



**Universidad**  
Zaragoza

1542

# TRABAJO FIN DE MÁSTER

---

La posible relación entre la ansiedad y el abuso del consumo de drogas en estudiantes de 1º Bachillerato de la ciudad de Calatayud.

AUTOR

**María Martínez Melero**

DIRECTORES

**Luis Máximo Bernués Vázquez**  
**María Reyes Torres Sánchez**

**Escuela de Ciencias de la Salud, Zaragoza 2012**

<u>ÍNDICE</u>	<u>PÁG.</u>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
Del problema de salud al problema de investigación: manifestación de ansiedad en adolescentes por consumo de sustancias ilícitas.....	6
Antecedentes y estado actual del tema.....	8
Hipótesis.....	11
Objetivo.....	11
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>12</b>
Diseño del estudio.....	12
Población y muestra de estudio.....	12
Variables de estudio.....	12
Consentimiento para la investigación.....	13
Recogida de datos.....	13
Análisis estadísticos.....	13
Limitaciones.....	13
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>14</b>
Tasa de respuesta.....	14
Estadística descriptiva.....	14
Variable cuantitativa.....	14
Variable cualitativa.....	14
Estadística inferencial.....	16

---

<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>17</b>
Limitaciones.....	17
Ansiedad en estudiantes adolescentes y el abuso del consumo de drogas en la ciudad de Calatayud.....	17
A nivel nacional e internacional.....	18
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>18</b>
<b>AGRACECIMIENTOS.....</b>	<b>19</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>20</b>
<b>ANEXO I. Cuestionario del uso de drogas (DAST-10).....</b>	<b>23</b>
<b>ANEXO II. Breve escala de ansiedad de Tyrer (BSA).....</b>	<b>24</b>

# **RESUMEN**

**Introducción:** El consumo de drogas ilegales entre los adolescentes ha aumentado durante los últimos años y, paralelamente, se ha evidenciado un aumento de las problemáticas y conductas de riesgo típicas de la adolescencia. Los resultados de los estudios sobre el consumo de drogas durante esta etapa de la vida ponen de manifiesto las graves y múltiples consecuencias que pueden generar. En el presente estudio se analiza la posible relación entre la ansiedad en adolescentes estudiantes de 1º de Bachillerato de la ciudad de Calatayud con respecto al abuso del consumo de drogas.

**Objetivo:** Determinar el grado de asociación existente entre los alumnos de 1º Bachillerato de Calatayud que consumen drogas y la presencia de niveles mas elevados de ansiedad.

**Metodología:** Estudio observacional y descriptivo transversal para conocer la prevalencia de ansiedad mediante la escala Breve de Ansiedad de Tyrer y el abuso de drogas mediante la escala Cuestionario de Uso de Drogas (DAST-10) en los alumnos de primer curso de Bachillerato de la Ciudad de Calatayud. Se entregaron los cuestionarios en los institutos Emilio Jimeno y en el Instituto Primo de Rivera. El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS versión 15.

**Resultados:** La tasa de respuesta fue del 61.67% (74 participantes). La muestra de participantes estuvo constituida por 42 mujeres (56,75%) y 32 hombres (43,25%), de los cuales 29 estudiantes tenían 16 años de edad (39,19%), y 45 estudiantes tenían 17 años de edad (60.81%). En cuanto a la relación entre abuso, ansiedad, edad y sexo; los resultados fueron los siguientes. Los resultados más destacados alumnas de 16 años con un grado de ansiedad leve y un abuso ausente, 4 casos, (5.4%), mientras que para las alumnas de 17 años con un grado de ansiedad leve y un abuso ausente se encontraron 8 casos, (10.81%). Para las alumnas de 16 años con un grado de ansiedad leve y un abuso leve se encontraron 4 casos, (5.4%). Sin embargo, para las alumnas de 16 años con un grado de ansiedad moderada y un abuso leve se encontraron 4 casos, (5.4%), por otro lado las alumnas con 17 años con el mismo grado de ansiedad y abuso, se encontraron 7 casos, (9.45%). Por último, resultó un único caso de una alumna de 17 años con un grado de ansiedad grave y un abuso ausente. Por otro lado, los alumnos de 16 años con un grado de ansiedad y abuso ausente fueron 8 los casos, (10.81%), mientras que los alumnos de 17 años con el mismo grado de ansiedad y abuso fue de 9 casos, (12.16%). Por otro lado, los alumnos con un grado de ansiedad leve y un abuso leve para la edad de 17 años, 4 fueron los casos encontrados, (5.4%).

**Discusión:** Entre las limitaciones del estudio destacan el tamaño reducido de la población, el absentismo escolar y la veracidad por parte de los encuestados a la hora de contestar ambos cuestionarios. La relación entre ansiedad y abuso del consumo de drogas fue similar al de otros estudios realizados a nivel nacional e internacional, coincidiendo en alguno de ellos con mayores niveles de ansiedad/abuso entre la población femenina.

**Conclusiones:** Se llegó a la conclusión de que sí existe una relación entre la ansiedad percibida en los alumnos encuestados y el abuso del consumo de drogas en la ciudad de Calatayud. Se resalta la importancia de fomentar líneas de intervención y medidas preventivas que puedan disminuir sobre todo el abuso del consumo de drogas en edades tan tempranas basándose en la educación para la salud.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The use of illegal drugs among adolescents has increased in recent years and, in parallel, has recorded an increase in the problems and risk behaviors typical of adolescence. The results of studies on drug use during this stage of life highlight the serious consequences that can generate multiple. In the present study, the possible relationship between anxiety in adolescent students of 1º Bachillerato Calatayud city regarding drug abuse.

**Objective:** To determine the degree of association between the students of 1st Bachelor of Calatayud who use drugs and the presence of higher levels of anxiety.

**Methods:** Cross-sectional observational study to determine the prevalence of anxiety by Brief Anxiety Scale Tyrer and drug abuse by scaling Drug Use Questionnaire (DAST-10) in the first year students of Bachelor City Calatayud. Questionnaires were handed Emilio Jimeno institutes and the Institute Primo. Statistical analysis was performed using SPSS version 15.

**Results:** The response rate was 61.67% (74 participants). The sample of participants consisted of 42 women (56.75%) and 32 men (43.25%), of which 29 students were 16 years old (39.19%), and 45 students were 17 years old (60.81%). Regarding the relationship between abuse, anxiety, age and sex, and the results were as follows. The most significant results of 16 students with a mild degree of anxiety and abuse absent, 4 cases (5.4%), while for the students of 17 years with a mild degree of anxiety were found absent an abuse 8 cases, (10.81%). For pupils of 16 years with a mild degree of anxiety and mild abuse were 4 cases (5.4%). However, for the students of 16 years with a moderate degree of anxiety and mild abuse were 4 cases (5.4%), on the other hand the students with 17 years with the same degree of anxiety and abuse, they found 7 cases , (9.45%). Finally, only one case was a 17 year old student with a severe degree of anxiety and absent abuse. On the other hand, students of 16 years with a degree of anxiety and abuse absent were 8 cases (10.81%), while students of 17 years with the same degree of anxiety and abuse was 9 cases (12.16% ). On the other hand, students with a degree of mild anxiety and mild abuse by the age of 17 years, 4 cases were found, (5.4%).

**Discussion:** Limitations of the study include the small size of the population, truancy and veracity by respondents when answering the questionnaires. The relationship between anxiety and drug abuse was similar to other studies conducted nationally and internationally, in one of them coinciding with higher levels of anxiety / abuse among women.

**Conclusions:** It was concluded that there is a relationship between perceived anxiety in students surveyed and drug abuse in the city of Calatayud. The importance of promoting intervention lines and preventive measures that can reduce particularly the abuse of drug use as young based on health education.

# **INTRODUCCIÓN**

## **Del problema de salud al problema de investigación: manifestación de ansiedad en adolescentes por consumo de sustancias ilícitas.**

En la actualidad, el abuso de sustancias psicoactivas es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial <sup>[1]</sup> ya que cuenta con una amplia magnitud y diversidad de temas relacionados con este problema.

De esta manera el abuso de sustancias psicoactivas abarca el consumo de los diferentes países, contextos geográficos y culturales; está profundamente arraigado con las tradiciones socioculturales de muchas sociedades, clases sociales y grupos de edad, causan un daño personal, familiar y social, sin olvidar el coste económico que supone a los consumidores, y además se retroalimenta de violencia urbana, familiar e interpersonal.

En este sentido, la literatura muestra que en las últimas décadas ha habido un aumento alarmante en la frecuencia del consumo de drogas en el mundo <sup>[2]</sup>, ya sea en su forma lícita (tabaco y alcohol) o ilícita (las llamadas “drogas de club”). Según los estudios, la adolescencia es el grupo de edad más vulnerable a la experimentación y al abuso de las SPA (sustancias psicoactivas) <sup>[1]</sup>.

La vulnerabilidad de los adolescentes (la experimentación temprana y el uso), en general, está relacionada con varios factores inherentes a la juventud - la omnipotencia, la búsqueda de nuevas experiencias, para ser aceptado por el grupo, la independencia <sup>[1]</sup>, los conflictos sociales, psicológicos y existenciales - así como los aspectos relacionados con la familia - la estructura, el apoyo, la presencia de adicción a las drogas-.

“Las drogas de club” abarcan una amplia gama de sustancias que surgieron durante la década de 1990 como las principales drogas de abuso. Estos incluyen la metilendioximetanfetamina (MDMA / éxtasis), metanfetamina, cocaína, ketamina, d-dietilamida del ácido lisérgico (LSD / ácido) y gamma-hidroxibutirato (GHB) y sus derivados. El uso recreativo de las “drogas de club” se ha asociado con consecuencias negativas para la salud atribuibles a la sobredosis y al abuso <sup>[3]</sup>.

Algunos estudios realizados por la OMS, han advertido sobre la degradación del estado de salud entre los jóvenes en los últimos años, y alertan el aumento de suicidios y depresiones en jóvenes. En Europa, la tasa de problemas emocionales como la ansiedad y la depresión han aumentado en torno al 70 % entre los adolescentes y en estudios realizados concretamente, el suicidio se ha convertido en la tercera causa de muerte entre los adolescentes de todo el mundo y la primera entre las jóvenes. Además, el 9 % de los jóvenes de 18 años han sufrido algún estado depresivo <sup>[4]</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, “la Salud Mental, es un estado sometido a fluctuaciones, provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener

relaciones armoniosas con los demás, y participar constructivamente en los cambios que puedan introducirse en el ambiente físico y social”<sup>[5]</sup>.

Las sustancias psicoactivas actúan directamente sobre el sistema nervioso central (SNC) y puede causar alteraciones de la conducta, el estado de ánimo, la cognición y la percepción<sup>[6]</sup>. De acuerdo con su mecanismo de acción en el SNC, se pueden clasificar en tres categorías:

Acción depresora - la reducción de la causa de la actividad cerebral -, lo que lleva a la relajación, como el alcohol y los sedantes.

Acción estimulante e inquietante - provocan un aumento en la actividad cerebral -, haciendo que el estado de vigilancia se prolongue, como la nicotina, cocaína y anfetaminas entre otros.

Acción en la alteración de la fisiología del SNC - pueden causar distorsión en la percepción de colores y formas, además de alucinaciones, ilusiones junto a alucinaciones -, como en el caso de cannabis y el LSD.

Las sustancias de abuso como el LSD, marihuana y anfetaminas se ha informado que producen síntomas parecidos a los de la esquizofrenia, por lo tanto confundiendo el diagnóstico<sup>[7]</sup>, ya que a los pacientes que co-existen las enfermedades mentales y el abuso de sustancias se denominan "pacientes de doble diagnóstico."

De esta manera se pueden establecer 3 relaciones entre el abuso de drogas y la esquizofrenia, por un lado, el consumo de drogas puede ser anterior a la aparición de psicosis y en este sentido las drogas son causa o desencadenante de la psicosis.

Por otro lado, el abuso de drogas y la aparición de la psicosis pueden darse de manera simultánea en el tiempo, así pues, puede darse el caso de una recaída o la exacerbación de la psicosis. Por último, puede darse el caso de que el abuso de sustancias psicoactivas y la psicosis coexisten entre sí sin influenciarse.

Toda la experiencia acumulada apunta a una constatación ineludible de cara al futuro: trabajar en prevención de drogodependencias pasa por abordar dicho fenómeno desde la perspectiva promocional de la Educación para la salud<sup>[8]</sup>.

La Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos con el fin de que incrementen el control sobre su salud para mejorarlala sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. En este proceso, la participación desempeña un papel fundamental<sup>[9]</sup>.

Así es importante la prevención en el ámbito educativo, sobre todo en los cursos de la Educación Secundaria y Bachillerato, haciendo continuidad en los estudios Universitarios y en otros proyectos educativos (policía, fuerzas armadas).

La falta de conciencia del riesgo así como de la problemática derivada de la adicción, la concepción lúdica del uso de drogas, el descubrimiento de sustancias nuevas y el mayor poder adquisitivo son razones, entre otras que nos indican la necesidad de actuaciones preventivas en estos colectivos. La puesta en marcha de nuevos programas de prevención conlleva la formación de los mediadores que los

llevarán a cabo en el ámbito educativo. Además, la formación adquiere especial relevancia en los ámbitos familiar y de ocio y tiempo libre.

## **Antecedentes y estado actual del tema**

La adolescencia es un período clave para la adopción de las pautas de uso de sustancias adictivas. En efecto, se trata del período en el que tiene lugar la experimentación con el tabaco y el alcohol, y durante su curso se perfilan las actitudes ante las drogas de uso no institucionalizado. El inicio del consumo de tabaco se relaciona, en buena parte, con su presencia en el entorno social y con presiones externas a su consumo. El uso del alcohol por los adolescentes muestra en España, como en otros países del Sur de Europa, un patrón complejo que incluye un frecuente uso social tradicional en el medio familiar, pero también un patrón distinto de uso en espacios de ocio y de relación social. Las diferencias tradicionales entre ambos géneros haciendo referencia al uso de sustancias adictivas, están sufriendo cambios acelerados. El uso del tabaco, tradicionalmente mayor entre los varones, ha aumentado notablemente entre las mujeres. Las pautas de uso de alcohol también se han modificado. Los programas de mayor efectividad orientados a la prevención del abuso de sustancias adictivas se dirigen a disminuir su accesibilidad y su aceptabilidad social, y a reforzar en esta franja de edad la capacidad de resistir las presiones externas al consumo<sup>[10]</sup>.

Aunque el tabaco contiene miles de sustancias, la nicotina es la que más frecuentemente se asocia con la dependencia porque es el componente psicoactivo y causa efectos observables sobre el comportamiento, como cambios en el estado de ánimo, reducción del estrés y mejoras en el rendimiento. Los efectos conductuales asociados con la nicotina, producidos al fumar, incluyen estimulación, mayor atención y concentración, aumento de la memoria, reducción de la ansiedad y supresión del apetito. El alcohol es una sustancia que se consume en mayor cantidad en el mundo y no es sólo un problema de adultos. Se estima que la mayoría de estudiantes de bachillerato han consumido una bebida alcohólica, a pesar de que la edad legal permitida para el consumo está a partir de los 18 años de edad.

En el DSM-IIIR1, el “abuso de sustancias psicoactivas” se define como “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso”. Se trata de una categoría residual, siendo de elección el término “dependencia” cuando proceda. El término “abuso” se utiliza a veces con desaprobación para referirse a cualquier tipo de consumo, particularmente, de drogas ilegales<sup>[11]</sup>. Debido a la ambigüedad de este término las expresiones como “consumo perjudicial” y “consumo de riesgo” son equivalentes en la terminología de la OMS, si bien normalmente hacen referencia sólo a los efectos sobre la salud y no a las consecuencias sociales.

El abuso de sustancias se ha considerado uno de los problemas sociosanitarios de primera magnitud en los últimos veinte años.

La coexistencia de la dependencia de drogas con otros diagnósticos psiquiátricos se conoce como diagnóstico dual (DD). Este término tiene diversas connotaciones pudiendo significar en el sentido más puro que ambos diagnósticos son independientes y se producen de forma simultánea. Puede ocurrir que el síndrome psiquiátrico haya sido inducido por el alcohol o las drogas. También el consumo de drogas puede ser secundario a un proceso de automedicación de otros trastornos mentales primarios [12].

A pesar del aumento del DD, las dificultades clínicas se basan en la existencia de confusión en los mecanismos etiopatogénicos, en las formas de presentación clínica (enmascaramiento y atipicidad), en la fiabilidad de los métodos y criterios diagnósticos y en la compleja coordinación de las intervenciones terapéuticas.

La relevancia del DD es debida a que éstos no se explican sólo por azar. Representan la patología de la mayoría de los pacientes drogodependientes (entre un 30-50% de los pacientes psiquiátricos presentan trastornos relacionados con el alcohol o drogas) y se sabe que los trastornos relacionados con sustancias pueden inducir trastornos mentales [12].

Normalmente el abuso de sustancias precede a la enfermedad psiquiátrica. Se ha visto que el 26,4% de sujetos con un trastorno relacionado con drogas padecían también un trastorno afectivo. Entre los adolescentes con abuso de sustancias, el 76% sufren trastornos afectivos (ansiedad y depresión) y graves alteraciones de conducta, frente al 20% en la población juvenil no consumidora de sustancias [12].

Se ha observado en la mayoría de los estudios clínicos, epidemiológicos y biológicos una fuerte asociación entre los trastornos afectivos y el abuso de sustancias, siendo los más frecuentes la ansiedad y la depresión.

Cada vez resulta más frecuente encontrar en la clínica trastornos psiquiátricos asociados al consumo de drogas. Sin duda la psicopatología es un factor de riesgo para padecer un trastorno adictivo, y a la inversa, los pacientes adictos están en riesgo de cursar con enfermedades mentales además con una peor evolución y un peor pronóstico. Se ha demostrado que la psicopatología ya sea primaria o secundaria al uso de sustancias, tiene una mayor prevalencia cuando se compara con la población general. Se estima que aproximadamente la mitad de los drogodependientes actuales presentarán una enfermedad mental en el próximo decenio al mismo tiempo que el 50% de los pacientes con enfermedades mentales abusarán de sustancias [13].

Los diagnósticos psiquiátricos comúnmente asociados al consumo de sustancias son el trastorno antisocial de la personalidad, las fobias, otros trastornos de ansiedad, los episodios depresivos mayores y la distimia (neurosis depresiva) [13].

Por otra parte, la ansiedad es uno de los principales trastornos que aparecen en las adicciones y a su vez la ansiedad es una de las causas importantes para el consumo de sustancias ya que, aparentemente, produce una mejoraría de los síntomas.

La relación existente entre ansiedad y el consumo de sustancias es de carácter bidireccional, uno da lugar al otro y viceversa. Los cuadros de ansiedad de una intensidad elevada pueden dar lugar, en algunas personas, al consumo de diversas

sustancias psicoactivas como una forma de mitigar dicha ansiedad lo cual contribuye, a largo plazo, a mantener el problema. Hay que tener en cuenta que los pacientes que utilizan la(s) sustancia(s) como un medio para enfrentar a ciertos niveles de la ansiedad van a desarrollar tarde o temprano, si la adicción continúa, algún trastorno de ansiedad más importante (TAG, Angustia). Diversos estudios epidemiológicos ponen de manifiesto la relación existente entre el consumo y el abuso de algunas sustancias. Aunque es difícil establecer cuál es el papel específico que juega cada sustancia se han encontrado altas tasas de trastornos de la ansiedad en poblaciones adictas a la cocaína [13].

En los años 80, el consumo de drogas era señalado por un gran porcentaje de la población como uno de los problemas más importantes de la sociedad. Así por ejemplo, la heroína durante años ha sido la sustancia principal por la que se solicitaba tratamiento; sin embargo, entre 1999 y 2004, el porcentaje de solicitudes nuevas de tratamientos relacionados con el consumo de heroína descendieron desde más del 60% a aproximadamente el 40%, mientras se observaba un aumento de las solicitudes de tratamiento por el consumo de cannabis y cocaína. La producción de estas dos sustancias ha aumentado a nivel mundial así como el tráfico de las mismas. Otro dato a destacar es la disminución del precio de drogas ilegales en la mayor parte de Europa [14].

Para analizar cuál es la situación actual del consumo de drogas entre adolescentes, se pueden observar los cambios que ha habido tanto en la integración de las drogas en el ocio de los jóvenes como otra forma más de consumo, la disminución del precio y el aumento de la prevalencia de consumo de determinadas sustancias: principalmente alcohol, cannabis y cocaína [14].

El alcohol es, con diferencia, la sustancia psicoactiva de abuso más extendida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en España. El consumo de alcohol los fines de semana entre los jóvenes está totalmente “normalizado” en nuestra sociedad, de hecho en 2004 la prevalencia de consumo en fin de semana destacaba que el mayor aumento se producía entre los 14 y los 16 años hasta situarse en cifras superiores al 70% en esta última edad. La concentración del consumo durante el fin de semana es muy intenso a los 14 años, y disminuye progresivamente hasta los 18 años, fundamentalmente porque una cierta proporción de estudiantes incorpora el consumo durante los días laborables. El elevado abuso de esta sustancia está íntimamente relacionado con la accesibilidad, ya que el 93,8% de los adolescentes considera que le sería muy fácil conseguir bebidas alcohólicas. El consumo se compatibiliza con actividades habituales de su edad: estudiar y/ o trabajar [14].

En cuanto a los hipnosedantes para dormir; podemos decir que su consumo figura en cuarto lugar entre los adolescentes de 14 años, al ir aumentando la edad es sustituido por otras drogas ilegales. Desde 1994 ha aumentado la prevalencia de su consumo, pasando de un 6,9 a 10,2 % (con receta médica) y de un 6,1% a 7% (sin receta). Los motivos que señalan para su consumo, son poder dormir (un 50,4%) y relajarse (42,2%). El cannabis ocupa un lugar destacado en el consumo entre los adolescentes. A lo largo de estos años, la edad de inicio ha disminuido de 15,1 años en 1994 a 14,7 en el año 2004. La prevalencia de consumo está cambiando de ser

esporádica a habitual, de fumarse en compañía de amigos como una manera de adherirse al grupo, a fumarlo solo. Los motivos que señalan los adolescentes para su consumo son principalmente de carácter lúdico, pero el 18 % dice que es para sentirse bien y olvidar problemas. La percepción del peligro es inferior a la del tabaco, de hecho en algunos casos se está sustituyendo el consumo habitual del tabaco por el cannabis [14].

En cuanto al riesgo percibido: diferentes estudios demuestran que cuanto menor es el riesgo percibido atribuible al consumo de una droga, mayores son las prevalencias de su uso. Sin embargo, da la impresión de que aumentó algo el riesgo percibido ante el consumo esporádico del éxtasis. Muchos adolescentes consumidores de éxtasis exponen los siguientes argumentos: han tenido mayores experiencias desagradables “yu-yus” en su jerga, “es más obvio que estás bajo los efectos de las drogas”, “das más el cante ya que la mandíbula se va para todas partes”... Mientras que con el cannabis o la cocaína creen que pasan más desapercibidos [14].

El acceso durante la edad temprana no es la única coincidencia en el triángulo alcohol-tabaco-cannabis (edad media de inicio: 13,2-13,7 y 14,7 respectivamente). Con gran frecuencia van asociados en forma de poli-consumo. Quienes han experimentado con el tabaco son en un 95% de los casos consumidores de alcohol y en un 58%, de cannabis. Los bebedores ocasionales son en el 42% de los casos fumadores ocasionales y en un 35% consumidores de cannabis [14].

## Hipótesis

El consumo de drogas entre los adolescentes está aumentando considerablemente con el paso de los años, y la hipótesis que se plantea para el siguiente estudio es que los estudiantes de 1º Bachillerato de la ciudad de Calatayud que consumen drogas presentan perfiles más elevados de ansiedad que aquellos que dentro de la muestra no reflejan dicho consumo. A partir de ésta, nos preguntamos ¿Los estudiantes adolescentes de 1º de Bachillerato de la ciudad de Calatayud que consumen drogas presentan niveles de ansiedad más elevados que aquellos que no consumen?

## Objetivo

Determinar la posible asociación existente entre la ansiedad y el abuso del consumo de drogas en los alumnos de 1º de Bachillerato de la ciudad de Calatayud.

# **METODOLOGÍA**

## **Diseño del estudio**

Estudio observacional y descriptivo transversal para conocer la prevalencia de ansiedad mediante la escala Breve de Ansiedad de Tyrer y el abuso de drogas mediante la escala Cuestionario de Uso de Drogas (DAST-10) en los alumnos de primer curso de Bachillerato de la Ciudad de Calatayud, en el Instituto Emilio Jimeno y en el Instituto Leonardo de Chabacier.

## **Población y muestra de estudio**

Al tratarse de un estudio piloto la población y el tamaño total de la muestra fueron todos los alumnos que estudian en la ciudad de Calatayud en el primer curso de Bachillerato. Se excluyeron del estudio aquellos institutos y colegios concertados o privados. Se consideró como criterio de inclusión aquellos alumnos que estudian en los dos institutos públicos de la ciudad, es decir, los alumnos que pertenecen al Instituto Emilio Jimeno y al Instituto Leonardo de Chabacier. El número total de alumnos pertenecientes al estudio fue de 120 alumnos de los cuales contestaron finalmente 74.

## **Variables de estudio**

Variable dependiente: ansiedad. Para medir el grado de ansiedad en los sujetos de estudio se utilizó la escala Breve de Ansiedad de Tyrer, se utilizó una versión traducida y validada al castellano que ha sido utilizada en numerosos estudios realizados en el ámbito nacional (anexo 1). Se trata de una escala que consta de 10 ítems con 4 posibles respuestas (escala Likert de 0 a 6) que mide la intensidad de la ansiedad de manera que la suma total del test clasifica a los individuos en: ausencia de ansiedad (puntuación menor a 10), ansiedad muy leve (puntuación de 10 a 18), ansiedad moderada (puntuación de 20 a 40) y ansiedad severa (puntuación mayor de 42).

Variables independientes: abuso del consumo de drogas. Para medir el grado de abuso de drogas en los estudiantes se utilizó la escala Cuestionario de Abuso de Drogas (DAST-10), se utilizó una versión validada y traducida al castellano que ha sido utilizada en numerosos estudios (anexo 2). Se trata de una escala que consta de 10 ítems con dos respuestas posibles (sí o no), de tal manera que cada respuesta positiva recibe un punto y la suma de 3 a 5 puntos (habría que investigar el uso de más sustancias) más de 6 puntos (habría que tratar el problema inmediatamente con su médico).

Se recogieron las variables demográficas: 1) Edad: en años, 2) Sexo: mujer u hombre.

## **Consentimientos para la investigación**

El consentimiento para llevar a cabo el siguiente estudio fue concedido por los Jefes de Estudios del Instituto Emilio Jimeno e Instituto Leonardo de Chabacier en la ciudad de Calatayud.

## **Recogida de Datos**

Se visitó ambos institutos y bajo el consentimiento de sus correspondientes Jefes de Estudios se entregó a ellos mismos tanto el (BSA-Tyrer), cuestionario que mide la ansiedad, y (DAST-10), cuestionario que mide el abuso de drogas. Se les explicó detalladamente que se trataban de cuestionarios totalmente anónimos para los alumnos y que principalmente tenían que especificar el sexo y la edad. También se recalcó que los profesores hiciesen especial hincapié para que contestaran desde la mayor sinceridad posible en el momento que llenaran ambos cuestionarios. Los tutores correspondientes a los alumnos de ambos institutos fueron los encargados de entregar y recoger los cuestionarios así como de explicar la finalidad del estudio y la confidencialidad de la información recogida.

Las encuestas fueron entregadas a finales del mes de Mayo del 2012 y fueron recogidas a mitad del mes de Junio del mismo año.

## **Análisis Estadísticos**

El procesamiento estadístico de las variables se realizó mediante el paquete estadístico SPSS Versión 15.0. Para el análisis de las variables cualitativas, se estimaron las frecuencias y porcentajes. En la variable cuantitativa, se describió la media y desviación estándar porque seguía una distribución normal y la mediana para las que no poseían una distribución normal. La normalidad de las mismas se obtuvo mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se analizó la asociación entre la ansiedad con las variables cualitativas mediante la prueba Chi-cuadrado. Para el estudio de la relación entre la variable dependiente con las variables cuantitativas, se utilizó la prueba T de Student para aquellas variables que poseían una distribución normal de la muestra, y la prueba de U de Mann Whitney en aquellas con una distribución no normal. En todos los análisis se utilizó un nivel de significación estadística del 0,05.

## **Limitaciones**

Las limitaciones del presente estudio son las posibles ausencias de respuestas a las encuestas debido al absentismo escolar, así como la posible falta de veracidad por parte de los encuestados a la hora de responder dichos cuestionarios.

# **RESULTADOS**

## **Tasa de Respuesta**

Se distribuyeron 120 cuestionarios, de los cuales 80 fueron entregados para los alumnos de primero de bachillerato del Instituto Emilio Jimeno de Calatayud, así como 40 cuestionarios para los alumnos del mismo curso del Instituto Leonardo de Chabacíer de la ciudad de Calatayud. El total de cuestionarios contestados en ambos institutos fue de 74 incluidos en el análisis de resultados, siendo la tasa de cuestionarios contestados de 61.67%. El absentismo escolar produjo una ausencia de cuestionarios no contestados de 45, siendo la tasa de absentismo de 38.33%.

## **Estadística Descriptiva**

### **Variable cuantitativa**

Se comprobó la normalidad de la variable cuantitativa estudiada mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, resultando así su distribución normal.

A partir de la normalidad de la variable cuantitativa se utilizó la T-Student para contrastar la hipótesis nula de igualdad de medias. De esta manera, el resultado obtenido fue que para el análisis de la ansiedad/sexo, la significación fue de 0.06, por lo que se acepta la hipótesis nula en cuanto a la relación entre dichas variables. En cuanto al análisis de la ansiedad/edad, la significación fue de 0.361, dicho resultado no es concluyente ya que los sujetos estudiados son alumnos de entre 16 y 17 años, respectivamente. En cuanto al análisis de la ansiedad/abuso, se analizó por separado la ansiedad/abuso ausente, cuya significación fue de 0.89; ansiedad/abuso leve, cuya significación fue de 0.174; y por último ansiedad/abuso leve-sustancial, cuya significación fue de 0.073. Se podría decir que a pesar de que encontramos mayor significación entre los estudiantes con una ansiedad y abuso ausente, no pasan desapercibidos aquellos cuya ansiedad y abuso leve es muy concluyente, del mismo modo que la ansiedad y abuso sustancial también tiene su importancia entre dichos sujetos.

### **Variables cualitativas.**

La muestra de participantes estuvo constituida por 42 mujeres (56,75%) y 32 hombres (43,25%), de los cuales 29 estudiantes tenían 16 años de edad (39,19%), y 45 estudiantes tenían 17 años de edad (60,81%).

En cuanto a la variable abuso del consumo de drogas resultaron tener un abuso ausente 21 mujeres (50%), un abuso leve 20 mujeres (47,61 %), y un abuso sustancial 1 de ellas, (2,38%). Por otro lado, resultaron tener un abuso ausente 24 hombres (75%), un abuso leve 8 de ellos, (25%), y un abuso sustancial ningún hombre. Es importante matizar que el abuso grave de drogas no apareció en ninguno de los casos llevados a

estudio. Con respecto al abuso y la variable edad, resultaron tener un abuso ausente en mujeres de 16 años, 10 de los casos, (31.25%); y en hombres de 17 años, 14 de ellos, (43.75). Sin embargo, el abuso ausente en mujeres de 16 años apareció en 5 de las estudiantes, (11.9%) y en mujeres de 17 años, apareció en 16, (38.09%). El resultado obtenido en cuanto al abuso leve en hombres de 16 años, no se encontró ningún caso, sin embargo, el mismo abuso en hombres de 17 años se dio en 8 de los individuos, (25%). Por otro lado el abuso leve tanto en mujeres de 16 años fue de 10 casos, (23.8%) y en mujeres de 17 años, fue de 10 casos igualmente (23.8%). Por último se obtuvo un único abuso sustancial en una estudiante de 16 años, (2.38%).

En cuanto a la relación entre abuso, ansiedad, edad y sexo; los resultados fueron los siguientes. De las alumnas de 16 años que presentan un abuso ausente y una ansiedad ausente, se encontraron 2 casos, (2.7%), mientras que para las alumnas de 17 años con una ansiedad y abuso ausente, se encontraron 5 casos (6.75%). Para las alumnas de 16 años con una ansiedad ausente y un abuso leve se encontraron 2 casos, (2.7%), mientras que para las alumnas de 17 años con un grado de ansiedad ausente y un abuso leve se encontró 1 sólo caso, (1.35%). En cuanto a las alumnas de 16 años con un grado de ansiedad leve y un abuso ausente, se encontraron 4 casos, (5.4%), mientras que para las alumnas de 17 años con un grado de ansiedad leve y un abuso ausente se encontraron 8 casos. Para las alumnas de 16 años con un grado de ansiedad leve y un abuso leve se encontraron 4 casos, (5.4%), y para las alumnas de 17 años con el mismo grado de ansiedad y abuso, se encontraron 3 casos, (4.05%). Por último, para las alumnas de 16 años con un grado de ansiedad moderada y un abuso ausente se encontró 1 caso, (1.35%), mientras que para las alumnas de 17 años con el mismo grado de ansiedad y abuso no se encontró ningún caso. Sin embargo, para las alumnas de 16 años con un grado de ansiedad moderada y un abuso leve se encontraron 4 casos, (5.4%), por otro lado las alumnas con 17 años con el mismo grado de ansiedad y abuso, se encontraron 7 casos, (9.45%). Por último, resultó un único caso de una alumna de 17 años con un grado de ansiedad grave y un abuso ausente.

Por otro lado, los alumnos de 16 años con un grado de ansiedad y abuso ausente fueron 8 los casos, (10.81%), mientras que los alumnos de 17 años con el mismo grado de ansiedad y abuso fue de 9 casos, (12.16%). De los alumnos de 16 y 17 años con un grado de ansiedad ausente y un abuso leve, se encontró 1 solo caso, (1.35%), para cada edad respectivamente. Para los alumnos de 16 y 17 años con grado de ansiedad leve y un abuso ausente, se encontraron 2 casos respectivamente para cada edad, (2.7%). Por otro lado, los alumnos con un grado de ansiedad leve y un abuso leve para la edad de 16 años, no se encontró ningún caso; mientras que para el mismo grado de ansiedad y abuso en alumnos de 17 años, 4 fueron los casos encontrados, (5.4%). Por último, los alumnos de 16 años con un grado de ansiedad moderada y un abuso ausente, se encontró 1 sólo caso, (1.35%); mientras que para la mismo grado de ansiedad y abuso en alumnos de 17 años, se encontraron 2 casos, (2.7 %). Por último para los alumnos con un grado de ansiedad moderado y un abuso leve de 16 años, no se encontró ningún caso, sin embargo, para los alumnos de 17 años con el mismo grado de ansiedad y abuso, los resultados encontrados fue de 2, (2.7%).

## **Estadística Inferencial**

En la muestra en general se encontró como dato significativo, que existe una importante relación entre las mujeres con un abuso leve de sustancias y niveles moderados de ansiedad. Así como en niveles de ansiedad leve se observó una asociación significativa en cuanto al sexo, con un valor Chi-cuadrado de 1.891 y una significación de 0.169. Se obtuvo una relación significativa entre los niveles de abuso y el sexo (Kruskall-Wallis con un valor de 2.606 y una significación de 0.106), por otro lado se analizó los niveles de ansiedad y sexo (Kruskall-Wallis con un valor de 9.271 y una significación de 0.02).

Para evaluar el grado de asociación entre variables cuantitativas continuas, aplicamos el coeficiente de correlación de Pearson, para la distribución normal de la variable ansiedad, cuyo resultado es de -0.253 y una significación de 0.006 en cuanto a al sexo; un resultado obtenido con respecto a la edad de 0.84 y una significación de 0.361 y por último un resultado de 0.313 con una significación de 0.001 en cuanto al abuso del consumo de drogas; matizando que en dicho análisis la correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Sin embargo para evaluar el grado de asociación entre variables continuas con una distribución no normal, aplicamos el coeficiente de correlación de Spearman, del cual se deducen los siguientes resultados; para la variable sexo con respecto a la edad el resultado es 0.27 con una significación de 0.775, el resultado para la variable sexo con respecto a la variable abuso es de -0.149 con una significación de 0.107; por otro lado el coeficiente de correlación para la variable edad con respecto a la variable abuso es de -0.035 con una significación de 0.705; de manera que las correlaciones son significativas al nivel 0.01 (bilateral).

La prueba de significación estadística paramétrica para contrastar la hipótesis nula respecto a la diferencia entre dos medias, teniendo en cuenta que la variable dependiente tiene una distribución normal es la T-Student. Los resultados obtenidos a partir del análisis de la variable dependiente ansiedad con respecto al sexo fue,  $t=2.828$  y una significación de 0.006; con respecto a la variable edad la  $t= -0.916$  con una significación de 0.361. Con respecto a la variable abuso ausente, la  $t= -1.726$  con una significación de 0.089, por otro lado con respecto a la variable abuso leve, la  $t= 1.384$  con una significación de 0.174; mientras que en cuanto a la variable abuso leve-sustancial, la  $t= 3.5$  con una significación de 0.073. Todos los valores de t fueron analizados con un intervalo de confianza para la diferencia del 95%.

Por otro lado se utilizó el estadístico U de Mann-Withnney para determinar la coincidencia entre dos distribuciones observadas, de esta manera se deduce que teniendo como variable de agrupación el sexo, la U para la variable ansiedad es de 1175.5 con una significación de 0.002 y la U para la variable abuso es de 1462.5 con una significación de 0.106.

# **DISCUSIÓN**

## **Limitaciones**

Entre las limitaciones del estudio que se deben tener en cuenta a la hora de generalizar los resultados el tamaño de la población y sus características derivadas de la zona rural, así como las derivadas del hecho de ser cuestionarios entregados a los profesores responsables de los alumnos de los diferentes institutos, es decir, sin control fehaciente por parte del investigador y con la consiguiente imposibilidad de poder garantizar la correcta contestación de los cuestionarios por parte de los alumnos. Del mismo modo, la entrega de cuestionarios entregada durante las fechas propuestas a los participantes pudo influir en el porcentaje de encuestas entregadas, ya que por un lado había alumnos que se encontraban con exámenes todavía pendientes, alumnos que ya habían finalizado el curso y por lo tanto el día que se pasaron las encuestas el absentismo fue un factor determinante a la hora de concretar la muestra. Por otro lado las directrices a seguir para el cumplimiento de los cuestionarios otorgadas en un primer momento a los correspondientes jefes de estudios de los diferentes institutos y seguidamente a diferentes tutores de los diferentes alumnos, pudo influir negativamente a la hora de valorar los resultados de dicho estudio. Sin dejar de nombrar la veracidad a la hora de contestar los cuestionarios por parte de los alumnos, no obstante eran totalmente anónimos. Dichos factores influyeron negativamente a la hora de generalizar los resultados obtenidos. Para intentar minimizar estos efectos, se explicó de manera concreta y sencilla a los responsables de la entrega y recogida de los cuestionarios en qué consistían los objetivos del presente estudio así como la manera de cumplimentar dichos cuestionarios por parte del alumnado.

## **Ansiedad en estudiantes adolescentes y el abuso del consumo de drogas en la ciudad de Calatayud.**

En relación a los resultados obtenidos se destaca que hay una clara relación entre la ansiedad y el abuso del consumo de drogas, sobre todo en mujeres; aunque es mayor la cifra de aquellos sujetos que no abusan. Tras realizar la estadística oportuna para dicho estudio se vislumbra que por un lado aquellos alumnos con un abuso leve presentan niveles moderados de ansiedad, así como los alumnos con un abuso sustancial. Por otro lado es importante mencionar el factor sexo, ya que en los resultados obtenidos ha sido en las mujeres donde mayores niveles de ansiedad y abuso del consumo de drogas se ha obtenido. Este hecho también ocurre en un estudio realizado a adolescentes donde se destaca que la relación entre ansiedad y abuso del consumo de drogas está muy enraizado<sup>17</sup>.

## A nivel Nacional e Internacional

Los datos existentes demuestran una elevada prevalencia de comorbilidad entre el trastorno por uso de sustancias y los trastornos mentales en los adolescentes, situada entre el 65 y el 75% <sup>[18-19]</sup>. Esta situación conlleva, en la práctica clínica, que muchos de los adolescentes atendidos en los servicios de salud mental por un trastorno mental estén realizando un abuso o tengan dependencia de sustancias, lo que interfiere en la sintomatología que presenta el paciente y, en consecuencia, esté dificultando tanto el proceso de evaluación y diagnóstico como la posible evolución de su trastorno principal <sup>[20]</sup>. Sin embargo, en otro estudio realizado a estudiantes de la ciudad de Chillán donde se relaciona la ansiedad de los sujetos con el abuso de drogas, demuestran que casi el 17% de los alumnos encuestados señaló presentar ansiedad y consumir algún tipo de sustancia como alcohol, tabaco o drogas <sup>[24]</sup>.

## CONCLUSIONES

La evolución de los trastornos de ansiedad varía según el trastorno específico y la persona, aunque la evolución de todos los trastornos es normalmente crónica, con agravamiento de los síntomas y del deterioro del funcionamiento social <sup>[15]</sup>. Frecuentemente la aparición se produce a una edad temprana, entre los 20 y 30 años, y los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres <sup>[16]</sup>.

Lamentablemente, sólo la presencia de síntomas de ansiedad no es un incentivo suficiente para que la persona con un trastorno de ansiedad busque ayuda. Un estudio reciente reveló que incluso las personas con síntomas intensos de ansiedad esperan hasta 12 años después de la aparición de los síntomas antes de buscar ayuda <sup>[16]</sup>. Otro estudio comunicó que el lapso entre la aparición de los síntomas, a la edad de 14,5 años, hasta el comienzo del tratamiento adecuado, a la edad de 31,5 años, era de 17 <sup>[16]</sup>.

El consumo de drogas ha aumentado considerablemente en los últimos años. Éste es perjudicial entre los adolescentes y las consecuencias de su consumo pueden afectar a todos los ámbitos: aumento del fracaso escolar, mayor prevalencia de trastornos mentales y peor ajuste psicosocial <sup>[21]</sup>. Es previsible que aproximadamente el 10% de los adolescentes consumidores tenga alguna repercusión derivada del consumo de drogas, ya sea de forma directa (intoxicaciones, trastornos mentales inducidos, etc.) como de forma indirecta (accidentes de moto, caídas, quemaduras, peleas, etc.) <sup>[20]</sup>.

Los programas de tratamiento de adolescentes consumidores de drogas indican que son efectivos en la reducción de la cantidad del consumo, producen efectos positivos en la disminución de la actividad delictiva, la remisión de la psicopatología (presentan menos hostilidad, menos ideación autolítica) y mejoran el rendimiento académico [22-23].

En la ardua tarea de prevenir y/o evitar en lo posible el consumo de drogas en los adolescentes; ya que a pesar de los esfuerzos realizados por las autoridades, el trabajo aún no ha obtenido los frutos esperados. Por eso es necesario continuar con el trabajo, fortaleciendo los programas existentes y planeando la manera de que estos lleguen a toda la población en riesgo. Es necesario seguir fomentando la comunicación entre las autoridades escolares, de salud y gubernamentales para garantizar el éxito de este trabajo.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Ana Victoria Gil Gómez por su ayuda desinteresada en la elaboración de éste proyecto así como a Sara Izquierdo Molina por su aportación desde el campo de la psicología. También agradecer a mis tutores M<sup>a</sup> Reyes Torres y a Luis M. Bernués por sus consejos.

Agradecer la colaboración de todos/as los/as tutores/as, profesores/as así como a los jefes de estudios de los institutos Emilio Jimeno y Leonardo de Chabacier por informar y distribuir los cuestionarios a los alumnos, así como a todos aquellas personas que participaron de forma desinteresada, en la contestación de los cuestionarios.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1) Costa MC, MV Alves, CA Santos, C de Carvalho R, P de Souza KE, Lima de Sousa H. experimentación y el uso regular de bebidas alcohólicas, cigarrillos y otras sustancias psicoactivas (SPA) durante la adolescencia. *Cien Saude Colet* 2007 Sep-Oct; 12 (5) :1143-1154.
- 2) AC Neves, Miasso AI. Una fuerza de atracción: el significado de los medicamentos a los usuarios de una isla de Cabo Verde. *Ap LatAm Enfermería* 2010 May-Jun; 18 :589-Spec No 597.
- 3) Parsons JT, Grov C, Kelly antes de Cristo. El uso de drogas de club y de la dependencia entre los adultos jóvenes reclutados a través de muestreo espacio-temporal. *Salud Pública Rep* 2009 Mar-Apr; 124 (2) :246-254.
- 4) Paniagua-RE Suárez, González-Posada CM, Montoya-Gómez B. Tres tipologías para la salud de los adolescentes mentales en el noreste de Medellín, Colombia, 2006. *Rev. Salud Pública (Bogotá)* 2010 Feb; 12 (1) :51-60.
- 5) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of disorders (DSM –IV)edition*. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- 6) Pratta EM, dos Santos MA. La adolescencia y el consumo de sustancias psicoactivas: el impacto de la situación socioeconómica. *Ap LatAm Enfermería* 2007 Sep-Oct; 15 Spec No :806-811.
- 7) Goswami S, G Singh, SK Mattoo, Basu D. Cursos de consumo de sustancias y la esquizofrenia en los pacientes con diagnóstico dual: ¿existe una relación? *Indian J Med Sci* 2003 Aug; 57 (8) :338-346.
- 8) García Martínez A, Sanzchez Lázaro A-M. Drugs: a necessary educational review. Universidad de Murcia. *Cuestiones Pedagógicas*, 19, 2008/2009, pp 333-348.
- 9) Molina Ladrón, M-R. Prevención de adicciones en los jóvenes. Concejalía de Acción Social y Mayor C.M.A.P. Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones. 2009 Apr, pp 2-41.
- 10) Villalbí, J.R.; Nebot, M.; Ballestín, M. Los adolescentes ante las sustancias adictivas:tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas. *Medicina Clínica* 1995 (104): 20.

- 11) Lizarbe Alonso, V.; Librada Escribano, M.V.; Astorga Vergara, M.A. Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización Mundial de la Salud 1994. [Consultado: 3 Junio 2012]. Disponible en: [www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf).
- 12) Campos, M.S.; Martínez-Larrea, J.A. Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Anales CF Navarra 2010 (25): 3.
- 13) Blanco, P.; Sirvent, C.; Villa Moral, M.; Linares, M.P.; Rivas, C. Psicopatología y género en adicciones. 11º Congreso virtual de psiquiatría. Interpsiquis 2010. 2010 Feb-Mar.
- 14) Besada Montenegro, M. Situación actual del consumo de drogas en adolescentes. Vigo, Mar 2008. [Consultado el 3 de Junio 2012]. Disponible en: [www.apega.org/images/APEGAdocumentos/.../intervencion.doc](http://www.apega.org/images/APEGAdocumentos/.../intervencion.doc).
- 15) Angst J y M. Vollrath la historia natural de los trastornos de ansiedad. Acta Psychiatr Scand 1991; 84:446-452.
- 16) Schatzberg AF. Visión general de los trastornos de ansiedad: la prevalencia, la biología, la evolución y tratamiento. J Clin Psychiatry 1991; 52 (Suplemento) :5-9.
- 17) Piscitelli, Silvana G.; Luque, Leticia & Gómez, Raúl Ángel. Estudio sobre la ansiedad estado /rasgo en padres de adolescentes consumidores y no consumidores de drogas. Relación con las estrategias de afrontamiento de los hijos. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba.[Consultado el día 3 de Junio 2012]. Disponible en: [http://www.seadpsi.com.ar/congresos/cong\\_marplatense/iv/trabajos/trabajo\\_330\\_424.pdf](http://www.seadpsi.com.ar/congresos/cong_marplatense/iv/trabajos/trabajo_330_424.pdf).
- 18) Simkin DR. Adolescent substance use disorders and comorbidity. Pediatr Clin North Am. 2002;49:463–77.
- 19) Hser YI, Grella CE, Collins C, Teruya C. Drug-use initiation and conduct disorder among adolescents in drug treatment. J Adolesc. 2003;26:331–45.
- 20) Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. 2006.
- 21) Matalí Costa, J.L.; Pardo Gallego, M.; Trenchs Sainz de la Maza, V.; Serrano Troncoso, E.; Gabaldón Fraile, S.; Luaces Cubells, C. Consumo de drogas en adolescentes. Dilema ético en el abordaje diagnóstico-terapéutico. An Pediatr (Barc). 2009;70(4):386–390.

- 22) Copland J. Developments in the treatment of cannabis use disorder. *Current Opinion Psychiatry*. 2004;17:161–8.
- 23) Martin K. Adolescent Treatment Programs reduce drug abuse, produce other improvements. *NIDA Notes*. 2002;17(1).
- 24) Laura Silva Córdova L.; Díaz Arriagada, A.; Lagos Orbenes, C.; Ruiz Berger, C.; Troncoso Carrasco, E.; Jiménez Orellana, M. et al. Ansiedad en estudiantes de 7º y 8º básico de escuelas municipales. Chillán1. Colegio de Enfermeras de Costa de Rica. *Rev. Enfermería en Costa Rica*. 2005. Pp (10-19).

# **ANEXO I**

## **CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS (DAST-10)**

Las siguientes preguntas se refieren a información acerca de su potencial envolvimiento con drogas **excluyendo alcohol y tabaco** durante los últimos 12 meses. Lea con cuidado cada pregunta y decida si su respuesta es “No” o “Si”. Después, marque el casillero apropiado junto a la pregunta.

Cuando la palabra “abuso de drogas” es usada, esta se refiere al uso de medicinas compradas con receta médica o sin ella y que son ingeridas en exceso de lo recomendado. Las varias clases de drogas pueden incluir: cannabis (mariguana, hachís), disolventes, tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (speed), alucinógenos (LSD) o narcóticos (heroína). Recuerde que las preguntas **no incluyen** alcohol o tabaco.

Por favor responda cada pregunta. Si tiene dificultades con alguna de las preguntas, escoja la que le parezca correcta.

<b><u>Estas Preguntas Están Referidas a los Últimos Doce Meses:</u></b>	<b>No</b>	<b>Si</b>
1. ¿Ha usado drogas que no eran requeridas por razones médicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ud. abusa más de una droga a la vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es Ud. capaz de parar de usar drogas siempre cuando se lo propone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido "perdidas de conocimiento" o una "memoria repentina" como resultado del uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable debido a su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez su pareja (o familiares) se han quejado de su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejó de usar drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (perdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **ANEXO II**

### **BREVE ESCALA DE ANSIEDAD DE TYRER (BSA)**

**1. A veces tengo sentimientos de tensión interior. Pueden ir desde una leve sensación de incomodidad, inquietud, confusión interna, tensión mental hasta incluso el pánico, terror y la angustia.**

- 0. Me siento apacible. Solamente a veces tengo una tensión interna que es pasajera
- 2. A veces sufro sentimientos ocasionales de inquietud e incomodidad mal definidos
- 4. Tengo sentimientos continuos de tensión interna, o intermitente que consigo controlar con cierta dificultad
- 6. Siento terror o angustia que no cede

**2. A veces tengo sentimientos de hostilidad. Siento ira, cólera y sentimientos de agresividad interior.**

- 0. No es fácil que algo o alguien me provoque éste tipo de sensaciones
- 2. Estas sensaciones me aparecen fácilmente, aunque normalmente desaparecen con facilidad
- 4. Sé que muchas veces reacciono a la provocación con ira y hostilidad excesiva
- 6. Siento ira o cólera continuamente. La rabia, el odio es intenso y me resulta difícil o imposible de controlarlo

**3. Estando sano, a veces me preocupo de forma exagerada ante la posibilidad de estar enfermo o sufrir una enfermedad.**

- 0. Normalmente, no me preocupa el hecho de poder caer enfermo
- 2. Normalmente reacciono al menor cambio de mi cuerpo con malos presagios y temo de forma exagerada el caer enfermo
- 4. Aun estando sano, muchas veces estoy convencido de que sufro alguna enfermedad. A pesar de todo, consigo tranquilizarme si voy al médico
- 6. A veces tengo convicciones exageradas, absurdas e incapacitantes. Pienso que se me pudre el cuerpo o que las tripas no me funcionan

**4. Normalmente me preocupan incluso los pequeños problemas. Soy aprensivo y me preocupo en exceso por pequeñas cosas que tiene difícil solución**

0. No suelo preocuparme excesivamente de nada en concreto
2. Tengo una preocupación excesiva que no puedo quitarme de encima
4. Soy aprensivo y me preocupo por pequeñas cosas o rutinas cotidianas que en el fondo tienen poca importancia
6. Estoy preocupado todo el tiempo y no consigo consolarme con nada

**5. Tengo temores o fobias a determinadas situaciones. A veces me dan cuando estoy en una multitud, en el autobús, el supermercado, cuando me siento encerrado o estoy solo. Si es posible, intento evitar éste tipo de lugares**

0. No tengo miedos ni fobias
2. A veces tengo un vago sentimiento de malestar, que aparece sobretodo en situaciones en las que no puedo obtener ayuda. Por eso tomo precauciones sencillas como evitar la hora punta del tráfico cuando es posible
4. Alguna de estas situaciones me provocan un malestar intenso y las evito. Sin embargo, esto no me perjudica mi vida social
6. Tengo temores o miedos muy incapacitantes. El temor limita mis actividades diarias ya que, por ejemplo, no soy capaz de salir de casa

**6. Cuando estoy mal, duermo menos o tengo un sueño más superficial**

0. Duermo como siempre
2. Tengo algo de dificultad para coger el sueño o tengo un sueño más ligero que dura menos horas
4. El sueño está reducido o interrumpido por lo menos 2 horas
6. Duermo menos de 2 o 3 horas al día

**7. Cuando me pongo nervioso tengo palpitaciones, me cuesta respirar, sufro mareos, tengo sudores fríos en manos y pies, boca seca o diarrea.**

0. Normalmente si me pongo nervioso no siento ninguna de éstas sensaciones
2. Estos síntomas, me suceden solo a veces cuando tengo un estrés emocional importante

4. Normalmente, éstas sensaciones son frecuentes y me aparecen cuando estoy incomodo en una reunión social
6. Tengo éstas sensaciones con mucha frecuencia, por lo que me resulta muy difícil o imposible llevar a cabo muchas actividades

**8. Frecuentemente me siento tenso, y tengo dolores que el médico atribuye al estrés**

0. No tengo dolores de éste tipo normalmente y cuando aparecen duran poco
2. Éste tipo de dolor me aparece de vez en cuando y tiende a cambiar de sitio
4. Los dolores son continuos por lo que tomo analgésicos para tratarlos
6. Tengo dolores muy intensos que me impiden desarrollar mi vida normal

**9. Me paso el día suspirando, con dificultad para respirar, me ruborizo con facilidad, tengo sudor frío en manos, boca seca, coincidiendo con una sensación de ansiedad que me acompaña gran parte del día.**

0. No siento nada de esto
2. A veces y sólo en alguna ocasión me ruborizo, me pongo pálido o sudo en situaciones de estrés
4. Estas sensaciones me aparecen incluso cuando no tengo una situación de estrés
6. Estas sensaciones me aparecen fácilmente cuando me pongo a hablar con cualquier persona

**10. A veces tengo una sensación de tensión muscular, siento que la cara y mi postura está rígida e incluso me cuesta moverme**

0. Normalmente estoy relajado
2. A veces me siento tenso y siento que mi cara y mi postura se ponen rígidas
4. Con frecuencia me pongo tenso, siento la cara y la postura rígidas, se me contrae la mandíbula y sufro contracturas en los músculos del cuello.
6. Estoy en tensión continuamente, no consigo relajarme en ningún momento del día

