



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS DE
SIETE CONSUMIDORAS DE DROGAS,
EN UN CENTRO DE SALUD DE
AYACUCHO, 2018

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ADICCIONES CON
ENFOQUE DE GÉNERO

YANINA GIOVANNI MAYORCA MARTINEZ

LIMA – PERÚ

2019

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Carlos López Villavicencio
Presidente

Mg. Geraldine Salazar Vargas
Vocal

Dra. Elizabeth Dany Araujo Robles
Secretaria

ASESOR DE TRABAJO ACADÉMICO

Dr. Carlos López Villavicencio

DEDICATORIA

A mis hijos Angely, Jhosua y Jhosue

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a la Universidad Cayetano Heredia, a mis docentes, a mi centro de labores y a mi preciosa familia. Por hacer posible que esta investigación llegue a su culminación



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS DE
SIETE CONSUMIDORAS DE DROGAS,
EN UN CENTRO DE SALUD DE
AYACUCHO, 2018

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ADICCIONES CON
ENFOQUE DE GÉNERO

YANINA GIOVANNI MAYORCA MARTINEZ

Resumen de coincidencias

18 %

< >

1	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	5 % >
2	repositorio.autonoma.e... Fuente de Internet	3 % >
3	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1 % >
4	www.infocop.es Fuente de Internet	1 % >
5	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1 % >
6	repositorio.uladech.ed... Fuente de Internet	<1 % >
7	Entregado a Argosy Uni... Trabajo del estudiante	<1 % >



TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1 Identificación y Planteamiento del Problema	3
1.2 Justificación e Importancia del Problema	4
1.3 Limitaciones de la Investigación	6
1.4. Objetivos de la Investigación	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Revisión Teórica de las Variables	7
2.2. Antecedentes	14
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	20
3.1. Tipo y Diseño de la Investigación	20
3.2. Población y Muestra	20
3.3. Variables	25
3.4. Métodos e Instrumentos	28
3.5. Procedimientos de Recolección de Datos	30
3.6. Técnicas de Análisis de Datos	30
3.7. Consideraciones Éticas	31
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	32
DISCUSIÓN	45
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	56

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Características de la muestra</i>	22
Tabla 2 <i>Operacionalización de variables</i>	26
Tabla 3 <i>Resultados de aplicación SCL-90-R, sujeto 1</i>	32
Tabla 4 <i>Resultados de aplicación SCL-90-R, sujeto 2</i>	33
Tabla 5 <i>Resultados de aplicación SCL-90-R, sujeto 3</i>	34
Tabla 6 <i>Resultados de aplicación SCL-90-R, sujeto 4</i>	35
Tabla 7 <i>Resultados de aplicación SCL-90-R, sujeto 5</i>	36
Tabla 8 <i>Resultados de aplicación SCL-90-R, sujeto 6</i>	38
Tabla 9 <i>Resultados de aplicación SCL-90-R, sujeto 7</i>	39
Tabla 10 <i>Índice global de severidad</i>	40
Tabla 11 <i>Total de síntomas psicopatológicos</i>	40
Tabla 12 <i>Índice positivo de malestar</i>	41
Tabla 13 <i>Somatización</i>	41
Tabla 14 <i>Obsesiones y compulsiones</i>	41
Tabla 15 <i>Sensibilidad interpersonal</i>	42
Tabla 16 <i>Depresión.</i>	42
Tabla 17 <i>Ansiedad</i>	42
Tabla 18 <i>Hostilidad</i>	43
Tabla 19 <i>Ansiedad</i>	43
Tabla 20 <i>Ideación paranoide</i>	43
Tabla 21 <i>Psicoticismo</i>	44

RESUMEN

La investigación fue de tipo no experimental y nivel descriptivo, diseño transversal retrospectivo. Se revisó las historias clínicas de siete usuarias consumidoras de drogas que asistieron a un centro de salud de Ayacucho. El objetivo fue determinar la sintomatología psicopatológica, se recogió información epidemiológica y resultados del cuestionario SCL – 90. Se encontraron síntomas como la ansiedad, sensibilidad interpersonal, somatización, depresión, hostilidad, obsesiones y fobia. Todas las dimensiones primarias de la sintomatología se hallan en nivel de riesgo. Con respecto a los índices discretos, se resalta la sintomatología psicopatológica, dentro de la cual se halla el sentimiento de culpa. Esto se debe, probablemente, a la exposición a la violencia en etapas tempranas de su vida. Se llega a la conclusión de que la sintomatología en las consumidoras de drogas del centro de salud se halla en riesgo.

Palabras Clave: síntomas psicopatológicos, consumo de drogas, mujer.

ABSTRACT

The research was of a non-experimental type and descriptive level, retrospective cross-sectional design. The medical records of seven drug-consuming users who attended a health center in Ayacucho were reviewed. The objective was to determine the psychopathological symptoms, epidemiological information and results of the SCL-90 questionnaire were collected. Symptoms such as anxiety, interpersonal sensitivity, somatization, depression, hostility, obsessions and phobia were found. All primary dimensions of symptomatology are at risk level. Regarding the discrete indices, the psychopathological symptomatology is highlighted, within which is the feeling of guilt. This is probably due to exposure to violence early in his life. It is concluded that the symptomatology in the drug users of the health center is at risk.

Keywords: psychopathological symptoms, drug use, woman.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Las mujeres, adolescentes, jóvenes y adultas, son la población más vulnerable en cuanto a violencia y discriminación. En el caso de que la mujer, de la edad que fuera, se vea implicada en el consumo de drogas tiene que afrontar una doble problemática el ser mujer y drogadicta. Esta problemática se potencia con mayor intensidad en una sociedad que tiene arraigado patrones culturales machistas, que meya su autoestima y contribuye al desarrollo de sintomatología psicopatológica. Se recogió información de usuarias consumidoras de drogas de un centro de salud de Ayacucho. La mayoría de estas mujeres son jóvenes solteras o madres solteras. Están cursando estudios o concluyéndolos. Son las descendientes de desplazados por la violencia sociopolítica, que acaeció en las décadas del 1980 al 2000, en la que familias enteras se vieron forzadas a dejar sus viviendas, tierras, ganados por llegar a ciudades más seguras. Los padres de familia de las jóvenes y adolescentes se dedican a la agricultura a horas de distancia de la ciudad de donde ellas estudian, por lo que tienen que viajar y dejar a sus hijos al cuidado de familiares. Incluso muchos adolescentes y jóvenes viven solos en cuartos alquilados. Esto último es un factor de riesgo para el consumo de drogas.

Por otra parte, la realidad de la atención en salud mental a nivel nacional y sobre todo regional tiene muchas limitaciones en cuanto a recursos humanos, medicación, materiales, logística entre otros. En el caso de la atención en salud mental del centro de salud de donde se recabó la información, contaba con un módulo de atención en adicciones, con una sola profesional, cuyo contrato era por

locación de servicios, que concluía en diciembre. Esto último hacía que el módulo se quedara desabastecido de personal de enero a mayo, dejando una brecha para la atención de usuarios. Por otra parte, la poca remuneración, así como la implementación deficiente, para los profesionales en la zona hace que los profesionales opten por renunciar, o buscar mejores alternativas. En el caso particular del presente año por ejemplo la psicóloga a cargo solo estuvo en el servicio los meses de abril a junio de 2019, luego renunció por otro trabajo con mayor estabilidad económica. Se realizaron otras convocatorias, en la que no se presentaron postulantes, dejando la plaza desierta. Es por ello que existen deficiencias para que los usuarios puedan hacer adherencia al tratamiento y continuar con la misma.

Las sustancias de mayor consumo por las usuarias son alcohol, marihuana, tabaco, benzodiazepinas. Se expone información necesaria del marco teórico, antecedentes relacionados, la identificación del problema, objetivos, metodología, principios éticos, resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones. Esta información pretende coadyuvar a absolver interrogantes que serán de contribución al campo científico de las adicciones.

1.1 Identificación y Planteamiento del Problema

La problemática de consumo de drogas en mujeres va saliendo del campo de la invisibilidad, según el reporte estadístico de un centro de salud en la ciudad de Ayacucho, en el año 2018 se atendieron 44 casos de consumo de drogas (fuente estadística HIS. C.S.S.JB. 2018)

Por otra parte, expresiones como *“estoy depresiva, ansiosa, me duele la cabeza, tengo mucho miedo, me irrito con mis hijos, pienso que las personas me quieren hacer daño”* entre otras, se aprecia en mujeres que vienen a consulta. La sintomatología vivenciada por las usuarias y registradas por los profesionales son amplias sobre todo en consumidoras de drogas. También se recogen afirmaciones como: *“Si los varones toman alcohol, porque no nosotras, también podemos hacerlo como ellos”*. En estudios realizados, en España por ejemplo se encuentra sintomatología psicopatológica en más del 44% de los casos, siendo entre las más resaltantes depresión, somatización, trastorno obsesivo-compulsivo e ideación paranoide (Villagra, González, Fernández, Casares, Martín, y Rodríguez 2011).

Según el National Institute on Drug Abuse (2018), existe gran importancia de realizar investigaciones en donde estén inmersas las mujeres, ya que nos conlleva a conocer información relevante de este grupo con características diferentes con respecto al sexo y género.

Las exigencias para las personas en general en cuanto a las capacitaciones, trabajo, rendimiento académico entre otros, son mayores, que conlleva a enfrentarnos a problemas de toda índole. En el estudio de

Vela (2018), el 78% de sus encuestados consideran que las mujeres y los varones, en pocas oportunidades tienen igualdad para emplearse, el 12% consignan que siempre tienen las mismas oportunidades, sin embargo, el 10% considera que nunca hay igualdad de género. Las oportunidades académicas en la mujer se ven afectadas por diversas situaciones (responsabilidades en el hogar, embarazo, cuidado de niños, entre otros), así mismo existen circunstancias de violencia que afecta más a las mujeres.

Como lo sostiene Raine (2001), la vida de las mujeres que consumen drogas está inmersa de obstáculos en todo ámbito y llena de vergüenza. Estos dimensionantes que hacen la diferencia es el género visto en la percepción de entre lo masculino y lo femenino. Como lo podríamos sostener las expectativas que tiene la sociedad frente al género femenino.

En Ayacucho los estudios aún son pioneros, pero no de menos importancia, se ha recogido información clínica que un necesita ser sistematizada, es por ello que se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es la sintomatología psicopatológica en consumidoras de drogas en un centro de salud de Ayacucho, 2018?

1.2 Justificación e Importancia del Problema

Las investigaciones contribuyen al avance de la ciencia. La adición es un problema a nivel internacional que está cobrando mayor importancia por los estragos que de ella deviene. La mujer ha sido relegada, sobre exigida en temas de empleo, trato, conducta, responsabilidades, exigencias, en todo sentido. Se pide que pueda realizar una infinidad de labores y tareas, se le exige que no se estrese que sea educada y no proteste, que

pueda trabajar como si no tuviera hijos y criar a los hijos como si no tuviera trabajo, el nivel de estrés es cada vez mayor y el tiempo que le queda es menor.

Por otra parte, la concepción social y lo que se espera del sexo femenino son altas, en la cual implica ser una buena hija, buena madre, buena esposa, incrementando así la percepción de exigencia en los diferentes aspectos de su vida, moral, académico, laboral, familiar, personal, de benevolencia hacia las personas, entre otros. Se aprecia incremento de estrés, sobre todo en mujeres que consumen sustancias, porque tiene que enfrentarse a dos problemas, el consumo y el ser mujer.

Existe necesidad de estudiar sistemáticamente cual es la sintomatología que presentan las mujeres, y estar preparados a dar respuesta en la realización de intervenciones de calidad en problemas de consumo de drogas en mujeres, desde la adolescencia. Se debe tener presente que el poco conocimiento de la realidad de la sintomatología prevalente, así como las características del consumo podrían tener efectos negativos en su intervención.

Las mujeres en Ayacucho presentan aún otros factores añadidos como es el rezago de la violencia política, es por ello imprescindible conocer los indicadores psicopatológicos que presentan y de esta manera contribuir al conocimiento científico y a futuro brindar medidas preventivas y de intervención oportunas con calidad y calidez.

1.3 Limitaciones de la Investigación

Investigar el consumo de sustancias en mujeres en nuestra región de Ayacucho es reciente. Implica concientizar a la población a poder buscar ayuda, desear participar en investigaciones para contribuir a mejorar nuestra sociedad. Por ende, aún se tiene poca iniciativa de buscar ayuda. Por otra parte, la estigmatización, la carencia de recursos, la poca accesibilidad aun hace que este tipo de investigación tenga limitaciones, sobre todo de encontrar la base de datos y los permisos correspondientes.

1.4. Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo general

Determinar la sintomatología psicopatológica en siete consumidoras de drogas en un Centro de Salud de Ayacucho, 2018.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar la sintomatología psicopatológica en siete consumidoras de drogas en un centro de salud de Ayacucho 2018.
- Identificar el índice global de severidad psicopatológico en siete consumidoras de drogas en un centro de salud de Ayacucho, 2018.
- Identificar el total de síntomas psicopatológicos en siete consumidoras de drogas en un centro de salud de Ayacucho, 2018.
- Identificar el índice positivo de malestar psicopatológico en siete consumidoras de drogas en un centro de salud de Ayacucho, 2018.
- Identificar las dimensiones primarias de la sintomatología psicopatológica en siete consumidoras de drogas en un Centro de Salud de Ayacucho 2018.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Revisión Teórica de las Variables

2.1.2 *Sintomatología psicopatológica*

2.1.1.1 Enfoques

Se encuentran enfoques científicos, cognitivos, conductistas, biológicos entre otros que la explican. A continuación, se hace referencia de alguna de ellas.

Modelo Científico: dentro de los cuales se encuentran los Exógenos y Endógenos-Exógenos. En la primera se explica cómo la conducta anormal es influenciada por el ambiente, principalmente por la educación, en este enfoque existe una orientación evolutiva, por la que son importantes nuestras experiencias vividas a lo largo de nuestra existencia. Aprendizaje: buscan que la aparición de trastornos sea explicada por modelos de aprendizaje. Endógenos: Se enfocan en tres aspectos que son: Genético. La psicopatología como conducta influenciada por los factores transmitidos. Castaño (como se citó en Quiroz, 2017)

Modelo Conductista: Este postulado nos dice que no evidencian diferencias entre la conducta patológica y la conducta normal. Así mismo esta corriente nos dice que a partir del ambiente ambas son fruto del aprendizaje. Se brinda importancia a las influencias ambientales dejando en segundo lugar las biológicas y genéticas, aunque no se afirman a un 100%. Este postulado se basa en la observación de la conducta y no toma en cuenta los procesos mentales. El tratamiento en este modelo pasa por la modificación de la conducta tanto manifiesta como inferida. Cabe

mencionar que en este enfoque la cognición influye en la conducta y además los cambios conductuales pueden traer cambios cognitivos y viceversa. Castaño (como se citó en Quiroz, 2017)

Modelo Biológico: Este modelo afirma que la conducta anormal, tiene bases bioquímicas o fisiológicas. Existe una evidencia clara de que factores genéticos / bioquímicos están involucrados con los trastornos mentales como lo son la esquizofrenia, la depresión y la ansiedad, la biología sola no puede dar cuenta de muchas enfermedades mentales. Este modelo, explica la conducta anormal y dice que no es más que un síntoma que indica una alteración orgánica. Afirma que el tratamiento será de tipo orgánico médico. Es reduccionista: reduce toda la conducta a reacciones bioquímicas es decir sigue un modelo reduccionista lo cual explica solo una minoría de los trastornos mentales. Castaño (como se citó en Quiroz, 2017)

Modelo Cognitivo. Fundamentalmente es un modelo de procesamiento de la información y por lo tanto este postulado se basa en el procesamiento de la información. Así mismo, este modelo no estudia la conducta anormal manifiesta, sino que observa y analiza sus procesos. Para este postulado su foco de estudio son directamente los procesos mentales superiores, incluyendo pensamiento, lenguaje, memoria, solución de problemas conocimientos, razonamiento, juicio y toma de decisiones. Gracias al avance de este postulado, se logró el desarrollo de nuevos métodos de aprendizaje. Psicoanalítico Esta es una posición propuesta por Freud, quien afirma que la conducta anormal es netamente una expresión simbólica de

diferentes conflictos mentales inconscientes que, por lo general, son arrastrados desde edades muy tempranas (niñez o infancia). A pesar de todo lo propuesto por Freud, su enfoque ha producido diferentes controversias ya que carece de evidencia científica para apoyar su postulado acerca de las causas y el tratamiento efectivo que se le podría dar a estos trastornos mentales. Castaño (como se citó en Quiroz, 2017)

2.1.1.2. Trastornos psicopatológicos

Al sentirnos con dificultades en nuestra conducta, pensamiento, habilidades, destrezas o capacidades mentales en nuestra relación con nosotros mismo y con la sociedad, cuando esta genera sufrimiento en el individuo que la padece o la sociedad, estamos frente a un trastorno psicopatológico, como lo sostiene Galli, 2005, “el trastorno psicopatológico está caracterizado por un deterioro en el funcionamiento comportamental o psicológico, está asociado a la enfermedad y limita la relación entre la persona y la sociedad” (p.56).

Por otra parte, es la percepción que tiene la persona al referirse a molestias psicopatológicas o psicosomáticas, referida por (Chacaltana 2017). Se integra por los indicadores mencionados a continuación.

- a) Dimensiones sintomáticas de psicopatología. Compuesta por nueve dimensiones sintomáticas: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo
- b) Índices globales de malestar: conformado por tres índices de evaluación global del malestar: índice global de gravedad GSI,

total de síntomas positivos PST e índice de distrés de síntomas positivos o PSDI. (se detallará en anexo)

La sintomatología psicopatológica sería entonces toda referencia sentida, percibida, manifestada y/o observada en una persona que afecta su normal desempeño psicológico y que podría afectar otras áreas de la vida del individuo ya sea intrapersonal, interpersonal, educativo, laboral, social, entre otros, que amerita ser abordada interdisciplinariamente y oportunamente.

2.1.5. Consumo de Drogas en mujeres

El consumo en mujeres tiene características algo distintas que, en los varones, debido a factores hormonales, biológicos, contextuales entre otros, según el Instituto Nacional de Abuso de Drogas, National Institute on Drug Abuse, 2018 (NIDA) Los desafíos encontrados en las féminas, se debe principalmente en los factores de sexo y género, el primero por la constitución biológica y el segundo por el papel asignado a la mujer en la sociedad. Las mujeres evidencian problemas con: factor hormonal, fertilidad, ciclo menstrual, gestación, lactancia y menopausia, el control de peso, cansancio, soportar el dolor y problemas de salud mental. Así mismo sostiene que la adicción en las mujeres suele ocurrir en el transcurso de tiempo más corto y menor cantidad de consumo que en los varones, también sus recaídas podrían ser más proclives. Las sobredosis en las mujeres son más probables. La violencia doméstica incrementa el riesgo de consumo de drogas. Una separación, fallecimiento de pareja o hijo, puede hacer que la mujer desencadene en consumo de drogas. Por otra parte, el

consumo de algunas sustancias podría desencadenar depresión, ansiedad, ataques de pánico entre otros problemas de salud mental.

2.1.5.1. Marihuana

La marihuana es una planta que también puede ser sembrada en nuestra comunidad de Ayacucho, y ha sido reportada por nuestros usuarios quienes han tenido experiencia en su cultivo y cosecha. Por lo que es accesible en nuestra comunidad. El NIDA (2018), hace referencia que la marihuana son las hojas secas, flores, tallos, así como las semillas del arbusto *Cannabis sativa* o *Cannabis indica*. Esta presenta el THC químico que altera el psiquismo, mente y otros. En Estados Unidos, es la droga ilícita más frecuentemente utilizada. Empleada ampliamente por la juventud. Por otra parte, disminuye la creencia de que el consumir regularmente es riesgoso. Esto último podría estar asociado a las actitudes y conductas de riesgo, ya que el pensar que el consumir frecuentemente no causa daño, generaría problemas en el consumo, que se debería investigar para realizar intervenciones preventivas.

Al analizar los efectos del componente activo de la marihuana (Barlow, 2001) el tetrahidrocannabinol (THC) a nivel interno, se observa que estimula receptores que se relacionan con el aumento de la apetencia, ocasiona sedación y analgesia, aliviando también los ataques de asma, disminución de la presión en personas que sufren de glaucoma, reduciendo además la sintomatología en ciertos tipos de desórdenes motores.

Con respecto a los síntomas encontrados en consumo crónico se asocia a ansiedad y depresión, así como problemas en el trabajo y el

estudio, apreciándose también menoscabo en el interés por las actividades que son habituales en sujetos de su misma edad, denominado como síndrome amotivacional, aunque falta claridad en la relación causal, tal como lo sostiene Stager (2016).

2.1.5.2. Cocaína

Es una droga estimulante altamente adictiva, NIDA (2010), repercute en el sistema nervioso central. Las hojas de coca, materia prima de donde se extrae la cocaína, se consumía hace miles de años en el Perú oriundo como estimulante para soportar las extenuantes horas de trabajo y también se empleaba para actos religiosos. Hace más de 100 años se consume el clorhidrato de cocaína. La cocaína se enmarca en la lista II, “de la ley de sustancias controladas”, droga adictiva que puede emplearse también por especialistas en la medicina como anestesia local para cirugías como ojos, oído, garganta. El consumo puede, en solución en agua, con la sal clorhidrato, en forma inyectada con los cristales de cocaína o base, conocida como “crack” porque al fumar la mezcla se escucha un sonido crujiente.

El factor adictivo deviene de los efectos placenteros que de ella deviene, incluso las personas que aparentemente son normales podrían experimentar consumos compulsivos. Como lo refieren; Renner y Ward (2018) la vulnerabilidad del consumo compulsivo también podría darse en personas con perfil psicológicamente normales, ya que su consumo puede relacionarse con el incremento del “deseo sexual”, euforia entre otros, para

luego experimentar una moderada a severa depresión, que motivara a reexperimentar el consumo.

2.1.5.4. Tabaco

El tabaco es una planta de grandes hojas y bellas flores según Infodrogas (S/F), pertenece a la familia botánica de las Solanáceas del género Nicotina, sus grandes hojas contienen nicotina que es un alcaloide. Existen muchas variedades, pero de la que se obtiene el tabaco comercial es la *Nicotiana Tabacum*, se consumía por muchos años de manera inhalada en polvo muy fino denominado rapé, también se mastican y se fuman. Se puede hacer papel con sus hojas siendo de menor perjuicio para el medio ambiente.

La organización mundial de la salud OMS (2018) denomina productos del tabaco a todos aquellos que contienen parcial o totalmente tabaco, así fueren para sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Contienen nicotina que es una sustancia altamente adictiva. Su consumo es un factor de riesgo en muchos problemas de salud crónicos, como, “el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares”

Según la comisión nacional para el desarrollo y vida sin drogas (Devida), una persona de cada 10 que antes no consumía se inicia en el consumo de cigarrillo, vale consignar cerca de 200 mil individuos con una edad promedio de trece años. Su principal motivación es la “curiosidad y presión de grupo”

2.1.5.5. Alcohol

Según la organización mundial de la salud OMS (2018), el consumo de alcohol y tabaco en las adolescentes, son incrementadas cada vez más, sobre todo en las américas, en la cual el 23% de los niños y el 21% de las niñas asintieron su consumo de tabaco, en el último mes.

2.1.5.6. Benzodiacepinas

Como agonistas del GABA, se adhieren a una subunidad de este. Es inhibidor del SNC, hace que la neurona sea menos excitable, produciendo un estado de sedación disminución de la ansiedad, e incremento del “umbral convulsivo” Renner y Ward (2018) sostienen que las benzodiacepinas podrían desarrollar dependencia, si es empleada en “dosis elevadas o durante períodos prolongados”, llegando al 45% de los usuarios que consumen la sustancia de manera regular, ya sea en dosis alta o baja, presentando los síntomas de “ansiedad, insomnio, irritabilidad, depresión, temblor, náuseas, vómitos y anorexia”, así como “convulsiones y reacciones psicóticas”. Estos síntomas, son parecidos a lo apreciado en la abstinencia a fármacos hipnótico-sedantes, difíciles de diferenciar de los “síntomas para los que se prescribieron originalmente las benzodiacepinas”

2.2. Antecedentes

Nuevas investigaciones sobre el consumo temprano de drogas como la marihuana afectan en estado de ánimo sobre todo en las mujeres, por ejemplo: Nwabueze, Gong, Wang, Xie, & Wang (2019), refieren que son pocos los estudios que se centran en el consumo temprano de drogas

como tabaco, alcohol entre otros antes de cumplir los 18 años de edad y ello con sus relación con la ansiedad, ellos estudiaron a 6. 057 sujetos utilizaron análisis de regresión logística múltiple ponderada, en la que encontraron que el consumo de “cigarrillos, el uso de inhalantes, el uso de marihuana y otras drogas ilícitas revelaron asociaciones significativas con la ansiedad” resaltando el uso de las drogas ilícitas con la ansiedad en mujeres.

Por otra parte, los estudios de Robles-Martínez, García-Carretero, Rahola, Rodríguez-Cintas, Palma-Álvarez Abad, Sorribes, Torrens y Roncero (2019) quienes compararon el consumo de alcohol y otras drogas, impulsividad estado y craving en usuarios dependientes alcohólicos con y sin patología dual, en Cádiz, en un centro de tratamiento. Emplearon una investigación de corte descriptivo observacional transversal, cuya muestra fue de 112 sujetos, aplicaron el MIMI 5.0, la escala de impulsividad estado y la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol, encontraron que la patología dual tiene una prevalencia del cincuenta por ciento. Hallaron que la mayor prevalencia es el episodio depresivo mayor actual con un 40.2%. Episodio depresivo mayor recidivante con un 19,6%. Trastorno distímico actual el 11, 6%, trastorno de angustia actual 8,9%, trastorno de ansiedad generalizada actual de 9.8%. Con respecto al género, los varones presentan mayor prevalencia en episodio depresivo mayor recidivante y las damas mayor prevalencia de anorexia actual. En cuanto a patología dual las damas evidencian prevalencia superior en episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual. Por otra parte, encontraron riesgo de

suicidio en damas 40.7% (14.8% leve, 11.1% moderado y 14.8% alto). Riesgo de suicidio en damas consumidoras con patología dual 73.3% (26.7% leve, 20% moderado y 2.7% alto). La prevalencia de manía en las damas es de 11.1%. En cambio, la prevalencia de manía en las mujeres con patología dual es de 6.7%. Con respecto al trastorno de ansiedad generalizada, las mujeres alcohólicas presentaron un 18.5%, en comparación de las mujeres con patología dual quienes tuvieron una prevalencia de 33.3%.

También se encuentra Lazo-Crespo (2019), quien investigó la depresión en varones y mujeres con adicción en un centro de rehabilitación de Cuenca. Fue un estudio no experimental, transversal correlacional, en la aplicó la escala de depresión Hamilton aparte de una encuesta sociodemográfica, en dicho estudio participaron 33 hombres y 31 damas, de entre los 18 a 63 años de edad. En este estudio hallaron entre otros resultados que 19 de 33 varones y 16 de 31 mujeres presentaban depresión. Al analizar los niveles de depresión en el grupo de las damas se aprecia que 9 de ellas presentan depresión muy grave, 7 muestran grave, 8 depresión moderada, 6 depresión leve y 1 sin depresión.

En un estudio con mujeres del centro penitenciario de Villabona España, Villagra, González, Fernández, Casares, Martín y Rodríguez (2011), encontraron que el 64.4% de 59 mujeres del centro penitenciario evidenciaron criterios para abuso de drogas. El 44.06%, cumple con criterios para caso clínico, según el SCL- R de Derogatis, siendo los síntomas más resaltantes depresión, somatizaciones, trastorno obsesivo

compulsivo e ideación paranoide, asimismo el 47.4% evidenció patología dual. Llegaron a la conclusión que existe relación significativa en las variables de caso clínico y abuso de drogas.

López y Becoña, (2006), tuvieron el objetivo de evaluar con el SCL-90-R a personas con dependencia de la cocaína, de Centros de Drogodependencias, y determinar si hay diferencias significativas en función de diversas variables sociodemográficas y características del consumo. Participaron 115 personas, 99 hombres y 16 mujeres, que estaban en tratamiento en seis Centros públicos de Drogodependencias de Galicia con diagnóstico de dependencia de la cocaína. Obtuvieron que las escalas de síntomas de depresión (1,03), obsesión-compulsión (1,01), ideación paranoide (1,0) y sensibilidad interpersonal (0,87), son las que tienen una puntuación media más alta. Coincidiendo con estudios realizados previamente con consumidores de cocaína (abuso / dependencia). Con respecto a la clasificación de los sujetos en función de las tres tablas de baremos del SCL-90-R (normal, témpora-mandibular y psiquiátrica), hay un 36,5% que se clasifica en la población psiquiátrica. Es decir, el malestar percibido por estos sujetos en el momento de ser evaluados con el SCL-90-R, es similar al de la población psiquiátrica en uno de cada tres.

Se revisó información sobre las variables asociadas al consumo de alcohol: En Brasil, Estevão (2018) encuentra que hay mayor probabilidad de consumo de alcohol en personas jóvenes menores de 40 años, personas con menor nivel de estudio, personas solteras, personas con trabajo

remunerado, personas con mayor ingreso económico, personas que hayan consumido alguna otra droga, personas que presenten pésima a regular autoevaluación de su propia salud.

2.1.1. Características del lugar

El 26 de abril de 1822 fue creada la ciudad de Ayacucho. Se sitúa a 2 761 metros sobre el nivel del mar, y a 546 km, sobre la capital peruana. Tiene 119 distritos que se agrupan en 11 provincias. Según el Instituto Nacional de estadística e informática, 2017 (INEI), Ayacucho tiene 616176 habitantes, de los cuales el 50,6% son de sexo femenino. Su economía se sustenta básicamente de la actividad agropecuaria, también de la extracción de minerales, gas, petróleo, comercio y otros. Por otra parte, la población de Ayacucho se enfrenta a flagelos de la desnutrición crónica infantil (INEI, 2018), siendo el 20,2 de población infantil afectada.

Según la Comisión de la Verdad, 2003; Ayacucho tendrá estragos de la violencia sociopolítica hasta en la sexta generación, sobre todo consecuencias en el campo de la salud mental serán negativas, implicadas en ello el consumo perjudicial de alcohol y drogas. Ayacucho cuenta con pocos lugares de recreación, sobre todo libre de alcohol o drogas. La mayor parte de sus actividades culturales y recreativas incluyen consumo de alcohol. Por ejemplo, alguna reunión de padres de familia en el colegio, alguna actividad, día del padre, día de la madre, entre otros tiene que estar acompañado por el “brindis”, en cualquier actividad de fiestas patronales, es infaltable el consumo de alcohol. Se distingue la incomodidad de los participantes a dichos eventos, cuando observan que una persona se niega

al consumo de alcohol. Llegando incluso a manifestar su incomodidad con el asistente que rechaza el consumo, como un marcado desprecio hacia el que invita. Se aprecia presión social que incentiva el consumo de alcohol.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de la Investigación

Se empleó el nivel descriptivo, Hernández, Fernández y Baptista, (2014) ya que se pretendió encontrar la especificación de las características y perfiles de los participantes, se pretendió recoger y medir datos, mas no relacionar variables.

Por otra parte, según Supo (2014), la investigación fue no experimental, ya que no hubo acción la intervención del investigador. Apreciando la toma de datos fue retrospectiva, según el número de mediciones de la variable fue transversal y según el número de variables de interés es univariado descriptivo.

El diseño de la investigación fue No Experimental, Descriptivo Transversal (Hernández, et al., 2014), este tipo de diseño transeccional descriptivo, tiene como principal interés en observar la incidencia de una o más variables de la población. Se recogió información de una muestra, para apreciar la descripción de sus características objeto de estudio. Según el recojo de datos es retrospectivo.

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población

Se revisó las historias clínicas de 44 usuarias atendidas en los diferentes servicios del establecimiento de salud por consumo de drogas (Fuente Estadística HIS. C.S.S.JB. 2018). Esta población fue elegida por sus características únicas que le hacen vulnerables por haber sido

sobrevivientes y descendientes de la guerra civil que acaeció en las décadas del 80 al 90 (Comisión de la verdad, 2003). Según esta última se infiere que la salud mental tendrá estragos. Dentro de las cuales se halla el consumo perjudicial de alcohol y drogas. Estas mujeres tienen condición de vulnerabilidad, estigma, escasa oportunidades, limitaciones en el acceso a los principales servicios y están expuestas al consumo de drogas.

3.2.1.1 Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de usuarias consumidoras de drogas que asistieron a un centro de salud de Ayacucho en el año 2019.
- Historias clínicas que cuenten con la información requerida, edad, ocupación, procedencia, tipo y frecuencia de consumo, resultados de cuestionario SCL-90.

3.2.1.2 Criterios de exclusión.

- Historias clínicas de usuarias gestantes

3.2.1.3 Criterios de eliminación

- Historias clínicas usuarias con información faltante

3.2.2. Muestra

3.2.2.1. Descripción de la muestra

La muestra (Ludewig, 2014) es “*un subconjunto de la población*”, es seleccionada para indagar el cómo es la peculiaridad o característica de la población en general. Por ello es necesario que sea distintiva y que refleje las características primordiales de la población. Del total de la población que son 44, se tomó una muestra de 7 historias clínicas en los cuales se encontró la información requerida de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, así como los requeridos para el presente estudio.

3.2.2.2. Muestreo

El método de muestreo fue no probabilístico a conveniencia del investigador, ya que sólo se recogió información de las historias clínicas de las usuarias que contaron con la información requerida que son: edad, ocupación, procedencia, tipo y frecuencia de consumo, resultados de cuestionario SCL-90, y que se contó con el permiso del establecimiento para el levantamiento de información estadística para efectos de la investigación. En este tipo de muestreo no depende de la probabilidad sino de la característica propia de la investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

3.2.2.3. Tamaño y características de la muestra

Tabla 1

Características de la muestra

Sujeto	Edad	Procedencia	Ocupación	Sustancia*	Frecuencia* *
1	15	Ayacucho	Estudiante	Marihuana	1 VS***
2	14	Cangallo	Estudiante	Marihuana	1 VS
3	29	Andahuaylas	Estudiante	alcohol	2 VM****
4	19	SJB	Estudiante	alcohol	2 VS
5	21	Coracora	Estudiante	alcohol	2 VS
6	23	Ayacucho	Estudiante	alcohol	1 VS
7	21	Lima	Estudiante	alcohol	2 VS

Nota: Esta tabla refleja las características de la muestra según edad, procedencia, tipo de sustancia de consumo y frecuencia de consumo. Fuente elaboración propia.

* Tipo de consumo de sustancia

** Frecuencia de Consumo

***Vez por semana

**** Vez por mes

Sujeto 1. Usuaria de 15 años de edad, estudiante de educación secundaria, vive con familiares en la zona urbana de Ayacucho, consume marihuana cada fin de semana, y ocasionalmente consume alcohol. Hace 4 meses,

Asiste a clases en una institución educativa pública, Sus padres viven en la chacra y viene a visitarla a fin de mes. Sus padres y abuelos vieron acontecimientos de la violencia sociopolítica, en la que perdieron a varios de sus familiares.

Sujeto 2. Usuaría de 14 años de edad, asiste a una escuela cercana a su domicilio en la zona urbana de Ayacucho, ha nacido en la provincia de Cangallo. Consumo de marihuana y alcohol hace 6 meses Sus padres la enviaron a la ciudad de Ayacucho a estudiar. Vive en un cuarto alquilado con una hermana mayor que está estudiando en la universidad. Sus abuelos fueron desplazados por la violencia sociopolítica, por lo que tuvieron que dejar sus tierras por un tiempo y luego regresar. Sus padres discuten, hay agresión verbal y física entre ellos. Consumo de alcohol por parte del padre.

Sujeto 3. Usuaría de 29 años de edad, vive sola en un cuarto alquilado, está estudiando en la universidad, vino de la provincia de Andahuaylas (donde nació) para terminar sus estudios superiores, ha repetido cursos en varias oportunidades, sus compañeras de estudio la citan cada vez que hay cumpleaños o al finalizar exámenes. Consumo de alcohol con la frecuencia de dos veces al mes en los últimos 2 años. Sus padres viven en Andahuaylas, ella va a visitarlos en vacaciones, donde se mantiene sobria.

Sujeto 4. Usuaría de 19 años de edad, nació en el distrito de San Juan bautista, vive sola, sus padres trabajan en la selva; ellos vienen a visitarla cada dos meses, le envían dinero para sus alimentos, ella consume alcohol con sus amigas los sábados por la noche y en varias ocasiones continúa el

consumo los domingos. Desde hace un año. Radica en el distrito de san Juan Bautista.

Sujeto 5. Estudiante universitaria de 23 años de edad, nació en Coracora, comparte habitación con una amiga, refiere consumir alcohol desde que terminó con su enamorado hace 3 meses. Ella visita a sus padres en vacaciones. Refiere que su padre también consume alcohol, su abuelo desapareció en la época de violencia sociopolítica mientras viajaba de su pueblo a la ciudad de Ayacucho.

Sujeto 6. Usuaria de 21 años de edad, estudiante de una institución técnica. Vive con su madre, su padre nunca se hizo responsable de ella. Su madre siendo pequeña aun conjuntamente con sus abuelos, dejaron sus tierras por la violencia sociopolítica. La usuaria y sus familiares viven en el domicilio de los abuelos maternos.

Sujeto 7. Usuaria de 21 años de edad, es ayudante de cocina de una amiga. Está estudiando educación superior, por las noches. En la décadas de la violencia sociopolítica, sus padres emigraron a la ciudad de Lima. Ella nació allí, pero no pudo estudiar la educación superior por los problemas económicos que atravesaban. Por invitación de un amiga, la usuaria, viaja a la ciudad de Ayacucho, para estudiar y ayudarla en su negocio. Consume alcohol con su amiga y/o compañeros de estudio los fines de semana y en varias ocasiones entre semana.

3.2.2.4. Unidad de análisis

Historias clínicas de las usuarias consumidoras de drogas que asistieron a un centro de salud de Ayacucho, 2018.

3.3. Variables

Variable Atributiva: Síntomas psicopatológicos

Variables activas:

2.4.2.1. Edad

2.4.2.2. Procedencia

2.4.2.3. Sustancia de consumo

2.4.2.4. Frecuencia de consumo

3.3.1. Definiciones Conceptuales

3.3.1.1. Definición conceptual de síntomas psicopatológicos:

Para la investigación se tomará la definición de (Chacaltana 2017). Es la percepción que tiene la persona al referirse a molestias psicopatológicas o psicosomáticas, se integra por los indicadores mencionados a continuación.

- a) Dimensiones sintomáticas de psicopatología. Compuesta por nueve dimensiones sintomáticas: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo
- b) Índices globales de malestar: conformado por tres índices de evaluación global del malestar: índice global de gravedad GSI, total de síntomas positivos PST e índice de distrés de síntomas positivos o PSDI. (se detallará en anexo)

3.3.2. Definición Operacional de Síntomas Psicopatológicos:

Operacionalmente son los puntajes alcanzados en el cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R, apreciados en sus dimensiones sintomáticas de psicopatología y sus índices globales de malestar que en ella contienen.

Tabla 2
Operacionalización de variables

DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO	
Somatizaciones (SOM)	Conceptual: Malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales). Operacional: Puntajes obtenidos en respuesta a los ítems 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58; de la Escala SCL-90-R	Cuantitativo	Puntaje Directo 0-36 puntos
Obsesiones y compulsiones (OBS)	Conceptual: Síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados. Operacional: Puntajes obtenidos en respuesta a los ítems 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65; de la Escala SCL-90-R.	Cuantitativo	Puntaje Directo 0-30 puntos
Sensibilidad interpersonal (SI)	Conceptual: Presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes. Operacional: Puntajes obtenidos en respuesta a los ítems 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73; de la Escala SCL-90-R	Cuantitativo	Puntaje directo 0-27 puntos
Depresión (DEP)	Conceptual: Principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas. Operacional: Puntajes obtenidos en respuesta a los ítems 5, 14, 15, 20,	Cuantitativo	Puntaje Directo 0-39 puntos

	22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79; de la Escala SCL-90-R		
Ansiedad (FOB)	Conceptual: presencia de signos generales de ansiedad tales como el nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos Operacional: Puntajes obtenidos en respuesta a los ítems 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86; de la Escala SCL-90-R	Cuantitativo	Puntaje Directo 0-30 puntos
Hostilidad (HOS)	Conceptual: Pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos relacionados con el enojo. Operacional: Puntajes obtenidos en respuesta a los ítems 11, 24, 63, 67, 74, 81; de la Escala SCL-90-R.	Cuantitativo	Puntaje Directo 0-18 puntos
Ansiedad fóbica (FOB)	Conceptual: Malestar que alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada con el estímulo que la provoca. Operacional: Puntajes obtenidos en respuesta a los ítems 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82, 79; de la Escala SCL-90-R	Cuantitativo	Puntaje Directo 0-24 puntos
Ideación paranoide (PAR)	Conceptual: Comportamientos paranoides en tanto desórdenes del pensamiento: pensamientos proyectivos, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía. Operacional: Puntajes obtenidos en respuesta a los ítems 8, 18, 43, 68, 76, 83; de la Escala SCL-90-R	Cuantitativo	Puntaje Directo 0-18 puntos
Psicoticismo (PSIC)	Conceptual: Síntomas relacionados con sentimientos de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento. Operacional: Puntajes obtenidos en respuesta a los ítems 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90; de la Escala SCL-90-R	Cuantitativo	Puntaje Directo 0-30 puntos
Índice Global de Gravedad (IGS)	Conceptual: Medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático global. Operacional: Cociente del total de los valores asignados a los	Cuantitativo	Puntaje Directo

	elementos entre el número total de ítems de la Escala SCL-90-R		
Total de Síntomas Positivos (PS)	Conceptual: Amplitud y diversidad de la psicopatología Operacional: número total de síntomas presentes o ítems con valor distinto a cero; de la Escala SCL-90-R	Cuantitativo	Puntaje Directo
El índice total de malestar o Distrés global (PSDI)	Conceptual: el sufrimiento o Distrés global que indica la intensidad sintomática media Operacional: Cociente del total de los valores asignados a los elementos entre el número de respuestas positivas	Cuantitativo	Puntaje Directo

Nota: se detalla la definición conceptual y operacional de los síntomas psicopatológicos según el SCL 90-R, Adaptada de Chacaltana, 2017, pp. 107-109

3.4. Métodos e Instrumentos

Se recogió información de las historias clínicas que contaron con información: edad, ocupación, procedencia, tipo de consumo, frecuencia de consumo y resultados de cuestionario SCL-90.

3.5.1. Instrumento: SCL-90-R

Tiene la nomenclatura original de Symptom Checklist-90-Revised, Versión española Symptom Checklist-90-Revised, cuyo creador es Leonard R. Derogatis, (Symptom Checklist 90 Revised), explora una gran variedad de problemas en el ámbito psicológico y de síntomas psicopatológicos (Chacaltana 2017). Adaptado UBA. CONICET. 1999/2004. Prof. María Martina Casullo, es un tipo de instrumento estructurado, autoaplicable, en personas de 13 años a más, con un tiempo aproximado de treinta a sesenta minutos. Cuya validez ha sido estudiada por Ygnatiev, Fritsch, Priebey Mundt; (2016), quienes trabajaron con internos en Chile logrando un grado de confiabilidad alta según el alfa de Cronbach, en las dimensiones sintomáticas ($\alpha=0.76-0.89$) así mismo alcanzaron en la escala global ($\alpha=0.97$) sí mismo se estableció su Confiabilidad. Por otra parte, presenta validez de constructo y criterio trabajado en análisis factorial mediante Componentes Principales y el Análisis Confirmatorio; en la siguiente se trabajó el análisis de curvas ROC, utilizando entrevistas clínicas estructuradas y puntajes alcanzados en el cuestionario. Se encuentra fidelidad del SCL-90 para señalar “desórdenes mentales severos” (Chacaltana, 2017). Con respecto a su fiabilidad Esteban, Reyes y Charcape (como se citó en Chacaltana, 2017) encontraron rangos en el alfa de Cronbach entre los rangos 0.83 y 0.63, al trabajar con internos de penitenciarias de la ciudad de Lima.

Según los criterios de calificación Casullo y Pérez (2008), un puntaje T superior a 63 indica un percentil de 90, lo cual hace a referencia

a una persona en riesgo. Por otra parte, el IMSP (índice de malestar síntomas positivos) mayores a 3,20 y 3,50 en personas adultas sugieren dramatismo y extremo dramatismo, respectivamente. Un puntaje igual o mayor de T 80 indica patología severa (Casullo y Pérez, 2004)

3.5. Procedimientos de Recolección de Datos

Se solicitó los permisos correspondientes a gerencia del establecimiento a recolectar la información, en el periodo de 2019, quienes estuvieron aptos a que se realizara la investigación, consignando el visto bueno para la revisión de las historias clínicas. Así mismo con el documento se pidió los permisos al servicio de admisión quienes también autorizaron el acceso. Se encontraron 7 historias clínicas que cumplieron con la información solicitada en los criterios de inclusión y exclusión. Por lo que se procedió a tabular la información. En una base de datos, para luego procesarlo. Se analizó los resultados de cada sujeto y se procesó en tablas, luego se revisó los resultados por dimensiones y se tabularon en tablas, para ser interpretadas.

3.6. Técnicas de Análisis de Datos

Se revisó la información de los resultados de cada usuaria como son: la sintomatología primaria somatizaciones (SOM), obsesiones y compulsiones (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR) y psicoticismo (PSIC); de la misma manera, el Índice global de severidad (IGS), total de síntomas positivos (TSP) y el índice positivo de malestar (MSP). Se tabulan los resultados de cada una y se

dan a conocer, pretendiendo analizarlo según Casullo y Pérez (2008), un puntaje T superior a 63 indica un percentil de 90, lo cual hace a referencia a una persona en riesgo. Por otra parte, el IMSP (índice de malestar síntomas positivos) mayores a 3,20 y 3,50 en personas adultas sugieren dramatismo y extremo dramatismo, respectivamente. Un puntaje igual o mayor de T 80 indica patología severa (Casullo y Pérez, 2004). Se usó el programa excel, para hallar los promedios, medias y medianas.

3.7. Consideraciones Éticas

La investigación se ciñó al código de ética del Colegio de Psicólogos del Perú (2017), en la que hace referencia que se respeta la dignidad, la autonomía y la integridad de las personas. De la misma manera el ejercicio de la profesión se prioriza el evitar cualquier tipo de daño guiados por el principio de beneficencia. En el campo de la investigación, se respetó la normatividad internacional y nacional que regula la investigación con seres humanos, por la que se solicitó los permisos correspondientes a la institución donde se realizó la investigación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Tabla 3

Resultados de Aplicación SCL-90-R, Sujeto 1

	Suma Total del ítem	Nº Respuestas	Cociente	Puntaje T
SOM	15	12	1.25	60
OBS	17	10	1.7	60
SI	25	9	2.78	70
DEP	39	13	3	70
ANS	26	10	2.6	70
HOS	17	6	2.83	70
FOB	12	7	1.76	70
PAR	14	6	2.33	63
PSIC	20	10	2	60
I Adicionales	17	7		
Ítem 19				4
Ítem 44				2
Ítem 59				3
Ítem 60				0
Ítem 64				1
Ítem 66				3
Ítem 89				4
IGS	202	90	2.24	75
TSP		77		65
MSP			2.67	65

Fuente: resultados de prueba SCL R – 90 aplicada a sujeto 1.

La usuaria de 15 años de edad, nacida en Ayacucho, zona urbana, estudiante de nivel secundario, con frecuencia de consumo de marihuana una vez por semana, presenta un puntaje T de índice global de severidad de 75, encontrándose en riesgo, con respecto al total de síntomas psicopatológicos e índice positivo de malestar de 65 puntos, que la ubican en riesgo. Con respecto a las dimensiones de depresión, ansiedad, hostilidad y fobia alcanza puntaje T de 70 que se aprecia en riesgo, con respecto a paranoia alcanza 63 puntos que indica estar en riesgo. La escala de psicoticismo, somatizaciones y obsesiones, alcanza un puntaje T igual a 60, no presentar riesgo. Por otra parte, alcanza el máximo puntaje en no tener ganas de comer (ítem 19) y sentirse culpable (ítem 89) que lo consigna en mucho.

Con respecto a pensar en estar por morir (ítem 59) y dormir con problemas, muy inquieto (ítem 66) reporta 3 puntos que se refiere a bastante. Tener problemas para dormir lo consigna en poco (ítem 44), con 2 puntos, despertarse muy temprano por la mañana sin necesidad lo consiga, en muy poco (ítem 64) 1 punto; con respecto a comer demasiado no evidencia dificultad (ítem 60) 0 puntos.

Tabla 4

Resultados de Aplicación SCL-90-R, Sujeto 2

	Suma Total del ítem	Nº Respuestas	Cociente	Puntaje T
SOM	25	12	2.08	65
OBS	33	10	3.3	75
SI	19	9	2.11	63
DEP	33	13	2.53	70
ANS	27	10	2.7	70
HOS	24	6	4	80
FOB	19	7	2.71	75
PAR	14	6	2.33	63
PSIC	24	10	2.4	63
I Adicionales	10	7		
Ítem 19				2
Ítem 44				0
Ítem 59				0
Ítem 60				2
Ítem 64				4
Ítem 66				0
Ítem 89				2
IGS	228	90	2.53	75
TSP		69		65
MSP			3.304348	75

Fuente: resultados de prueba SCL R – 90 aplicada a sujeto 2.

Usuaría de 14 años de edad, nacida en la zona rural de Cangallo, estudiante de nivel secundario, frecuencia de consumo de marihuana, una vez por semana, presenta puntaje T de índice global de severidad de 75, encontrándose en riesgo, con respecto al total de síntomas psicopatológicos puntaje T 65, índice positivo de malestar de 75 puntos, que la ubican en riesgo, en todo caso dramatismo. Con

respecto a la dimensión de hostilidad presenta puntaje T de 80, siendo este puntaje patológico, que probablemente se deba a la violencia familiar que vivió con sus padres. En la escala obsesión y fobia alcanza puntaje T de 75, en cuanto depresión y ansiedad alcanza puntaje T de 70, somatizaciones puntaje T 65; sensibilidad interpersonal, paranoia y psicotismo alcanza puntaje T 63. Con respecto al ítem 63, necesidad de golpear o lastimar a alguien lo consigna en mucho, comprobándose hostilidad patológica. Por otra parte, consigna en poco (2 puntos) no tener ganas de comer (ítem 19), comer demasiado (ítem 60) y sentirse culpable (ítem 89).

Tabla 5

Resultados de Aplicación SCL-90-R, Sujeto 3

	Suma Total del ítem	N° Respuestas	Cociente	Puntaje T
SOM	15	12	1.25	60
OBS	17	10	1.7	60
SI	25	9	2.777778	70
DEP	39	13	3	70
ANS	26	10	2.6	70
HOS	17	6	2.833333	70
FOB	12	7	1.714286	70
PAR	14	6	2.333333	63
PSIC	20	10	2	60
I Adicionales	17	7		
Ítem 19				4
Ítem 44				2
Ítem 59				3
Ítem 60				0
Ítem 64				1
Ítem 66				3
Ítem 89				4
IGS	202	90	2.244444	75
TSP		77		65
MSP			2.623377	65

Fuente: resultados de prueba SCL R – 90 aplicada a sujeto 3

Usuaría de 29 años de edad estudiante de nivel superior, nacida en Andahuaylas, consumo de alcohol dos veces al mes, presenta puntaje T de índice global de

severidad de 75, encontrándose en riesgo. Total síntomas psicopatológicos e índice positivo de malestar 65 puntos, que la ubican en riesgo. Con respecto a las dimensiones sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad y fobia alcanza puntaje T de 70. Paranoia puntaje T 63, en riesgo. En las dimensiones; somatizaciones, obsesión y psicotismo, alcanza puntaje T 60, sin riesgo. Con respecto al ítem 19, no tener ganas de comer e ítem 89, sentirse culpable, consiga en mucho, siendo el máximo puntaje (4 puntos). Los ítems 59, pensar estar por morir e ítem 66, dormir con problemas, bastante (3 puntos). Ítem 44 tener problemas para dormir, poco (2 puntos). Ítem 64 despertarse muy temprano sin necesidad, poco (1 punto). No presenta dificultad con el comer demasiado.

Tabla 6

Resultados de Aplicación SCL-90-R, Sujeto 4

	Suma Total del ítem	Nº Respuestas	Cociente	Puntaje T
SOM	14	12	1.17	60
OBS	26	10	2.60	70
SI	28	9	3.11	80
DEP	35	13	2.69	70
ANS	23	10	2.30	70
HOS	20	6	3.33	80
FOB	18	7	2.57	75
PAR	12	6	2.00	63
PSIC	24	10	2.40	75
I Adicionales	10	7	1.43	
Ítem 19				2
Ítem 44				0
Ítem 59				0
Ítem 60				0
Ítem 64				0
Ítem 66				4
Ítem 89				4
IGS	210	90	2.33	75
TSP		58		63
MSP			3.62	80

Fuente: resultados de prueba SCL R – 90 aplicada a sujeto 4

Usuaria de 19 años de edad estudiante de nivel superior, nacida en zona urbana, distrito San Juan Bautista, consumo de alcohol dos veces por semana. Presenta puntaje T de índice global de severidad de 75, encontrándose en riesgo. Total síntomas psicopatológicos alcanza puntaje T de 63, índice positivo de malestar de 80, probable sobredimensión de síntomas, nivel patológico. Con respecto a las dimensiones sensibilidad interpersonal y hostilidad alcanza puntaje T de 80, patológico. Las dimensiones fobia y psicoticismo, alcanzan un puntaje T de 75. Obsesiones, depresión y ansiedad presentan un puntaje T de 70. Paranoia puntaje T 63, encontrándose en riesgo. Por otra parte, la dimensión somatizaciones se encuentra sin riesgo. Los ítems 89 y 66, sentirse culpable y dormir con problemas respectivamente, se halla en mucho (4 puntos). No tener ganas de comer (ítem 19) se encuentra en poco.

Tabla 7

Resultados de Aplicación SCL-90-R, Sujeto 5

	Suma Total del ítem	N° Respuestas	Cociente	Puntaje T
SOM	26	12	2.17	70
OBS	30	10	3	75
SI	18	9	2	70
DEP	36	13	2.76	70
ANS	20	10	2	65
HOS	14	6	2.33	70
FOB	11	7	1.57	70
PAR	16	6	2.67	70
PSIC	24	10	2.4	75
I Adicionales	18	7	2.57	
Ítem 19				1
Ítem 44				3
Ítem 59				3
Ítem 60				3
Ítem 64				1
Ítem 66				3
Ítem 89				4
			2.36666	
IGS	213	90	7	75
TSP		79		80

2.69620

MSP 3 70

Fuente: resultados de prueba SCL R – 90 aplicada a sujeto 5

Usuaría de 21 años de edad estudiante de nivel superior, nacida en zona rural, Coracora, consumo de alcohol dos veces por semana presenta puntaje T de índice global de severidad de 75, encontrándose en riesgo. Total de síntomas psicopatológicos alcanza puntaje T de 80 probable sobredimensión, nivel patológico. Índice positivo de malestar, puntaje T de 70. Obsesión y psicoticismo, alcanzan un puntaje T de 75, hallándose en riesgo. Somatizaciones, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, fobia y paranoia alcanza puntaje T de 70, en riesgo. La dimensión ansiedad también se halla en riesgo con puntaje T 65. Dificultad con el sentirse culpable (ítem 89), tener problemas para dormir (ítem 44), estar por morir (ítem 59), comer demasiado (ítem 60) y dormir con problemas, muy inquieto (ítem 66). Muy poca dificultad con, tener ganas de comer (ítem 19) y despertarse muy temprano (ítem 64).

Tabla 8*Resultados de Aplicación SCL-90-R, Sujeto 6*

	Suma Total del ítem	N° Respuestas	Cociente	Puntaje T
SOM	23	12	1.92	65
OBS	28	10	2.80	70
SI	19	9	2.11	70
DEP	24	13	1.85	63
ANS	25	10	2.50	70
HOS	6	6	1.00	55
FOB	12	7	1.71	70
PAR	13	6	2.17	65
PSIC	18	10	1.80	70
I Adicionales	12	7	1.71	
Ítem 19				0
Ítem 44				3
Ítem 59				1
Ítem 60				2
Ítem 64				0
Ítem 66				2
Ítem 89				4
IGS	180	90	2.00	70
TSP		81		80
MSP			2.22	60

Fuente: resultados de prueba SCL R – 90 aplicada a sujeto 6

Usuaría de 23 años de edad estudiante de nivel superior, nacida en zona rural, Ayacucho, consumo de alcohol una vez a la semana. Puntaje T de índice global de severidad de 70, encontrándose en riesgo. Total síntomas psicopatológicos, puntaje T de 80, probable sobredimensión, nivel patológico. Índice positivo de malestar alcanza puntaje T de 60. Presenta riesgo con puntaje T 70 en obsesiones, sensibilidad interpersonal, ansiedad, fobia y psicoticismo. Puntaje T de 65 en somatizaciones y paranoia. Puntaje T 63 en dependencia. No presenta riesgo en hostilidad. Mucha dificultad con el sentirse culpable (ítem 89). Bastante dificultad con tener problemas para dormir (ítem 44). Poca dificultad con el comer demasiado (ítem 60) y dormir con problemas muy inquieto (ítem 66). Poca

dificultad en estar por morir (ítem 59). Por otra parte, no presenta dificultad con tener ganas de comer (ítem 19) y despertarse muy temprano (ítem 64).

Tabla 9

Resultados de Aplicación SCL-90-R, Sujeto 7

	Suma Total del ítem	N° Respuestas	Promedio	Puntaje T
SOM	41	12	3.416667	80
OBS	29	10	2.9	70
SI	16	9	1.777778	65
DEP	21	13	1.615385	60
ANS	25	10	2.5	70
HOS	11	6	1.833333	65
FOB	11	7	1.571429	70
PAR	12	6	2	63
PSIC	17	10	1.7	70
I Adicionales	17	7	2.428571	
Ítem 19				1
Ítem 44				4
Ítem 59				2
Ítem 60				4
Ítem 64				2
Ítem 66				3
Ítem 89				1
IGS	200	90	2.222222	75
TSP		78		80
MSP			2.564103	63

Fuente: resultados de prueba SCL R – 90, sujeto 7

Usuaría de 21 años de edad estudiante de nivel superior, padres ayacuchanos, desplazados por la violencia sociopolítica. Nació en la ciudad de Lima, viene a trabajar y culminar sus estudios a la ciudad de Ayacucho. Consume alcohol dos veces a la semana con amigos. Presenta riesgo en el índice global de severidad con puntaje T de 75, con respecto al total de síntomas psicopatológicos alcanza puntaje T de 80 que probablemente se deba a estar sobre dimensionando los síntomas, o se encuentre en nivel patológico; evidencia también riesgo en el índice positivo de malestar con puntaje T de 63. Presenta patología en somatizaciones con puntaje T 80. Presenta riesgo con puntaje T 70, en las

dimensiones obsesión, ansiedad, fobia y psicoticismo. Puntaje T 65 en las dimensiones de sensibilidad interpersonal y hostilidad. Puntaje T 63 en paranoia. Por otra parte, no presenta riesgo en dependencia. Presenta mucha dificultad con tener problemas para dormir (ítem 44) y comer demasiado (ítem 60). Evidencia bastante dificultad con dormir con problemas muy inquieto (ítem 66). Presenta poca dificultad con estar por morir (ítem 59) y despertarse muy temprano (ítem 64). Muy poca dificultad el sentirse culpable (ítem 89) y tener ganas de comer (ítem 19).

Tabla 10

Índice global de severidad

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Suma Total del ítem	202	228	139	210	213	180	200
N° Respuestas	90	90	90	90	90	90	
Cociente	2.2	2.5	1.5	2.3	2.4	2	90
Puntaje T	75	75	63	75	75	70	2.2

Nota: En la tabla se aprecia los índices globales de severidad de las usuarias, el sujeto 1, 2, 4,5 y 7 alcanzan un puntaje T 75 que la ubica en la categoría en riesgo, el sujeto 3 alcanza un puntaje T 63 que la ubica el límite del rango en riesgo, y el sujeto 6 que alcanza un puntaje T que la ubica también en riesgo, en la severidad del malestar percibido.

Tabla 11

Total de síntomas psicopatológicos

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Puntaje T	65	65	70	63	80	80	80

Nota: En la tabla se visualiza que los sujetos 5,6 y 7 presentan puntaje T 80, que la ubican en patología severa, por otra parte, los sujetos 1,2,3 y 4 se ubican en la categoría en riesgo en el total de síntomas positivos.

Tabla 12*Índice positivo de Malestar*

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Puntaje T	65	75	55	80	70	60	63

Nota: En la tabla se muestra que el sujeto 4 se ubica en patología severa, mientras que los sujetos 1, 2, 5 y 7 en riesgo, y los sujetos 3 y 6 sin riesgo.

Tabla 13*Somatización*

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Suma Total del ítem	15	25	21	14	26	23	41
N° Respuestas	12	12	12	12	12	12	12
Cociente	1.3	2.1	1.75	1.2	2.2	1.917	3.4
Puntaje T	60	65	63	60	70	65	80

Nota: En la tabla se muestra que el sujeto 7 alcanza un puntaje T 80 que la ubica en patología severa, los sujetos 2, 3, 5, y 6 se encuentran en riesgo, y los sujetos 1 y 4 sin riesgo, en cuanto a la percepción de malestares con las disfunciones corporales.

Tabla 14*Obsesiones y Compulsiones*

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Suma Total del ítem	17	33	18	26	30	28	29
N° Respuestas	10	10	10	10	10	10	10
Cociente	1.7	3.3	1.8	2.6	3	2.8	2.9
Puntaje T	60	75	60	70	75	70	70

Nota: En la tabla se muestra que los sujetos 2, 4, 5, 6 y 7 alcanzan un puntaje T mayor a 63, que la ubican en riesgo, mientras que los sujetos 1 y 3 un puntaje de T 60 por la que no presentan riesgo.

Tabla 15*Sensibilidad Interpersonal*

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Suma Total del ítem	39	19	17	28	18	19	16
N° Respuestas	13	9	9	9	9	9	9
Cociente	3	2.1	1.89	3.1	2	2.111	1.8
Puntaje T	70	63	65	80	70	70	65

Nota: En la tabla se muestra que el sujeto 4 se encuentra en patología severa, mientras que los sujetos 1, 2, 3, 5, 6 y 7 se encuentran en riesgo.

Tabla 16*Depresión.*

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Suma Total del ítem	39	33	20	35	36	24	21
N° Respuestas	13	13	13	13	13	13	13
Cociente	3	2.5	1.54	2.7	3	1.85	1.6
Puntaje T	70	70	60	70	70	63	60

Nota: En la tabla se muestra que los sujetos 1, 2, 4, 5 y 6 se encuentran en riesgo alcanzando puntajes T mayores a 63, mientras que los sujetos 3 y 7 se encuentran sin riesgo, cuyo puntaje T es 60 con respecto a la presentación de indicadores depresivos como: “estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas”.

Tabla 17*Ansiedad*

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Suma Total del ítem	26	27	22	23	20	25	25
N° Respuestas	10	10	10	10	10	10	10
Cociente	2.6	2.7	2.2	2.3	2	2.5	2.5
Puntaje T	70	70	70	70	65	70	70

Nota: En la tabla se muestra que el sujeto 5 alcanza un puntaje T de 65 y los sujetos 1, 2, 3, 4, 6 y 7 alcanzan puntaje T 70 que los ubica en riesgo,

manifestando indicadores de ansiedad como: ataques de pánico, sentirse nerviosa, temor entre otros.

Tabla 18

Hostilidad

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Suma Total del ítem	17	24	6	20	14	6	11
N° Respuestas	6	6	6	6	6	6	6
Cociente	2.8	4	1	3.3	2.3	1	1.8
Puntaje T	70	80	55	80	70	55	65

Nota: En la tabla se muestra que el sujeto 2 y 4 alcanzan un puntaje T de 80, que hace referencia a patología severa, los sujetos 1, 5 y 7 alcanzan puntaje T de 70 y 65 que muestran riesgo y los sujetos 3 y 6 alcanzan puntaje T de 60, sin riesgo en manifestar, pensar y sentir enojo y afectividad negativa.

Tabla 19

Ansiedad

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Suma Total del ítem	12	19	3	18	11	12	11
N° Respuestas	7	7	7	7	7	7	7
Cociente	1.7	2.7	0.4 3	2.6	1.6	1.71 4	1.6
Puntaje T	70	75	55	75	70	70	70

Nota: En la tabla se muestra que los sujetos 1, 2, 4, 5, 6 y 7 alcanzan puntajes T de 70 y 75, que indican riesgo. Mientras que el sujeto 3 presenta puntaje T de 55, sin riesgo en presentar respuestas constantes de miedo desproporcionado e irracional a situaciones, lugares, personas entre otros.

Tabla 20

Ideación paranoide

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Suma Total del ítem	14	14	9	12	16	13	12
N° Respuestas	6	6	6	6	6	6	6
Cociente	2.3	2.3	1.5	2	2.7	2.167	2
Puntaje T	63	63	60	63	70	65	63

Nota: En la tabla se muestra que el sujeto 5 alcanza puntaje T de 70, y los sujetos 1, 2, 4, 6 y 7 alcanzan puntaje T de 63 que las ubican en riesgo, mientras que el sujeto 3 tiene el puntaje T 60, sin riesgo, en presencia de desórdenes de pensamiento, suspicacia, sentir temor a perder su autonomía, entre otros.

Tabla 21

Psicoticismo

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Suma Total del ítem	20	24	17	24	24	18	17
Nº Respuestas	10	10	10	10	10	10	10
Cociente	2	2.4	1.7	2.4	2.4	1.8	1.7
Puntaje T	60	63	70	75	75	70	70

Nota: Los sujetos 2, 3, 4, 5, 6 y 7 evidencian riesgo en psicoticismo (manifestaciones de sentimiento de soledad, alucinaciones, vivencia esquizoide y dificultad en el control de pensamientos) con puntaje T mayor de 63 a 75. Sin embargo el sujeto 1 se encuentra sin riesgo.

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados de cada usuaria se resalta el riesgo en el índice global de severidad del malestar percibido, así como la sintomatología de ansiedad, sensibilidad interpersonal, hostilidad que probablemente se deban a la cultura de donde ellas provienen, la sociedad ayacuchana que ha sido afectada por la violencia sociopolítica y que cuyos estragos se aprecia en la violencia familiar, poca confianza en los demás, paranoia entre otros. Estos resultados son corroborados por Nwabueze, Gong, Wang, Xie, & Wang (2019), quienes hallaron un nivel alto en ansiedad por consumo temprano de sustancias ilícitas, así como tabaco y alcohol, sobre todo en muestra femenina.

En contraste a nuestro estudio Robles-Martínez, García-Carretero, Rahola, Rodríguez-Cintas, Palma-Álvarez Abad, Sorribes, Torrens y Roncero (2019), Lazo-Crespo (2019); Villagra, González, Fernández, Casares, Martín y Rodríguez (2011), López y Becoña, (2006) encontraron sintomatología predominante a la depresión.

Con respecto al sujeto 1, usuaria de 15 años de edad, nacida en Ayacucho, zona urbana, estudiante de nivel secundario, con frecuencia de consumo de marihuana una vez por semana, muestra mayor riesgo en cuanto a las dimensiones de depresión, ansiedad, hostilidad y fobia con puntaje T de 70, seguido se encuentra paranoia con puntaje T 63. Se analiza también con los resultados del sujeto 2, usuaria de 14 años de edad, nacida en la zona Rural de Cangallo que estudia de nivel secundario, con frecuencia de consumo de marihuana una vez por semana, que también presenta puntaje T riesgo en hostilidad presenta puntaje T de

80, obsesión y fobia alcanza puntaje T de 75. En cuanto depresión y ansiedad alcanza puntaje T de 70. Somatizaciones puntaje T 65. Sensitividad interpersonal, paranoia y la dimensión psicosis alcanza puntaje T 63. Se aprecia un alto nivel de ansiedad, en ambas usuarias siendo corroborado los estudios de Nwabueze, Gong, Wang, Xie, & Wang (2019) quienes resaltan la asociación de la ansiedad con el consumo temprano de drogas ilícitas, dentro de ellas la marihuana.

Con respecto a los sujetos 3 a 7, mujeres mayores de edad, que consumen alcohol, se hallan también puntajes T relevantes en sensitividad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, fobia, paranoia obsesiones. Siendo también ubicadas en riesgo. Se presume que la exposición al consumo temprano, así como las vivencias de violencia familiar en la infancia podrían estar coadyuvando a en la configuración de los resultados encontrados.

CONCLUSIONES

- La sintomatología predominante de las siete usuarias es la ansiedad, sensibilidad interpersonal, somatización, depresión, hostilidad, obsesiones y fobia.
- Las usuarias menores de edad, tienen uso de marihuana, con una frecuencia de una a dos veces por semana. Viven con un padre o familiares, se encuentran cursando estudios secundarios. Con experiencias negativas en la infancia, exposición a maltrato y violencia familiar.
- Con respecto a las usuarias mayores de 18 años se aprecia consumo de alcohol, en su mayoría viven solas o con amigos, o familiares lejanos, su frecuencia de consumo de alcohol es una a dos veces por semana, o también una vez por mes. Ellas continúan estudiando el nivel superior, ya sea en instituto o universidad.
- Las usuarias mayores de 18 años tienen sintomatología, frecuente de ansiedad, sensibilidad interpersonal, somatización, depresión, hostilidad, obsesiones y fobia. Estas provienen de abuelos y padres que han sido desplazados y afectados por la violencia sociopolítica que acaeció en las décadas del 80 al 2000.
- Con respecto a los índices discretos, se resalta la sintomatología sentimientos de culpa, en donde cuatro usuarias consignan en mucho dos en poco y una en muy poco.
- En el indicador pensamiento acerca de la muerte, dos usuarias lo consignan en bastante, dos en muy poco y una en poco.

- En el indicador problemas para dormir, tres usuarias consignan en nada, una en poco, dos en bastante, y una en mucho.
- En el indicador pensamientos acerca de la muerte o morir, tres usuarias lo consignan en nada, una en muy poco, dos en bastante y una en poco.
- En el indicador comer en exceso, tres usuarias lo consignan en nada, dos usuarias en poco, una en bastante y una en mucho.
- En el indicador despertarse muy temprano, dos usuarias lo consignan en nada, tres en muy poco, una usuaria en poco, mientras que una en mucho.
- En el indicador sueño intranquilo, una usuaria lo consigna en nada, dos usuarias en poco, tres en bastante y una en mucho.

RECOMENDACIONES

- En futuras investigaciones del tema, ampliar la cantidad de la muestra, concientizar, sensibilizar y empoderar a la población para ser partícipe de las investigaciones.
- Realizar estudios correlacionales sobre ansiedad, sensibilidad interpersonal, hostilidad en relación al consumo de drogas.
- Considerar los índices positivos y negativos en los síntomas psicopatológicos y consumo de drogas en mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barlow, D. (2001). *“Psicología anormal; un enfoque integral”*. México: Thomson Learning.
- Chacaltana, B. (2017). *“Síntomas psicopatológicos y la relación madre-hijo en internas de establecimientos penitenciarios de Lima”*. Tesis para optar el grado de maestría en psicología clínica y de familia. USMP. Lima. Recuperado de: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3267/3/chacaltana_cbl.pdf
- Casullo, M. y Pérez, M. (2004). *El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004*. Recuperado de: <https://www.fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf>
- Casullo, M. y Pérez, M. (2008). *El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Adaptación UBA. CONICET. 1999/2008*. Recuperado de: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf
- Colegio de Psicólogos del Perú (2017). *“Código de Ética. Probado por resolución N° 206-2017-CDN-C.PS.P”* Recuperado de: http://www.cpsp.pe/aadmin/contenidos/marcolegal/codigo_de_etica_del_cpsp.pdf
- Comisión de la Verdad y Reconciliación CVR (2003). *“Informe Final”*. Recuperado de: <http://www.cverdad.org.pe/ifinal/>

Comisión Nacional para el desarrollo y Vida Sin Drogas DEVIDA (2018). “*Uno de cada diez peruanos se inicia en el consumo de tabaco al año*”.

Recuperado de:

<https://www.devida.gob.pe/web/guest/-/uno-de-cada-diez-peruanos-se-inicia-en-el-consumo-de-tabaco-al-ano?inheritRedirect=true>

Estevão, F. Q. D. O. L. (2018). Uso de álcool e fatores associados entre mulheres adultas da cidade de Dourados, MS. Recuperado de:

<http://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/handle/prefix/1077>

Galli, A. (2005). Prevalencia de trastornos psicopatológicos en alumnos de psicología. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, 6(1), 55-66. Recuperado de:

http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2005/I/6-PREVALENCIA_DE_TRASTORNOS_PSICOPATOLOGICOS.pdf

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). “*Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio*” (6a. ed.--.). México D.F.: McGraw-Hill.

Recuperado de:

<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI (2018). *Ayacucho Compendio Estadístico*, recuperado de:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1491/libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI (2018). Nota de prensa. *Desnutrición crónica afectó al 12,2% de la población menor de cinco años de edad en el año 2018*. Recuperado de:

01/02/2019<https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-afecto-al-122-de-la-poblacion-menor-de-cinco-anos-de-edad-en-el-ano-2018-11370/>

Infodrogas (s/f). *¿Tabaco? ¿Qué es?* Visualizado enero 2019. Recuperado de:

<https://www.infodrogas.org/drogas/tabaco?showall=1>

Renner, J. A. y Ward, E. N. (2018). Drogadicción. *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica Plus Expertconsult*. Elsevier. Cap. 27, pp. 291-306. Recuperado de: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2051/#!/content/book/3-s2.0-B9788491132127000274?scrollTo=%23hl0000738>

Lazo Crespo, V. A. (2019-03-12). *“Niveles de depresión en hombres y mujeres adictos internos en un centro de Rehabilitación en Cuenca”*. Tesis. Recuperado a partir de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32097/3/Trabajo%20de%20titulaci%c3%b3n.pdf>

López, A., Becoña, E. (2006). *“Dependencia de la cocaína y psicopatología a través del SCL-90-R. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica”*.

Vol. 11 (1), 13-20. Recuperado de:
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=964

Ludewig, C. (2014). *“Universo y Muestra”*. México: Colegio Mexicano de Ortopedia y Traumatología. Recuperado de:
<http://www.smo.edu.mx/colegiados/apoyos/muestreo.pdf>

National Institute on Drug Abuse - NIDA (2018). *What is marijuana?*. Revisión febrero 2018. Recuperado de:
<https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana>

National Institute on Drug Abuse - NIDA (2018). *“El consumo de sustancias en las mujeres”*. Revisión enero 2019. Recuperado de:
<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-consumo-de-sustancias-en-las-mujeres>

National Institute on Drug Abuse - NIDA (2010). *“Cocaína: Abuso y adicción”*. Revisión enero 2018. Recuperado de:
<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion/que-es-la-cocaina>

Nwabueze, C., Gong, S., Wang, N., Xie, X., & Wang, K. (2019). *Gender Differences in Early Alcohol, Drug and Tobacco Use with Anxiety in US Adults*. Recuperado de: <https://dc.etsu.edu/asrf/2019/schedule/99/>

Organización Mundial de la Salud – OMS (S/F). *“Tabaquismo”*. Revisión enero 2019. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/tobacco/es/>

Quiroz, K. M. (2017) *“Estandarización del Cuestionario Scl 90-R en Adolescentes de Educación Básica Regular de dos Distritos De*

Lima-Sur”. Tesis para Licencia de psicólogo. Universidad autónoma del Perú. Recuperado de:

<http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/AUTONOMA/432/1/KELY%20QUIROZ%20IMAN.pdf>

Raine, P. (2001). “*Women's Perspectives on Drugs and Alcohol: The Vicious Circle*”. London: Routledge, <https://doi.org/10.4324/9781315187716>

Robles-Martínez, M.; 1,2 Miguel Ángel García-Carretero³ Juan Gibert Rahola Laia Rodríguez-Cintas^{5,6} Raúl Felipe Palma-Álvarez^{5,6} Alfonso Carlos Abad^{5,6} Marta Sorribes^{5,6} Marta Torrens^{1,2,7} Carlos Roncero^{8,9} (2019) Relación entre craving e impulsividad en pacientes con dependencia alcohólica con o sin patología dual en tratamiento ambulatorio: un estudio descriptivo. Recuperado de: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/21/119/ESP/21-119-ESP-88-96-241216.pdf>

Stager, M. M. (2016). Abuso de sustancias. *Nelson. Tratado de pediatría*. 20.^a ed. Cap. 114, pp. 992-999. Recuperado de: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2051/#!/content/book/3-s2.0-B9788491130154001143?scrollTo=%23t0155>

Tamayo, M. y Tamayo (2003). “*El proceso de la investigación científica. Incluye evaluación y administración de proyectos de investigación*”. México: LIMUSA Editores. Recuperado de: <https://clea.edu.mx/biblioteca/Tamayo%20Mario%20-%20El%20Proceso%20De%20La%20Investigacion%20Cientifica.pdf>

- Vela, L (2018). “*Dinero en imagen. Los 8 problemas más comunes que sufren las mujeres en el trabajo*”. Recuperado de: <https://www.dineroenimagen.com/problemas-genero-comunes-mujeres-trabajo-dia-internacional-mujer>
- Villagra, P., González, A., Fernández, P., Casares, M. Martín, J. y Rodríguez, F. (2011). “*Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión*”. *Adicciones*, 23(3), 219-226. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122827005.pdf>
- Ygnatiev, Y., Fritsch, R., Priebe, S. y Mundt, A. (2016). “*Psychometric properties of the symptom check-list-90-R in prison inmates*”. *Psychiatry Research*, 239, 226–231. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.007>

ANEXOS

Anexo A

SCL-90-R.
Adaptación UBA. CONICET. 1999/2008.
Prof. M.M. Casullo.

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo. 1998. CONICET.

L. R. Derogatis.
Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer Varón

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto
 Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a
 Casado Separado En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.

2. Nerviosismo.

3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho

SCL-90-R.
Adaptación UBA, CONICET, 1999/2008.
Prof. MM. Casullo.

Normas Adolescentes
Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense.

FEMENINO adolescentes													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,10	0,11	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	7,00	1,00	30
35	0,08	0,20	0,22	0,15	0,10	0,17	0,00	0,00	0,00	0,19	13,00	1,10	35
40	0,25	0,50	0,44	0,38	0,30	0,29	0,00	0,17	0,10	0,37	22,00	1,30	40
45	0,42	0,80	0,78	0,70	0,50	0,50	0,14	0,50	0,20	0,58	32,13	1,50	45
50	0,75	1,20	1,11	1,00	0,90	0,83	0,29	0,83	0,60	0,84	43,00	1,78	50
55	1,18	1,66	1,58	1,54	1,40	1,33	0,57	1,50	0,90	1,17	52,00	2,02	55
60	1,58	2,10	2,00	1,92	1,90	2,00	1,00	2,05	1,40	1,53	63,00	2,40	60
63	1,89	2,4	2,33	2,31	2,2	2,5	1,29	2,5	1,6	1,71	69,7	2,54	63
65	2,08	2,60	2,44	2,46	2,40	2,81	1,57	2,67	1,80	1,86	72,39	2,66	65
70	2,84	3,20	3,11	3,23	3,15	3,55	2,57	3,26	2,50	2,33	80,62	3,10	70
75	3,34	3,30	3,57	3,65	4,02	4,00	2,89	3,35	3,01	2,78	88,06	3,38	75
80	3,42	3,30	3,78	5,25	4,38	4,00	3,43	3,67	3,20	3,12	89,00	3,37	80

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 313 12 a 19 años. Casullo – Pérez (2008)

MASCULINO adolescentes													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	3,56	0,90	30
35	0,00	0,10	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12	8,00	1,00	35
40	0,02	0,30	0,22	0,15	0,10	0,17	0,00	0,00	0,00	0,19	13,00	1,17	40
45	0,17	0,50	0,38	0,35	0,20	0,33	0,00	0,33	0,10	0,33	20,00	1,33	45
50	0,33	0,90	0,67	0,54	0,40	0,67	0,14	0,67	0,30	0,52	30,00	1,54	50
55	0,58	1,30	1,00	0,77	0,70	1,17	0,29	1,00	0,50	0,71	39,00	1,80	55
60	0,92	1,80	1,33	1,23	1,00	1,67	0,57	1,50	0,80	0,97	47,00	2,14	60
63	1,08	2,01	1,56	1,46	1,31	2,02	0,71	1,83	1,01	1,1	52,1	2,29	63
65	1,31	2,20	1,67	1,62	1,43	2,33	0,86	2,00	1,28	1,27	56,00	2,47	65
70	1,75	2,72	2,24	2,11	2,07	3,21	1,32	2,71	1,92	1,60	71,00	2,81	70
75	2,23	3,48	2,84	2,83	2,89	3,62	3,37	3,49	2,43	2,26	74,53	3,72	75
80	3,08	3,89	3,00	3,00	3,70	3,67	4,00	4,83	2,50	2,39	76,00	4,00	80

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 275 12 a 19 años. Casullo – Pérez (2008)

Normas Adultos
Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense.

FEMENINO adultos													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	9,00	1,12	30
35	0,17	0,20	0,11	0,23	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	15,00	1,25	35
40	0,25	0,40	0,22	0,38	0,30	0,17	0,00	0,17	0,10	0,37	21,12	1,43	40
45	0,42	0,70	0,44	0,62	0,60	0,33	0,00	0,33	0,20	0,52	29,00	1,59	45
50	0,75	1,00	0,67	0,85	0,80	0,67	0,29	0,67	0,40	0,73	37,00	1,85	50
55	1,00	1,40	1,11	1,23	1,20	1,00	0,57	1,17	0,70	1,04	47,00	2,12	55
60	1,49	1,80	1,44	1,77	1,60	1,50	0,86	1,67	1,00	1,36	57,00	2,41	60
63	1,83	2,10	1,67	2,00	1,80	1,67	1,14	2,00	1,10	1,62	62,00	2,53	63
65	2,00	2,20	1,89	2,23	2,13	1,83	1,29	2,17	1,30	1,74	66,00	2,67	65
70	2,36	2,90	2,60	2,80	2,50	2,56	2,00	3,00	1,97	2,18	74,00	2,99	70
75	2,87	3,41	3,00	3,31	3,04	3,17	2,63	3,78	2,57	2,46	77,71	3,15	75
80	3,00	3,50	3,00	3,69	3,10	3,33	3,14	4,00	2,70	2,54	82,00	3,27	80

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 381 25 a 60 años. Casullo – Pérez (2008)

MASCULINO adultos													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	5,60	1,05	30
35	0,00	0,20	0,00	0,08	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	10,00	1,22	35
40	0,08	0,30	0,11	0,23	0,20	0,17	0,00	0,17	0,00	0,29	16,00	1,36	40
45	0,25	0,50	0,33	0,38	0,40	0,33	0,00	0,33	0,20	0,41	23,80	1,56	45
50	0,42	0,80	0,56	0,69	0,60	0,67	0,14	0,67	0,30	0,61	32,00	1,75	50
55	0,75	1,30	0,89	1,02	0,90	1,00	0,29	1,17	0,50	0,88	41,20	2,00	55
60	1,08	1,70	1,33	1,38	1,30	1,33	0,57	1,50	0,90	1,10	52,00	2,25	60
63	1,25	1,90	1,56	1,62	1,60	1,67	0,86	1,83	1,20	1,32	57,00	2,40	63
65	1,42	2,20	1,67	1,77	1,70	1,83	1,00	2,07	1,40	1,49	61,00	2,53	65
70	1,75	2,60	2,38	2,42	2,28	2,57	1,43	2,67	1,74	1,84	75,00	2,91	70
75	2,31	3,40	3,00	2,88	2,67	3,17	1,88	2,95	2,17	2,17	79,72	3,30	75
80	2,50	3,60	3,22	3,15	2,70	3,83	2,71	3,17	2,30	2,22	85,00	3,65	80

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 379 25-60 años. Casullo – Pérez (2008)

Anexo B

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

Esta investigación es conducida por la Lic. Ps. Yanina Giovanni Mayorca Martínez, investigadora de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Psicología, Programa de segunda especialidad en tratamiento en adicciones para mujeres con enfoque de género. La investigación se titula “Síntomas psicopatológicos de siete consumidoras de drogas, en un centro de salud de Ayacucho, 2018”

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de los cuestionarios asignados. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

Su participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse de la misma en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación,

Nombre del participante

Firma del participante

Nombre del investigador

Firma del investigador

Fecha

Reg. Doc. 01851570
Reg. Exp. 01505136
FOLIOS 2

SOLICITO: REGULARIZACIÓN DE AUTORIZACIÓN
PARA INVESTIGACIÓN

SEÑOR GERENTE CLAS SAN JUAN BAUTISTA MG. ELVIS POLO DÍAZ
SG.



YANINA GIOVANNI MAYORCA MARTÍNEZ,
identificada con DNI N° [REDACTED] domiciliada en la
carretera a Huanta S/N Totorilla, psicóloga asistencial del
Centro de Salud de San Juan Bautista y Tesista
investigadora de la Segunda Especialidad en Adiciones en
Mujeres con Enfoque de Género de La Universidad
Cayetano Heredia:

Ante UD. Con el debido respeto me presento y
expongo lo siguiente:

Que habiendo llevado la capacitación para la formación de facilitadores regionales en el currículo especializado guiando la recuperación de mujeres que abusan de sustancias sensibles al género GROW en el año 2017, y que gracias al convenio de CARE Perú, Gobierno Regional, DIRESA Ayacucho y La universidad Peruana Cayetano Heredia, se pudo continuar con la Segunda Especialidad en Adiciones en Mujeres con Enfoque de Género durante el 2018, por lo cual fuimos presentados en su debido momento con la anterior gerencia, y que para efectos de recojo de información para mi informe de investigación, solicito la regularización de los permisos documentados correspondientes. Cabe indicar que los datos de los usuarios se mantendrán confidenciales, solo se recogerá información epidemiológica (sexo, edad, Procedencia, frecuencia de consumo, entre otros) y resultados del cuestionario de síntomas SCL-90, que se encuentran en sus historias clínicas.

Al finalizar mi investigación me comprometo a entregar los resultados al área de investigación, para así incrementar nuestros conocimientos y avance a la ciencia.

Siendo una gracia que deseo alcanzar que, do de usted.



[REDACTED]

YANINA GIOVANNI MAYORCA MARTÍNEZ
DNI N° [REDACTED]



Ayacucho 25 de Setiembre 2019



Centro De Salud San Juan Bautista
Comunidad Local de Administración de Salud

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

CARTA N°002-2018-GRA/GG-GRDS-DRSA-RS HGA-MRSJB

Dr. Carlos López Villavicencio
Vicedecano de la Facultad de Psicología
Universidad Privada Cayetano Heredia
Lima

ASUNTO: PRESENTACIÓN DE TRABAJADORES PARA QUE REALICEN LA SEGUNDA ESPECIALIDAD

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez manifestarle que los servidores del Centro de Salud San Juan Bautista, quienes realizan la segunda especialidad para la atención en adicciones con el enfoque de género que se realizará los meses de Junio a Noviembre del 2018, en su magna institución a fin de que puedan terminar satisfactoriamente en sus estudios, por lo que se hace la presentación de los trabajadores;

Lic. Psic. YANINA GIOVANNI MAYORCA MARTÍNEZ
Med. JORGE LUIS FERNÁNDEZ ASTECKER

Hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración y referencia personal.

Atentamente:



[Redacted Signature]

C.c.
EQJ/G

Av. Las Malvinas N° 250 -- Las Américas Distrito San Juan Bautista- RPM Emergencia #975002349
Telf. Secretaria 066 - 527572