenia MMPI-2 | 0.3810 | No |
| Jóvenes educación básica y media superior | Depresión Beck - ansiedad Beck | 0.2281 | No |
| | Depresión MMPI-2 - psicastenia MMPI-2 | 0.0143 | Sí |
| Jóvenes educación superior | Depresión Beck - ansiedad Beck | 0.5000 | No |
| | Depresión MMPI-2 -psicastenia MMPI-2 | 0.1690 | No |
| Notas: se presentan con sombreado gris los resultados significativos. | | | |

A continuación, se muestran los gráficos correspondientes a los análisis realizados por prueba o por escolaridad según corresponda-

**Figura 7**

*Puntajes obtenidos en la media para la prueba de ansiedad de Beck*

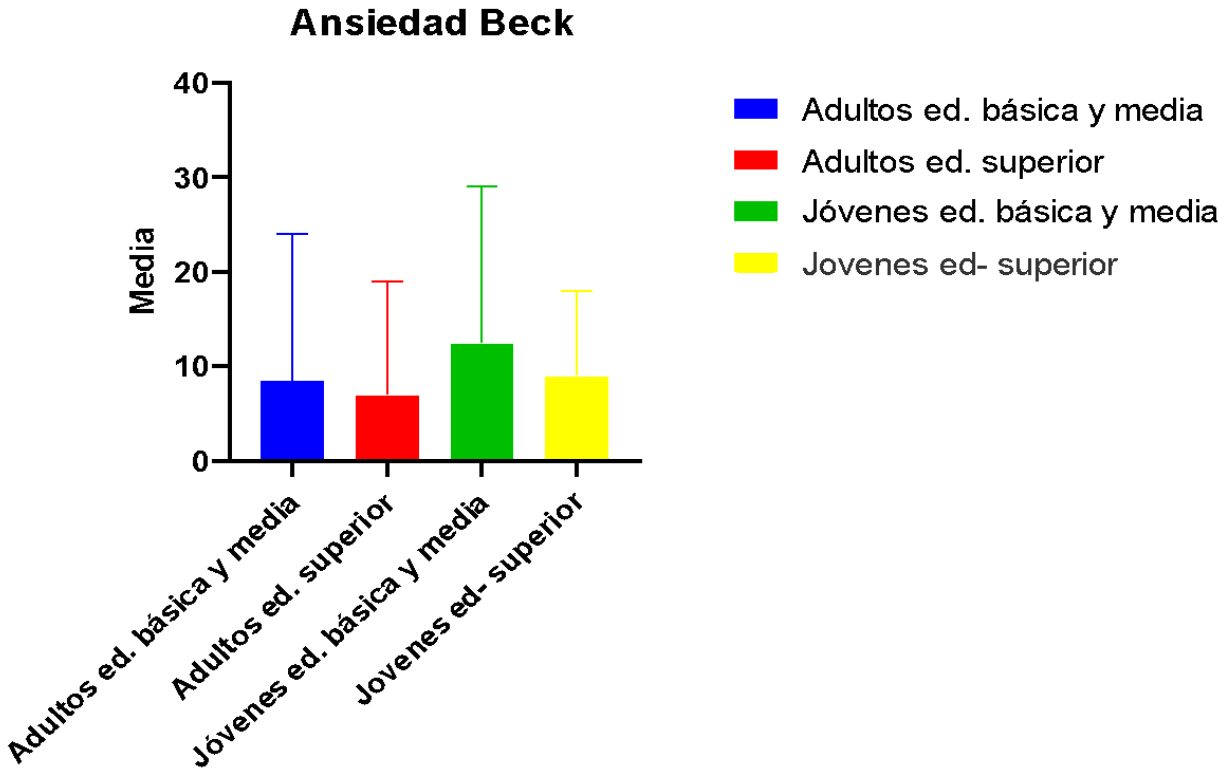

Ansiedad Beck
Media
40
30
20
10
0
Adultos ed. básica y media
Adultos ed. superior
Jóvenes ed. básica y media
Jovenes ed- superior
Adultos ed. básica y media
Adultos ed. superior
Jóvenes ed. básica y media
Jovenes ed- superior

**Figura 8**

*Puntajes obtenidos en la media para la prueba de Depresión de Beck II*

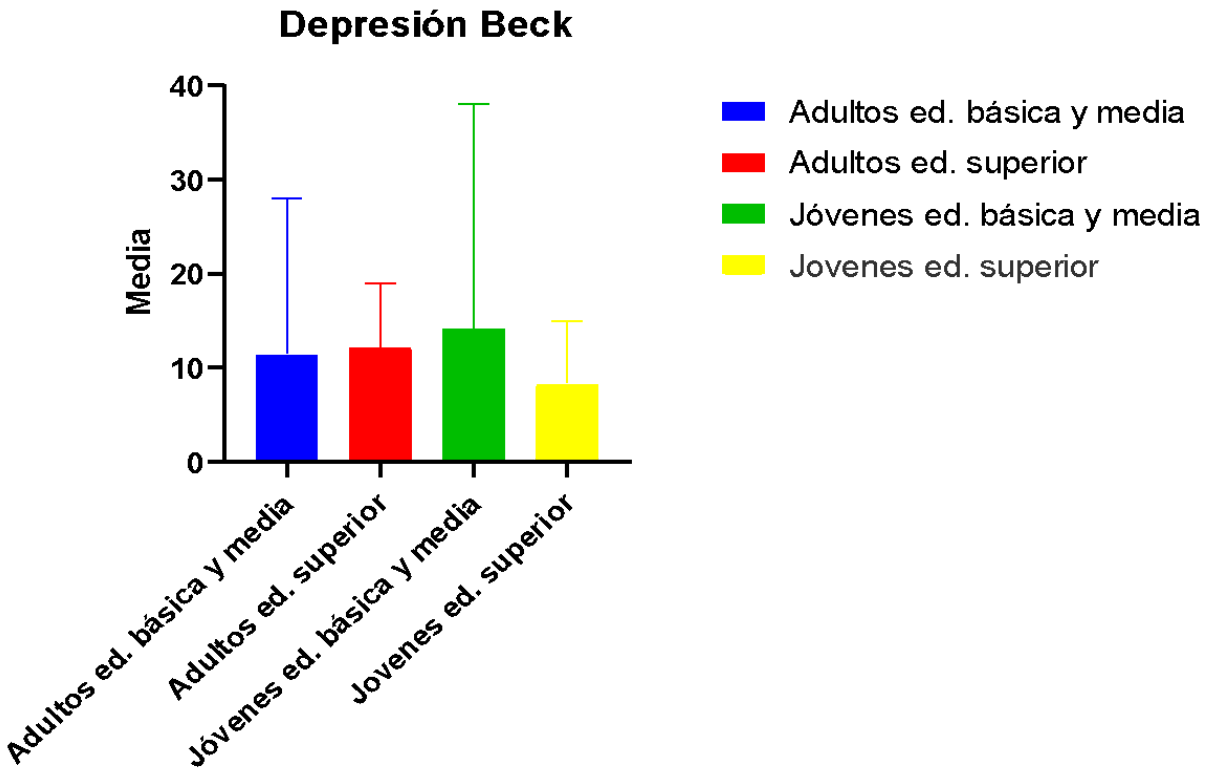


**Figura 9**

*Puntajes obtenidos en la media para la prueba de psicastenia en MMPI-II*

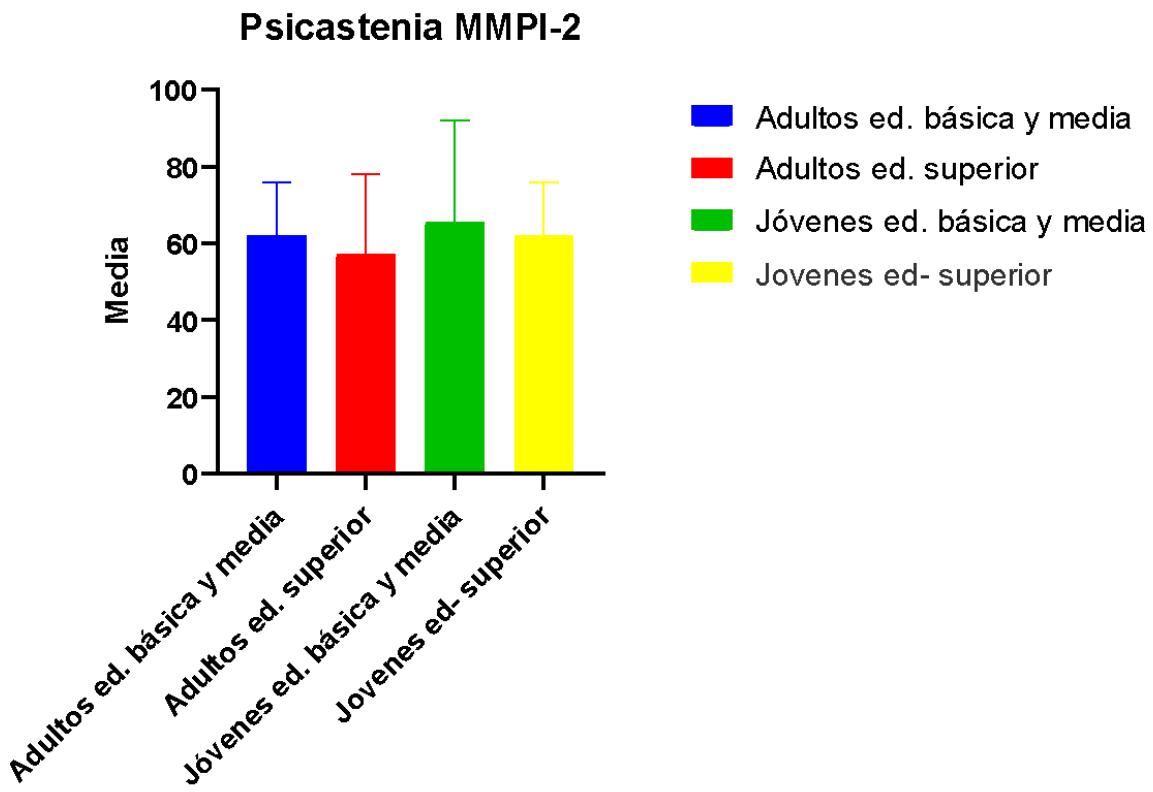


**Figura 10**

*Puntajes obtenidos en la media para la prueba de depresión en MMPI-II*

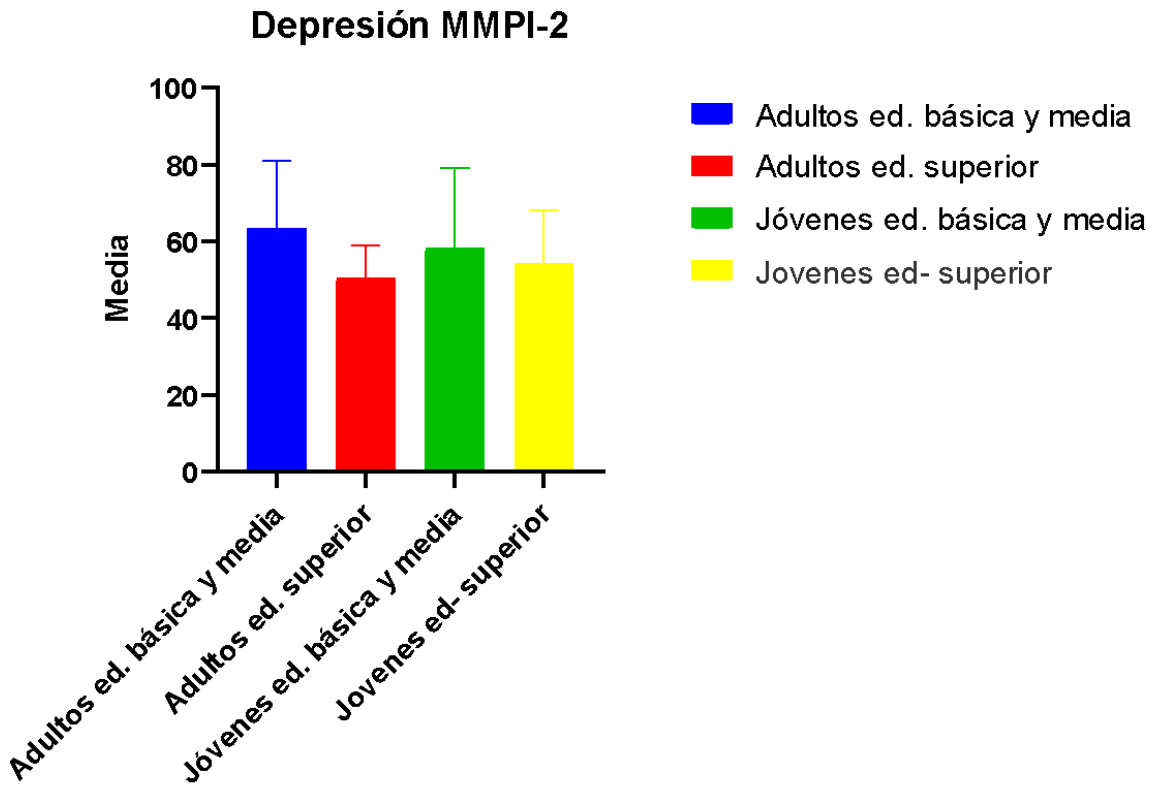


**Figura 11**

*Puntajes obtenidos en la media para la muestra de adultos con educación básica y media superior*

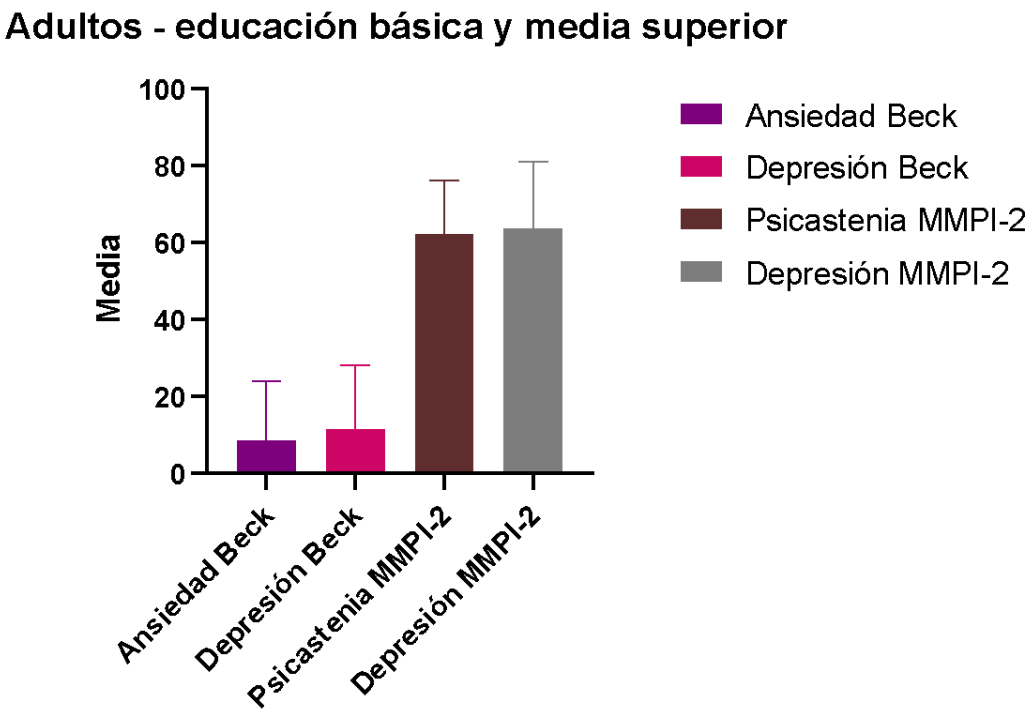


**Figura 12**

*Puntajes obtenidos en la media para la muestra de adultos con educación superior*

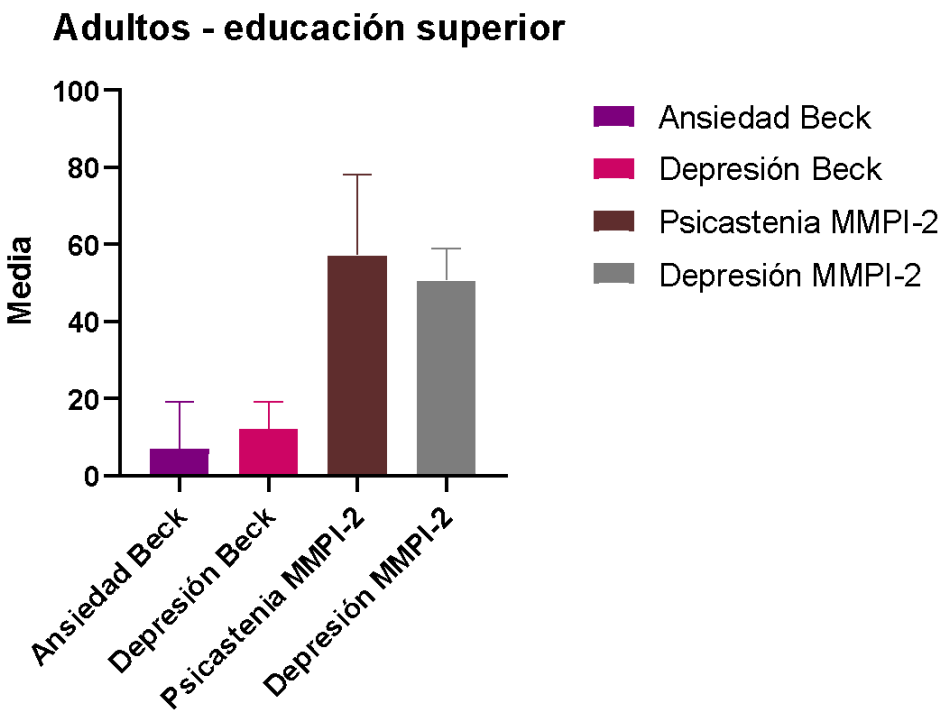


**Figura 13**

*Puntajes obtenidos en la media para la muestra de jóvenes con educación básica y media superior*

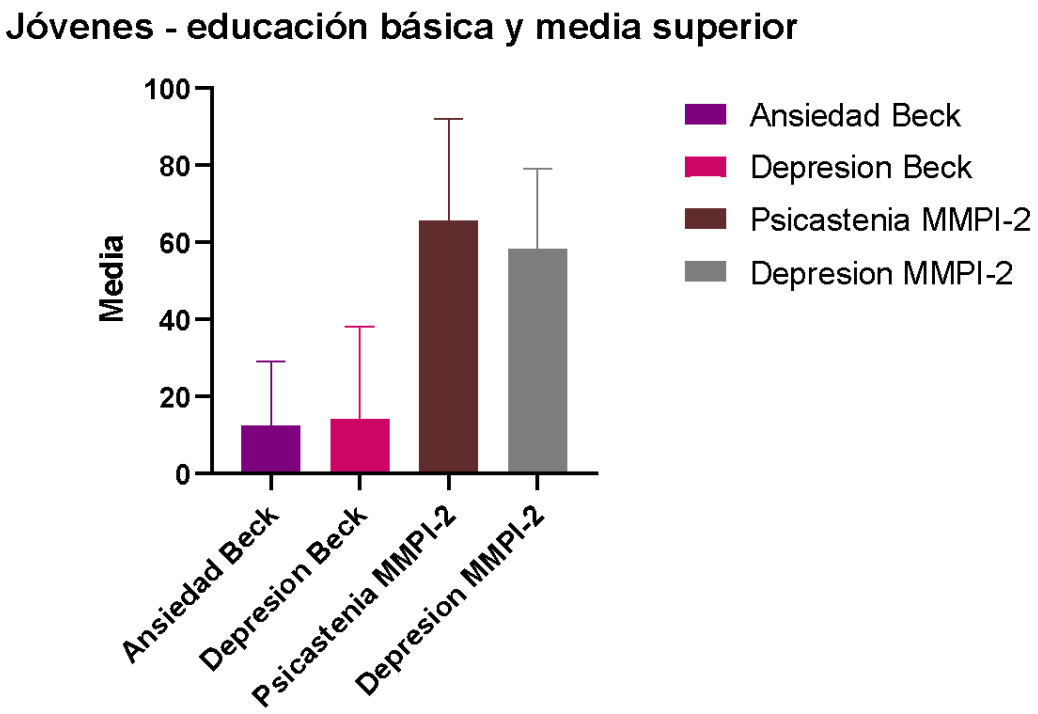
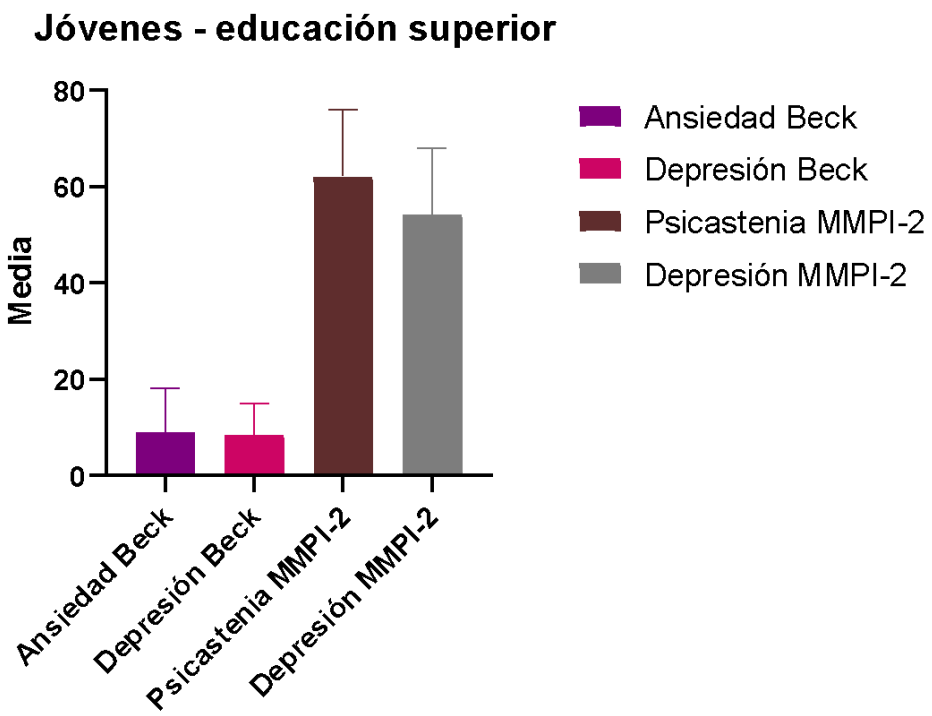


**Figura 14**

*Puntajes obtenidos en la media para la muestra de jóvenes con educación superior*




Como se observa en la información dada, el tamaño de la muestra y concentración geográfica resulta una limitación para el estudio.

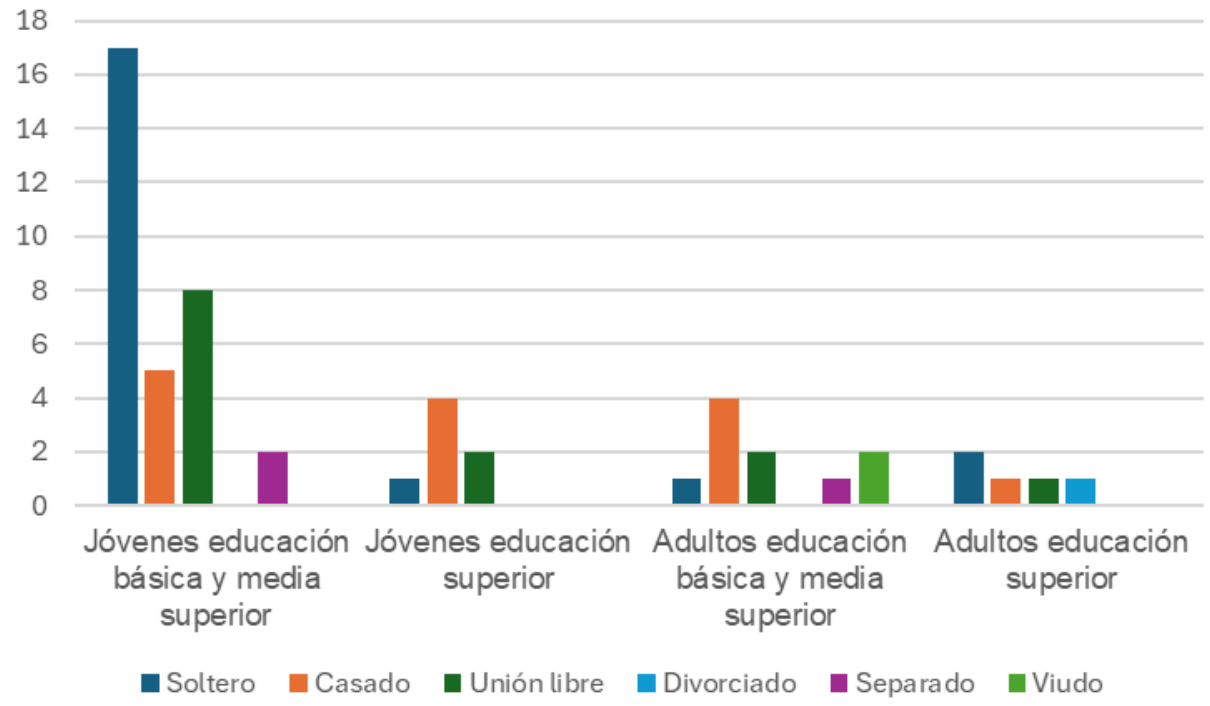
# Capítulo V

## 5.1 Discusión

La investigación tuvo un total de 54 pacientes con abuso de sustancias múltiples. Se puede observar que el grupo en el que se obtuvo mayor población de acuerdo con la edad fue el de 20 a 40 años con un total de 39 participantes en comparación con el grupo de adultez media, lo anterior en sintonía con datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2017). Con relación al estado civil, se encontró que la mayoría de los jóvenes son solteros (46.15%), mientras que la mayoría de los adultos son casados (33.33%).

**Figura 15**

*Estado civil de los participantes*

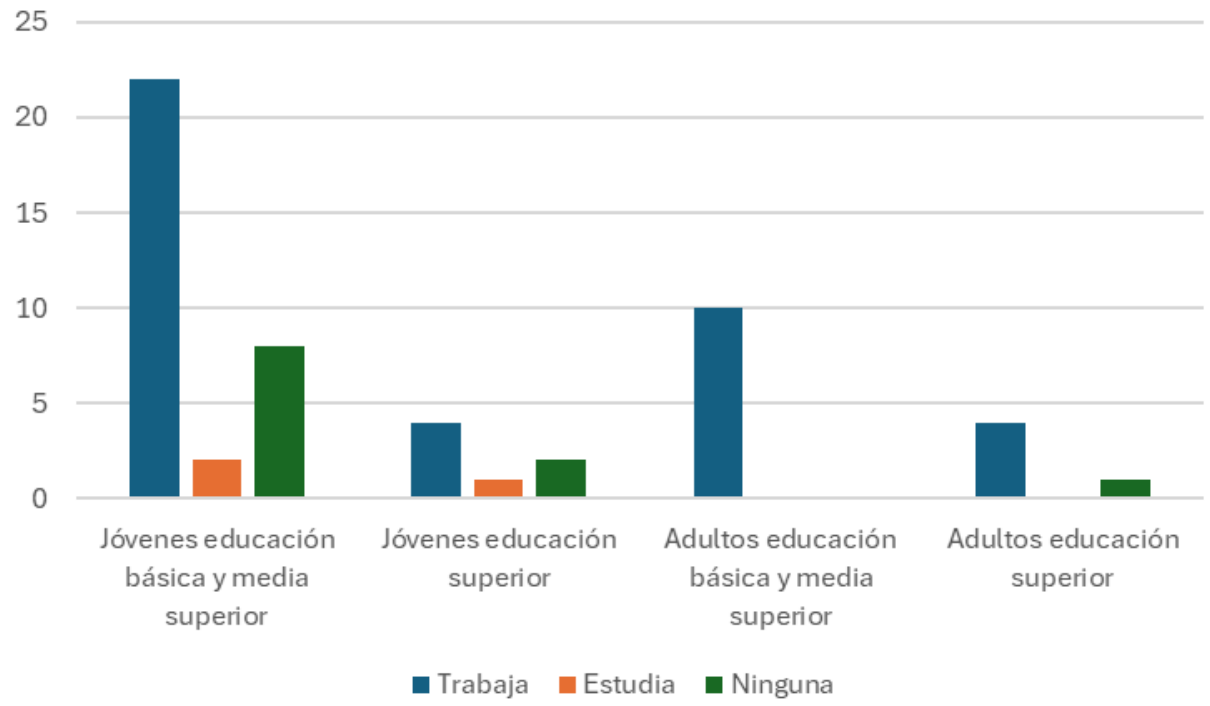



En todos los subgrupos la mayoría de los pacientes se encontraba laborando, sin embargo, en el grupo de jóvenes se observa un mayor número no tiene ninguna ocupación. En ese sentido, es preciso recordar que el tiempo libre sirve como uno de

los principales momentos para consumir sustancias tanto en jóvenes como adultos (Consejo de la Juventud de España, s.f.) por lo que es un dato que se debe tomar en cuenta para saber cómo impacta en la adicción, depresión y ansiedad ya que las áreas laborales y/o escolar se ven afectadas en presencia de cualquiera de los trastornos mencionados.

**Figura 16**

*Ocupación de los participantes*




Al realizar la comparativa en el máximo nivel de estudios nos encontramos con diferencias ambos grupos, para el subgrupo de educación básica o media superior tenemos que el máximo nivel para los jóvenes es preparatorio (46.9%) mientras que en los adultos ya mayoría de ellos apenas concluyó la secundaria (70%). Por otro lado, se observa que ninguno de los jóvenes ha iniciado algún estudio de posgrado.

**Figura 17**

*Máximo nivel de estudios para el grupo de jóvenes y adultos con educación básica o medio superior*

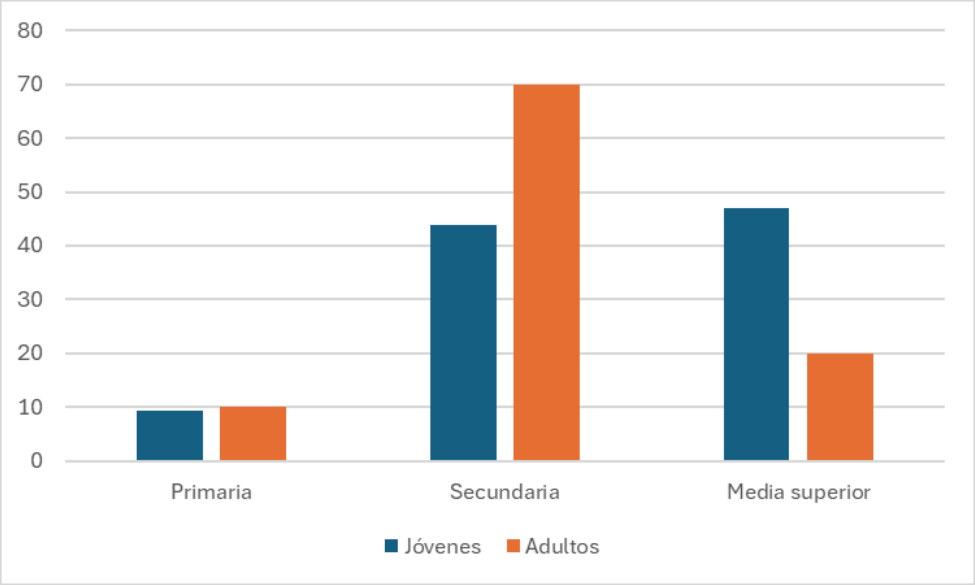
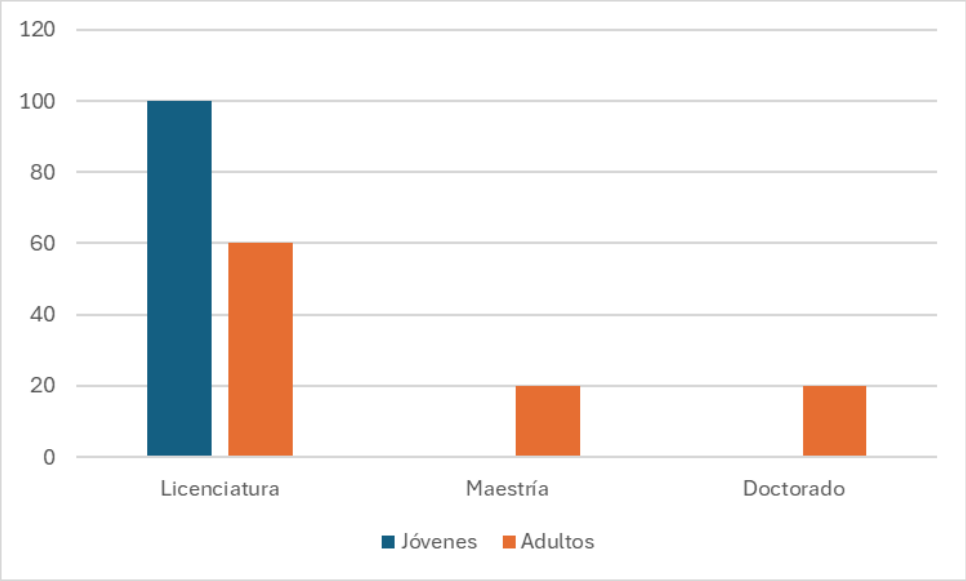



**Figura 18**

*Máximo nivel de estudios para el grupo de jóvenes y adultos con educación superior.*




Nota: se observa el mayor grado de estudios tanto para el grupo de jóvenes como para el de adultos.

Con relación a las pruebas, los resultados obtenidos en los inventarios de ansiedad y depresión mostraron diferencias más significativas ($P < 0.05$) al realizar el análisis por nivel educativo, se observan así diferencias significativas en las pruebas de depresión de Beck y MMPI 2 aplicadas a jóvenes y adultos. En la Tabla 10 se puede observar cómo en casi todas las pruebas, a excepción de depresión de Beck en adultos, la media de los puntajes es mayor para el grupo de educación básica y media superior. Estas diferencias por nivel educativo coinciden con diversas investigaciones (Östberg *et al.,* 2023; Joannès *et al.*, 2023; Li *et al.*, 2022; Cohen e*t al.*, 2020 y Bjelland *et al.*, 2008).

**Tabla 11**

*Comparación en la puntuación media de depresión y ansiedad en jóvenes y adultos de acuerdo con su nivel educativo*

| | Jóvenes | | | | Adultos | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ansiedad Beck | Depresión Beck | Psicastenia MMPI-2 | Depresión MMPI-2 | Ansiedad Beck | Depresión Beck | Psicastenia MMPI-2 | Depresión MMPI-2 |
| Básica y media superior | 12.44 | **14.22** | 65.66 | 60 | 8.5 | 11.5 | 62.3 | **64** |
| Superior | 9 | **8.429** | 62.14 | 54 | 7 | 12.2 | 57.2 | **57** |
| Valor P | 0.1911 | **0.0351** | 0.4042 | 0.1960 | 0.3337 | 0.3263 | 0.2424 | **0.0233** |

**Figura 19**

*Comparativa por nivel educativo para las pruebas de ansiedad y depresión aplicadas en jóvenes*

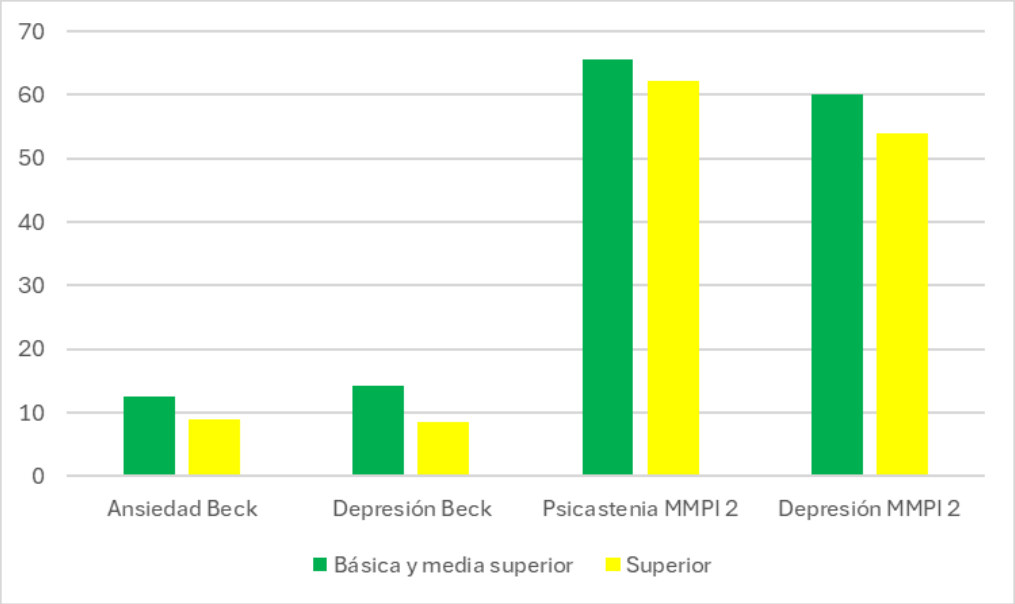
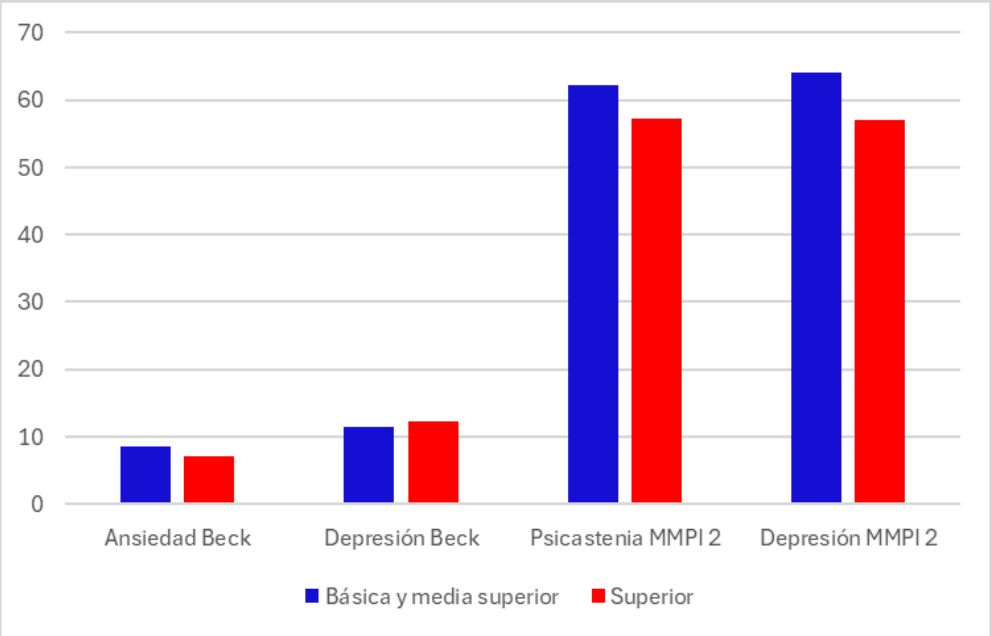



**Figura 20**

*Comparativa por nivel educativo para las pruebas de ansiedad y depresión aplicadas en jóvenes*



En ese sentido, para Samudio-Cruz *et al.,* (2023) sostienen que un mayor nivel educativo reduce el riesgo de depresión y ansiedad con efectos menos consistentes para adultos tardíos. Lo anterior debido a que los adultos tienen mayores factores de riesgo para presentar comorbilidades además de mayor frecuencia de síntomas emocionales. Además, sostienen que las personas con acceso a niveles educativos más altos podrían tener factores protectores frente a la ansiedad y depresión debido a la reserva cognitiva que se desarrolla, menor exposición a condiciones de riesgo, estilo de vida saludable, más estrategias de afrontamiento y mejor calidad en el servicio médico.

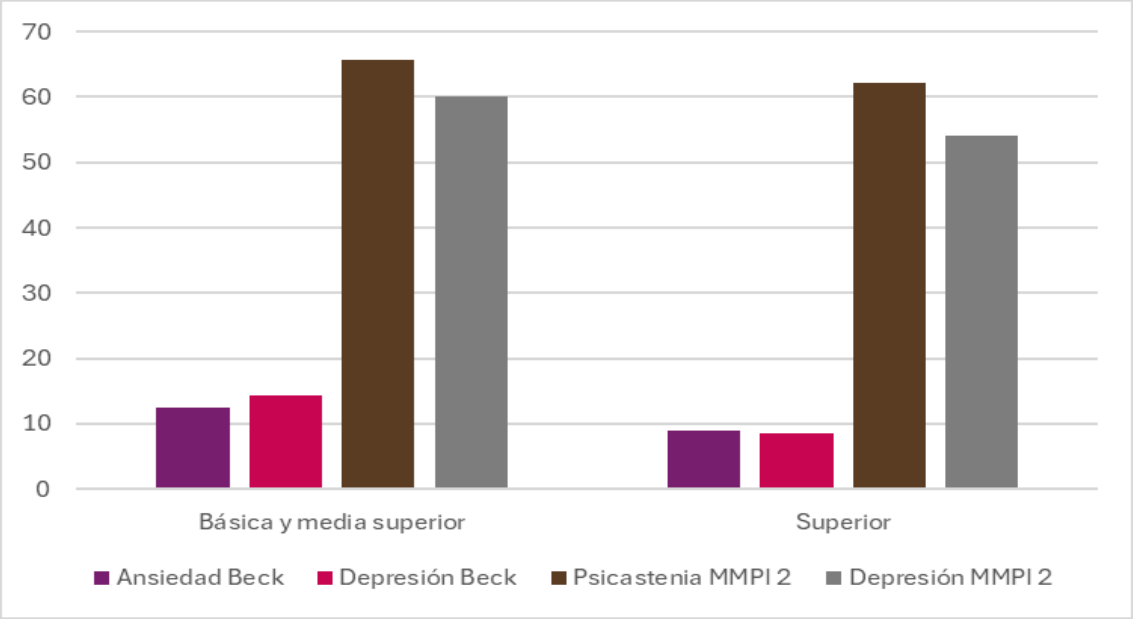
En ese mismo sentido, Bjelland *et al.* (2008), mediante un estudio transversal y longitudinal, comprobaron que un mayor nivel educativo tiene un efecto protector contra la ansiedad y depresión, asimismo, en él muestran que estos efectos decrecen conforme aumenta la edad mientras que en los estudios longitudinales el efecto protector es creciente conforme el aumento de edad. La explicación del estudio transversal es que niveles educativos más altos permiten un mayor bienestar emocional al proporcionar herramientas para hacer frente a los estresores. Destacan factores de riesgo relacionados con el consumo de tabaco, alcohol, poca actividad física, enfermedades y características laborales.

Por otro lado, aunque no se observan diferencias significativas en la comparativa de depresión-ansiedad, sí se observa una diferencia $P<0.005$ en el puntaje de depresión y psicastenia en jóvenes con educación básica y media superior, siendo mayor la cifra para los resultados de psicastenia. De manera similar al anterior análisis, aunque los demás resultados no cumplen con el criterio $P<0.005$ para ser significativos, las gráficas muestran mayores puntajes de ansiedad para la población joven en tanto que para la población adulta se observan mayores puntajes para las pruebas de depresión.

Estos datos respaldan investigaciones como las de Goodwin *et a*l. (2020) en la que se demuestra que la ansiedad es más común y tiene un incremento durante la juventud, es importante mencionar que este incremento se convierte también en un factor de riesgo para desarrollar un trastorno de ansiedad, de depresión, de abuso de sustancias u otros que podrían impactar en la salud física y mental de las personas.

**Figura 21**

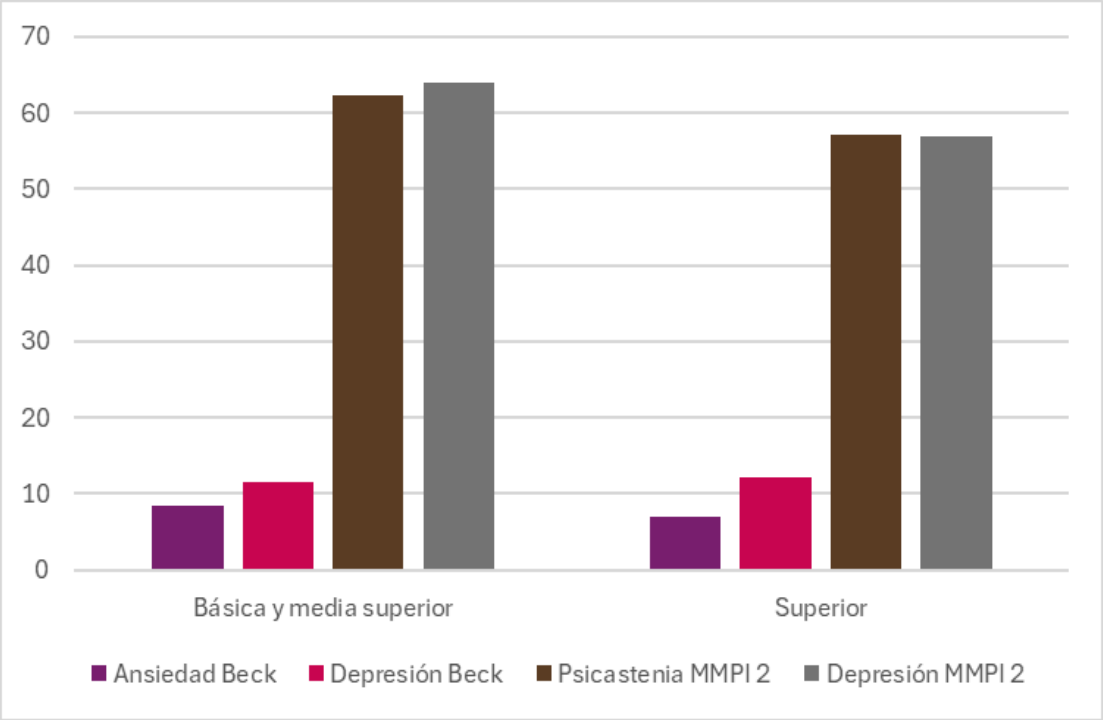
*Comparativa por prueba aplicada de depresión y ansiedad en jóvenes.*




Nota: se observan las diferencias en los niveles de ansiedad y depresión para jóvenes de acuerdo con su nivel educativo.

**Figura 22**

*Comparativa por prueba aplicada de depresión y ansiedad en adultos*




Nota: se observan las diferencias en los niveles de ansiedad y depresión para adultos medios de acuerdo con su nivel educativo.

Con relación a lo anterior, un bajo nivel educativo podría contar con menos recursos socioeconómicos para un tratamiento contra la sintomatología depresiva además de limitar las oportunidades laborales mentalmente estimulantes. Por el contrario, un mayor nivel educativo puede proporcionar diferentes intervenciones para abordar un episodio depresivo (Cohen *et al*., 2020). En ese sentido, se demuestra cómo en la población con abuso de sustancias, participantes con escolaridad superior también muestran niveles más bajos de depresión.

La adolescencia y adultez temprana son etapas clave para potencializar los factores de protección y debilitar las posibles amenazas que podrían llevar a que una persona desarrolle algún trastorno, de lo anterior la importancia de 1) impulsar el acceso a una educación básica, media superior y superior de calidad, 2) fortalecer la psicoeducación a través de políticas públicas, programas de promoción de la salud mental y prevención de abuso de sustancias, 3) diseñar estrategias de intervención que permitan abordar la patología dual de manera simultánea.

## 5.2 Conclusiones

Este trabajo contribuye al entendimiento sobre cómo trastornos como la ansiedad y depresión impactan en el consumo de sustancias, muestra cómo de acuerdo con la etapa del ciclo vital, surgen respuestas diferentes en la depresión y ansiedad. En presencia de un trastorno la persona puede utilizar la sustancia como mecanismo de afrontamiento desadaptativo para evitar o disminuir el malestar, por lo mismo, se verá un impacto en el inicio, mantención o aumento del consumo.

Los hallazgos confirman que los jóvenes o adultos tempranos presentan mayores niveles de ansiedad debido a cuestiones como consolidación de su identidad e independencia, reajuste de metas, presión social, baja autoestima, vida laboral, de pareja y familiar entre otros, asimismo, los adultos medios muestran mayores niveles de depresión vinculado a cambios en roles sociales, reevaluación de logros, duelo entre otros, de lo anterior la importancia de diseñar intervenciones centradas en la aceptación de cambios vitales y fortalecimiento de redes de apoyo para ambos grupos poblacionales. Permite poner el foco en reducir el estigma asociado a los trastornos psicológicos, sobre todo en una población como los hombres quienes no suelen mostrar sus emociones ya que se les obliga a mantenerse fuertes.

Por último, este trabajo contribuye a los trabajos existentes de depresión, ansiedad y consumo de sustancias desde otros factores la edad y escolaridad que no sólo pueden actuar como factores de riesgo sino también como obstáculos para una recuperación efectiva y sostenida, proporcionando una importante base para futuras investigaciones que desarrollen modelos de intervención más efectivos.

Asimismo, se destaca la importancia de realizar investigaciones longitudinales para comprender la evolución de estos trastornos a través del desarrollo de la persona. Se recomienda también incluir al grupo de mujeres para verificar si se observan los mismos resultados con relación a la edad y escolaridad, además de otras variables como tipo de sustancia consumida, años de estudio, tipo de tratamiento, nivel socioeconómico y ocupación entre otros, así como ampliar el tamaño y ubicación geográfica de la muestra. Lo anterior permitirá desarrollar programas preventivos, políticas públicas y modelos de atención más efectivos.

### 5.3 Recomendaciones o sugerencias

La sintomatología no atendida de manera oportuna tanto de depresión como de ansiedad podría conducir al desarrollo de otros trastornos mentales provocando que la atención a pacientes con trastornos por consumo de sustancias sea más compleja. Por lo anterior, y en respuesta a la necesidad de utilizar modelos terapéuticos que aborden la patología dual a partir del trastorno y/o edad, se puede optar por un enfoque cognitivo conductual para el grupo de jóvenes puesto que se incluyen estrategias de manejo del estrés, modificación de pensamientos, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de solución de problemas entre otras (Berdazco et al., 2022).

Por otro lado, algunos de los modelos que mejor podrían funcionar para los adultos medios pudiesen ser los relacionados con las corrientes humanistas. Desde esta perspectiva se presta más atención a la cuestión existencial además de enfocarse en un proyecto vital sano, considerar que dicho proyecto debe plantearse de forma inteligente y libre sin presiones sociales (Rosal, 2017).

La presencia de comorbilidades aumenta la complejidad del tratamiento por lo que las diferencias psicosociales de acuerdo con la edad deben ser tomadas en cuenta en los programas de rehabilitación tanto a nivel individual como grupal.

Se refuerza la premisa de la importancia de realizar programas de prevención de sustancias y jornadas psicoeducativas de salud mental para tratar a tiempo al menos dos de los trastornos más comunes. Cómo menciona la Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito (2002), aunque existen múltiples programas y manuales de prevención es importante que se continúan evaluando y mejorando, para lo anterior es elemental la participación del público a quien se dirige para escuchar sus necesidades e ideas, sobre todo en grupos de la misma edad pues se comparten experiencias similares. En ocasiones los programas de prevención no toman en cuenta el contexto de aquellos a quienes está dirigido, dado que las condiciones locales y poblacionales difieren, es necesario que los programas incluyan abordajes únicos y específicos para su población.

A nivel salud pública, los resultados destacan la importancia sobre generar intervenciones integrales que permitan abordar no sólo la sintomatología de las patologías duales sino también que promueva habilidades de afrontamiento saludables. Para Bermejo *et a*l. (2011) las habilidades de afrontamiento son definidas como la manera en que la gente enfrenta sucesos vitales estresantes, pueden ser enfocadas en reglar la emoción o en manejar el problema que la origina, no se trata de que alguna sea mejor que otra sino de analizar cuál le otorga mayores resultados a la persona. Además, es importante mencionar que funcionan de manera diferente según las circunstancias de vida de la persona como el nivel educativo o estatus económico.

Asimismo, se destaca el papel de la prevención y promoción de la salud mental para evitar que se desarrollen otro tipo de trastornos. Estudios de Jane-Llopis (2004) demuestran que la promoción de la salud conlleva el fomento de condiciones individuales y sociales que permitan un óptimo desarrollo psicofisiológico, por otro lado, la prevención está más relacionada con principios de salud pública enfocados en reducir los factores de riesgo y reforzar los factores de protección.

Por otro lado, aporta que las técnicas cognitivas y aquellas que mejoran competencias o habilidades personales son más eficaces, además, considera que, de acuerdo con la edad de los participantes, la duración de las intervenciones debe ser distinta, a mayor edad, menor duración (Jane-Llopis, 2004).

Por último, en el ámbito educativo y social se destaca la importancia de ofrecer acceso de calidad a los servicios educativos para aprovechar todos los beneficios que ofrece continuar con los estudios. Los estudiantes pasan la mayor parte del tiempo en la escuela por lo que en colaboración de otras instituciones y profesionales de la salud puede ser un ambiente en el que se identifiquen signos y síntomas de consumo de drogas, así como de otros trastornos, se realiza una primera valoración para derivarlos a instancias de salud que permitan dar seguimiento (Council on School Health and Committee on Substance Abuse, 2007). Asimismo, resalta la importancia de desarrollar programas de prevención y psicoeducación que permita ofrecer a los estudiantes conocimiento sobre la

importancia de la salud mental, así como herramientas específicas para la regulación emocional, habilidades de afrontamiento, entre otras.

### 5.4 Referencias

Alcívar, F. (2024). Eficacia de la terapia psicológica en el tratamiento de las adicciones a sustancias psicoactivas: una revisión narrativa. *Revista científica de psicología NUNA YACHAY, 6*(11), 60-69. https://publicacionescd.uleam.edu.ec/index.php/nuna-yachay/article/view/928/1414

American Psychological Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (5ª ed.). Médica Panamericana.

Beck, A. T. & Steer, R. (1993). *Beck Anxiety Inventory manual.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Belfiore, E., Calarco, F., Cricri, E. & Leonello, B. (2019). Anxiety and depression in addiction: investigation at a Ser.D center. *Journal of Clinical and Developmental Psychology, 1(*3), 1-11. https://cab.unime.it/journals/index.php/JCDP/article/download/2100/pdf

Benzanilla, J.M., Torres, V. & Lara, L.A. (2010). Análisis de la adaptación de la prueba psicológica MMPI-II para su aplicación en la población Mexicana. *Revista ECOS, 5*(6), s.p. https://www.researchgate.net/profile/Jose-Bezanilla/publication/267771097_Analisis_de_la_adaptacion_de_la_prueba_psicologica_MMPI-II_para_su_aplicacion_en_la_poblacion_Mexicana/links/56fd48b408ae3c85c0c9c0f3/Analisis-de-la-adaptacion-de-la-prueba-psicologica-MMPI-II-para-su-aplicacion-en-la-poblacion-Mexicana.pdf

Berdazco, D., Hernández, A. & González, J. (2022). Trastorno de ansiedad generalizada. Un estudio de caso desde la terapia cognitiva conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 25*(4)), 1419-1435. https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2022/epi224j.pdf

Berenzon, S., Lara, M.A., Robles, R. & Medina-Mora, M.E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México, 55*(1), 74-80. https://www.scielosp.org/pdf/spm/2013.v55n1/74-80/es

Bermejo, J.C., Magaña, M., Villacieros, M. & Carabias, R. (2011). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de Psicoterapia, 22*(88), 85-95. https://www.humanizar.es/fileadmin/user_upload/Estrategias_de_afrontamiento_y_resiliencia_como_factores_mediadores_de_DC_-_REV_PSICOTERAPIA.pdf

Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl., A.A, Tell, G.S. & Tambs, K. (2008). *Social Science & Medicine, 66*(6), 1334-1345. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953607006776?via%3Dihub

Boden, J.M. & Fergusson, D.M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction, 106,* 906-904. doi: 10.1111/j.1360- 0443.2010.03351.x.

Butcher, J.N., Graham, J.R., Ben-Porath, Y.S., Tellegen, A., Dahlstrom, W.G. & Kaemmer, B. (2019). I*nventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2* (4° Ed.). (Ávila-Espada, A. & Jiménez-Gómez, F., adaptadores). Madrid: TEA Ediciones.

Cañas, L. (2018). *El proceso de individuación en la adultez intermedia*. (Tesis Maestría en Psicología). Universidad de San Buenaventura Colombia, Facultad de Psicología, Medellín. https://bibliotecadigital.usb.edu.co/server/api/core/bitstreams/a431fd76-5088-4ccc-b16d-3b1e7aabdf59/content

Capraro, R. (2000). Why College Men Drink: Alcohol, Adventure, and the Paradox of Masculinity. *Journal of American College Health,* 48(6), 307-315. https://doi.org/10.1080/07448480009596272

Carrera-Herrera, A. & Vinet, E.V. (2017). Adultez emergente y características culturales de la etapa de universitarios en universitarios chilenos. *Terapia psicológica, 35*(1), 47-57. https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v35n1/art05.pdf

Castro, A. R., (2010). Referentes teóricos relacionados con el tratamiento de trastornos de ansiedad con técnicas de relajación. *Revista Información Científica, 66*(2), s.p. https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757305022.pdf

Castro, R. (2010). Referentes teóricos relacionados con el tratamiento de trastornos de ansiedad con técnicas de relajación. *Revista Información Científica*, 66(2), 1-10.

Cattell, R.B. & Scheier, I.H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety.* New York, NY: Ronald Press.

Caulier, E. (2007). Principios de psicoterapia en adicciones. *SUMMA Psicólógica UST, 4*(1), 21-29. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2683221.pdf

Centros de Integración Juvenil. (2023). Estrategia en el aula: Prevención de Adicciones. Las drogas y su clasificación. http://www.cij.gob.mx/DrogasInformate/pdf/EstrategiaAulaSEP_InfoDrogas_CIJ.pdf

Chacón, E., Xatruch, D., Fernández, M. & Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula, 25*(1), 23-36. https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf

Cohen, A.K., Nussbaum, J., Ritterman, M.L., Chloe, R.N. & Yen, I.H. (2020). Association of Adult Depression With Educational Attainment, Aspirations, and Expectations. *Preventiva Chronic Disease, 17*(94), s.p. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7478148/pdf/PCD-17-E94.pdf

Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2017). *Guía técnica de apoyo para establecimientos residenciales de tratamiento de adicciones* (1° Ed.). México: CONADIC. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/466468/guia_t_cnica_de_apoyo_residenciales_2017_v_1.0.pdf

Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2020). Guía preventiva para adolescentes. México: CONADIC. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/566349/Guia_Drogas_2020.pdf

Consejo de la Juventud de España. (s.f.). Trabajando la prevención de las drogodependencias en el tiempo libre. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/prevencion_cje.pdf

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2013). *Evaluación del inventario BDI-II*. https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf

Consejo Nacional de Control de Estupefacientes. (2004). *Lineamientos técnicos, tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas.* Chile: CONACE. https://bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/TRATAMIENTO_CL_4858.pdf

Contreras, Y., Miranda, O. & Torres, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar, 49*(1), 71-85. http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v49n1/1561-3046-mil-49-01-e492.pdf

Council on School Health and Committee on Substance Abuse. (2007). Papel de las escuelas frente al abuso de sustancias. *Pediatrics, 64*(6), 347-351.

https://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-articulo-papel-las-escuelas-frente-al-13114057

Cuesta, E.L., Picón, J.P. & Pineida, P.M. (2022). Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. *Journal of American Health,* *5*(1), s.p. https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/114/226

Dulcey, E. & Uribe, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología, 34*(1), 17-27. https://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf

Ellis, M.L, García, N., Leyva, Y. & Mena, E. (2022) Depresión y trastornos relacionados por consumo de sustancias. *Medimay, 29(*3):463-80. https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/2115

Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. (2017). Consumo de drogas: prevalencias globales, tendencias y variaciones estatales. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf

Espinosa-Fernández, L. García López, L.J. & Muela, J.A. (2019). Una mirada hacia los jóvenes con trastornos de ansiedad. *Revista de estudios de juventud, 18*(121), 11-23. https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/1._una_mirada_hacia_los_jovenes_con_trastornos_de_ansiedad.pdf

Gabantxo, K. (2001). Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo. *Osasunaz, 4*, 139-159. https://core.ac.uk/download/pdf/11502732.pdf

García-Álvarez, D., Rincón-Gill, B. & Urdaneta-Barroeta, M.P. (2022). Autopercepción de adultez emergente y sus relaciones con gratitud, ansiedad y bienestar. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación, 9*(2), 186-206. https://www.redalyc.org/journal/6952/695273466002/html/

Gastón, A. (2020). Patología dual: drogodependencia y depresión. *Apuntes de Psicología,* *38*(1), 13-22. https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/111530/851-1875-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gómez, R., Stavropoulos, V., Brown, T. & Friffiths, M.D. (2022). Factor structure of ten psychoactive substance addictions and behavioral addictions. *Psychiatry Research,* 313, s.p. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016517812200213X

González, G. (2020). Patología dual. Definición, historia y recursos. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa,* 75, 81-96. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7543004

González-Arratia, N.I., & Valdez, J.L. (2015). Resiliencia. Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica, 5*(2), 1996-2010. https://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v5n2/2007-4719-aip-5-02-1996.pdf

Goodwin, R.D., Weinberger, A.H., Kim, J, H., Wu, M. & Galea, S. (2020). Trends in anxiety among adults in the United States, 2008-2018: Rapid increases among young adults. *Journal of Psychiatric Research,* (130), 441, 446. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7441973/pdf/main.pdf

Granda, A. & Miranda, A. (2023) Trastorno por uso de múltiples drogas y patología dual: ¿hay una droga principal? *Psiquiatría y salud mental, 40*(1), 42-49. https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2023/08/010_reporte.pdf

Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1942)**.** *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory.* Minneapolis: The University of Minnesota Press.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M.P., Méndez, S. & Mendoza C.P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021, 14 de diciembre). *Presenta INEGI resultados de la primera Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado.* [Comunicado de prensa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf

Instituto Nacional de Salud Pública. (2023). *Síntomas depresivos y atención a la depresión.* https://www.insp.mx/avisos/sintomas-depresivos-y-atencion-a-la-depresion

Izquierdo, A. (2007). Psicología del desarrollo de la edad adulta: teorías y contextos. International *Journal of Developmental and Educational Psychology, 1(*2), 67-86. https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832315005.pdf

Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 67-77. https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n89/v24n1a05.pdf

Lai, H.M.X., Cleary, M., Sitharthan, T. & Hunt, G.E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 1(*154), 1-13.

https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0376871615002811?scrollTo=%23hl0000471

Leyfer, O., Ruberg, J.L. & Woodruff-Borden., J. (2006). Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(4), 444-458. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887618505000666?via%3Dihub

Luján, A. (2023). *Aprendizaje en adultos: factores cognitivos, psicológicos y sociales que intervienen en alumnos del nivel superior en etapa de adultez media.* (Tesis de licenciatura). Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Ciencias de la Educación y Psicopedagogía.

Marín-Navarrete, R., Benjet, C., Borges, G., Eliosa-Hernández, A., Nanni-Alvarado, R., Ayala-Ledesma, M., Fernández-Mondragón, J. & Medina-Mora, M.E. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental, 36*(6), 471-479. https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n6/v36n6a4.pdf

Marín-Navarrete, R., Szerman, N. & Ruiz., P. (2017). *Monografía sobre Patología dual: co-ocurrencia entre trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos.* México: INPRFM, IAPA. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LibroPatologiaDual.pdf

Marlatt, G.A. & Gordon, G. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford Press.

Ministerio de Sanidad. (2023). *Plan Nacional sobre Drogas.* (Memoria). España: Ediciones Digitales 64. https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/memorias/docs/2023_MEMORIAPNSD_2021_ANEXOS.pdf

Mohamed, I.I., Khalifa, H.E., Hassan, S.h. & Hassan, S.M. (2020). Assessment of anxiety and depression among substance use disorder patients: a case-control study. *Middle East Curr Psychiatry,* 27(22), s.p. https://doi.org/10.1186/s43045-020-00029-w

Naciones Unidas (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación.* Nueva York: Naciones Unidas. https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf

Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas. (2023, 27 de septiemmbre). Mortalidad asociada al consumo de sustancias psicoactivas.

https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/mortalidad-asociada-al-consumo-de-sustancias-psicoactivas

Oficina contra la Droga y el Delito. (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación.* Nueva York: Naciones Unidas. https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2015). *Problemática de las drogas. Orientaciones generales.* Bolivia: Editorial Quatro Hnos. https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2023). El Informe Mundial sobre las Drogas 2023 de UNODC advierte sobre crisis convergentes a medida que los mercados de drogas ilícitas siguen expandiéndose. https://www.unodc.org/lpomex/es/noticias/junio-2023/el-informe-mundial-sobre-las-drogas-2023-de-unodc-advierte-sobre-crisis-convergentes-a-medida-que-los-mercados-de-drogas-ilicitas-siguen-expandindose.html#:~:text=A%20escala%20mundial%2C%20m%C3%A1s%20de,de%2045%25%20en%2010%20a%C3%B1os.

Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito. (2002). *Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de los jóvenes*. Nueva York: Naciones Unidas. https://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud. Glosario.* Ginebra: WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2022). Trastornos mentales. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Depresión. Nota descriptiva.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Se%20estima%20que%20el%203,personas%20sufren%20depresi%C3%B3n%20(1).

Organización Panamericana de la Salud. (2024). Uso de sustancias. https://www.paho.org/es/temas/uso-sustancias

Ortega, D.A., Romero, A., Ochoa, M.C. & Nasmuta, D.M. (2024). Estrategias psicoterapéuticas en el manejo de las adicciones: una revisión descriptiva. *Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano, 5(*2), 360-383. https://revistavitalia.org/index.php/vitalia/article/view/195/288.

Papalia, D. E., Martorell, G., & Estévez, C. (2017). *Desarrollo humano* (13ª ed.). McGraw Hill.

Pelissolo, A. (2019). Trastornos de ansiedad y fóbicos. *EMC - Tratado de Medicina, 23*(2), 1-8, s.p. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541019419983

Peñafiel, E.M. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso: Revista de Educación*, (32), 147–173. https://revistas.cardenalcisneros.es/article/view/4994

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 19*(3), 276–288. https://doi.org/10.1037/h0088437

Ries, F., Castañeda, C., Campos, M. C. & Del Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 12*(2), 9-16. https://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v12n2/articulo01.pdf

Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218. https://www.researchgate.net/profile/Rebeca-Garcia-4/publication/283150414_The_Mexican_version_of_Beck_Anxiety_Inventory_Psychometric_properties/links/5bf596c54585150b2bc8bf49/The-Mexican-version-of-Beck-Anxiety-Inventory-Psychometric-properties?origin=publication_detail&_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uRG93bmxvYWQiLCJwcmV2aW91c1BhZ2UiOiJwdWJsaWNhdGlvbiJ9fQ

Rosal, R. (2017). Logros, errores y responsabilidades para el futuro de la psicología humanista. *Revista de psicoterapia*, 28(6), 46-58.

Saavedra, E., & Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes: un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit, 14*(14), 32-40. http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a05v14n14.pdf

Salud Mental España. (2020). Apuntes sobre patología dual. https://www.consaludmental.org/publicaciones/Apuntes-patologia-dual.pdf

Samudio-Cruz, M.A., Paola Toussaint-González, P., Estrada-Cortés, B., Martínez-Cortéz, J.A., Rodríguez-Barragán, M.A., Hernández-Arenas, C., Quinzaños-Fresnedo, J. & Carrillo-Mora, P. (2023). Education Level Modulates the Presence of Poststroke Depression and Anxiety, But It Depends on Age. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 211*(8), 585 - 591.

Sanz, S.J. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine, 12*(85), 4984-4992. http://cipesalud.com.ar/wp-content/uploads/2020/04/trastornos-por-consumo-de-sustancias.pdf

Schuckit, M., Smith, T.L. & Kalmijn, J. (2013). Relationships Among Independent Major Depressions, Alcohol Use, and Other Substance Use and Related Problems Over 30 Years in 397 Families. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 74(*2), 271-279. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3568166/

Secretaria de Salud. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. México: IEPSA. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-028-SSA2-2009%20Tratamiento%20y%20control%20de%20adicciones.pdf

Secretaria de Salud. (2021, 14 de noviembre). En México, 20 millones de personas enfrentan consumo problemático de alcohol. https://www.gob.mx/salud/prensa/502-en-mexico-20-millones-de-personas-enfrentan-consumo-problematico-de-alcohol?idiom=es

Secretaria de Salud. (2022). Informe SISVEA 2021. México: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.

Secretaría de Salud. (2023). *En México, 3.6 millones de personas adultas padecen depresión.* https://www.gob.mx/salud/prensa/008-en-mexico-3-6-millones-de-personas-adultas-padecen-depresion

Seijas, B.D. (2014). Adicciones y depresión en la salud del hombre. *Revista Médica Clínica Las Condes, 25*(1), 79-98. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-adicciones-depresion-salud-del-hombre-S0716864014700148

Siabato, E. F., Forero, I. X., & Paguay, O. C. (2013). Relación entre ansiedad y estilos de personalidad en estudiantes de Psicología. *Psychologia. Avances de la disciplina, 7*(2), 87-98.

Stassen, K. (2008). *Psicología del Desarrollo Adultez y Vejez* (7ª Ed.). España: Panamericana.

Suárez, P., & Verona, E. (2021). Dual pathology: The complex relationship between substance use disorders and other mental illnesses. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 123, 108-115.

Szerman, N., Martinez-Raga, J., Baler, R., Roncero, C., Vega, P., Basurte, I., Grau-López, T., Torrens M., Casas, M. & Ruiz, P. (2017). Decálogo de patología dual. http://www.cij.gob.mx/tratamiento/pages/pdf/Decalogo_Patologia_Dual_SEPDV2.pdf

Tenorio, J. & Marcos, J.A. (2000). Trastornos duales: tratamiento y coordinación. *Papeles del Psicólogo,* 77, s.p. https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=846

Tirado-Muñoz, J., Farré, A., Mestre-Pintó, J., Szerman, N. & Torrens, M. (2018). Patología dual en depresión: recomendaciones en el tratamiento. *Adicciones, 30*(1), 66-76. https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/download/868/867

Toquero, M. A., & Salguero, M. A. (2013). Los significados de ser hombre asociados al consumo de sustancias psicoactivas. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, 4(38), 372-404.

Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-319. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122048001

Ubaidi, B.A. (2017). Empty-Nest Syndrome: Pathway to "Construction or Destruction". *Journal of Family Medicine and Disease Prevention, 3*(3), s.p. https://clinmedjournals.org/articles/jfmdp/journal-of-family-medicine-and-disease-prevention-jfmdp-3-064.php?jid=jfmdp

Uriarte, J. D., (2007). Autopercepción de la identidad en la transición a la edad adulta. *Revista de Psicodidáctica*, 12(2), 279-292. https://www.redalyc.org/pdf/175/17512209.pdf

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11. http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf

WHO ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. Addiction, 97, 1183–1194. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00185

World Health Organization. (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*. France: World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44320/9789241599382_eng.pdf?sequence=1

Zambrano-Guerrero, C.A., Caicedo-Padilla, D.A. & Matabanchoy-Tulcán, S.M. (2015). Revisión sistemática sobre el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI). *Universidad y Salud*, *17*(2), 246-261.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072015000200010&lng=en&tlng=es.