

# Disfuncionalidad familiar y sintomatología ansioso-depresiva en internos de un centro de rehabilitación para trastorno por consumo de sustancias en Lima

Family dysfunction and anxious-depressive symptoms in inpatients of a substance use disorders rehabilitation center in Lima

Rafael Alarco-Herrera<sup>1, a</sup> , Kildery Bruno Araujo-Silva<sup>1, a</sup> ,  
Luis Felipe Rojas-Cama<sup>1, b, c</sup> 

## Citar como:

Alarco-Herrera R, Araujo-Silva KB, Rojas-Cama LF. Disfuncionalidad familiar y sintomatología ansioso-depresiva en internos de un centro de rehabilitación para trastorno por consumo de sustancias en Lima. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2024; 87(2): 104-117. DOI: 10.20453/rnp.v87i2.5075

Recibido: 28-11-2023

Aceptado: 20-05-2024

En línea: 28-06-2024

## Correspondencia:

Kildery Bruno Araujo-Silva  
Contacto:  
kildery.araujo@alum.udep.edu.pe



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

© *Revista de Neuro-Psiquiatría*

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre la disfuncionalidad familiar y la presencia de sintomatología ansioso-depresiva en pacientes internados con trastorno por consumo de sustancias. **Materiales y métodos:** Estudio analítico y transversal en 57 pacientes varones de un centro de rehabilitación para trastornos por consumo de sustancias en Lima. Se recolectó información sociodemográfica y de consumo de sustancias; se aplicaron los cuestionarios APGAR-*family*, IDARE-R e IDERE-R para disfuncionalidad familiar y sintomatología ansiosa y depresiva, respectivamente. La correlación entre los puntajes de las encuestas fue evaluada mediante la prueba de Spearman. **Resultados:** Los puntajes del APGAR-*family* tuvieron una correlación inversa no significativa tanto con el puntaje de IDARE-R ( $\rho = -0,061$ ;  $p = 0,654$ ) como con el de IDERE-R ( $\rho = -0,084$ ;  $p = 0,533$ ). Se obtuvo  $24,6 \pm 7,2$  para disfuncionalidad familiar;  $46 \pm 6,9$  para sintomatología depresiva; y  $46,2 \pm 5,4$  para sintomatología ansiosa. El 80,7 % presentó funcionalidad normal; el 71,9 %, alto nivel de depresión; y el 63,2 %, alto nivel de ansiedad. El puntaje de sintomatología ansiosa era significativamente mayor en personas jóvenes respecto a los adultos. Se encontró correlación positiva ( $Rho = 0,599$ ;  $p < 0,001$ ) entre los puntajes de sintomatología ansiosa y depresiva. **Conclusiones:** No se encontró una relación significativa entre

<sup>1</sup> Universidad de Piura, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Estudiante de Medicina.

<sup>b</sup> Médico cirujano con especialidad en Gestión en Salud.

<sup>c</sup> Magíster en Docencia e Investigación en Salud.

sintomatología ansioso-depresiva y el nivel de disfuncionalidad familiar. Se identificó, en cambio, en la muestra estudiada, una relación positiva entre los puntajes de sintomatología ansiosa y depresiva, con un mayor grado de ansiedad en individuos jóvenes, similar a las mediciones de depresión, pero sin alcanzar niveles significativos en estas últimas.

**Palabras clave:** apoyo familiar; ansiedad; depresión; trastornos relacionados con sustancias; centros de tratamiento de abuso de sustancias; Perú.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the relationship between family dysfunctionality and the presence of depressive/anxiety symptoms in patients hospitalized for substance use disorders. **Methods:** Analytical and cross-sectional study in 57 male inpatients of a substance abuse rehabilitation center in Lima. Sociodemographic and substance use information was collected; the APGAR-family, IDARE-R and IDERE-R questionnaires were applied for family dysfunctionality, anxious and depressive symptomatology, respectively. The relationship between the scores of the surveys was evaluated with the Spearman's correlation test. **Results:** APGAR-family scores had a non-significant inverse correlation with both the IDARE-R score ( $\rho = -0.061$ ;  $p = 0.654$ ) and the IDERE-R score ( $\rho = -0.084$ ;  $p = 0.533$ ). The scores obtained were  $24.6 \pm 7.2$  for dysfunctionality,  $46 \pm 6.9$  for depressive symptomatology, and  $46.2 \pm 5.4$  for anxious symptomatology; it was found that 80.7% presented normal functionality, 71.9% high levels of depression, and 63.2% high levels of anxiety. The anxious symptomatology score was significantly higher in young people compared to adults; a positive correlation ( $Rho = 0.599$ ,  $p < 0.001$ ) was found between the scores of anxious and depressive symptomatology. **Conclusion:** No relationship was found between anxious-depressive symptoms and the level of family dysfunctionality. A positive relationship was identified between the scores of anxious and depressive symptomatology among the members of the evaluated sample; likewise, a higher degree of anxiety among young probands was found, similar to the depression measurements but without being significant in the latter.

**Keywords:** family support; anxiety; depression; substance-related disorders; substance abuse treatment centers; Peru.

## INTRODUCCIÓN

La disfuncionalidad familiar hace alusión a las familias cuyos miembros adolecen de violencia familiar, maltrato psicológico y problemas al momento de relacionarse entre ellos (1). Familias con relaciones disfuncionales predisponen al individuo a una amplia gama de complicaciones a nivel de todas las esferas de su vida. Una de las más preocupantes es el consumo de sustancias, ya que es relevante el rol que juega la familia en la rehabilitación de estos pacientes (2, 3).

El trastorno por consumo de sustancias es un problema de salud pública y se asocia a la mayor demanda de los servicios de salud, a la disminución de la productividad y al crimen (4). El informe de las Naciones Unidas

reporta que en 2021, a nivel global, más de 296 millones de personas habían consumido drogas ilícitas (5). Se ha detectado la correlación entre la disfuncionalidad familiar, la ansiedad y la depresión en un estudio del 2011 realizado en pacientes adictos a metanfetaminas en Japón; esto conlleva dificultades en la evolución y el éxito terapéutico (6). Datos del 2022 en China muestran hallazgos preocupantes, considerando que la alta disfuncionalidad familiar estuvo asociada a la depresión en pacientes adolescentes con trastorno por consumo de sustancias, que a su vez trae altas tasas de suicidio entre dichos grupos poblacionales (7).

De acuerdo con un reporte de los Estados Unidos en 2006, entre el 31 % y 65 % de la población con trastorno

por consumo de sustancias sufría de trastornos mentales de ansiedad y depresión, simultáneamente (8). En un estudio realizado en Venezuela en 174 adictos, se detectó depresión en el 26 % de los encuestados (9). La asociación y la coexistencia de estas patologías generan mayor riesgo de recaídas y fracaso en la reinserción social, siendo más prevalente en adictos a la cocaína/crack, heroína y alcohol (10).

En el Perú, la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) identificó para el 2013 que el 85,6 % de las personas entre 12 y 65 años reportó alguna vez haber consumido drogas legales, y el 7,7 % señaló haber consumido drogas ilegales; entre los datos encontrados se señala que la dependencia se presentó con mayor frecuencia en drogas ilegales, por lo que se trata de un problema de salud pública en aumento (11).

Por el grado de importancia de la disfunción familiar y su coexistencia con la ansiedad y la depresión, es necesario realizar estudios nacionales en población con trastorno por consumo de sustancias. Actualmente, en el Perú no hay estudios que se hayan encargado de evaluar la relación de dichas variables en pacientes de un centro de rehabilitación. Estas son importantes a ser consideradas con el fin de brindar calidad de vida a los pacientes para su futura reinserción social. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la disfuncionalidad familiar y la sintomatología depresiva/ansiosa en pacientes de un centro de rehabilitación para trastornos por consumo de sustancias.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño del estudio

Realizamos un estudio cuantitativo, observacional, transversal y analítico.

### Población y muestra

La población de estudio comprendió a pacientes de sexo masculino del centro de rehabilitación privado Fuente de Agua Viva, ubicado en el distrito de Chaclacayo, en la ciudad de Lima. Estos pacientes se encontraban internados entre los meses de febrero y junio de 2023 en dicho centro por presentar trastorno por consumo de sustancias.

En este estudio se trabajó con los internos del centro que cumplieran con los siguientes criterios: i) ser mayor de 18 años; y ii) contar con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias que haya motivado su internamiento. Se excluyeron a aquellos poco colaboradores (internos que hayan hecho caso omiso a las indicaciones del evaluador).

### VARIABLES DE ESTUDIO

El estudio se centró en identificar: i) disfuncionalidad familiar; ii) sintomatología depresiva; y iii) sintomatología ansiosa. Para la medición de la disfuncionalidad familiar se utilizó el cuestionario APGAR-*family*, que contiene 9 preguntas en una escala de Likert de 0 a 4 (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre), distribuidas en 5 dimensiones (afecto, participación, recursos, adaptación y gradiente de recursos). La escala permite obtener un puntaje, así como también categorizar el nivel de disfuncionalidad en funcional normal (mayor o igual a 17 puntos), disfunción leve (entre 13 y 16 puntos), disfunción moderada (entre 10 y 12 puntos) y disfunción severa (menor o igual a 9 puntos) (12).

La sintomatología ansiosa y depresiva se evaluó con los cuestionarios Inventario de Ansiedad Rasgo (IDARE-R) e Inventario de Depresión Rasgo (IDERE-R). Sus ítems recogen las respuestas en una escala tipo Likert de 1 a 4 (casi nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre).

El IDARE-R contiene 13 ítems positivos y 7 ítems invertidos negativos, en estos últimos las respuestas 1, 2, 3 y 4 puntuaron 4, 3, 2 y 1, respectivamente. Acorde con las instrucciones de evaluación, al resultado obtenido se le adiciona un valor de 35 para la sumatoria final. Un puntaje mayor o igual a 45 se considera alto; entre 31 y 44 se considera medio; y menor o igual a 30 se considera bajo (13).

El IDERE-R contiene 11 ítems positivos y 11 ítems invertidos negativos, al resultado obtenido se adiciona un valor de 50 para la sumatoria final. Un puntaje mayor o igual a 43 se considera alto, entre 35 y 42 se considera medio, y menor o igual a 34 se considera bajo (14). Para los ítems con respuestas invertidas se procedió igual que para el IDARE-R.

Adicionalmente, se recolectaron otras variables de interés, como edad, fecha de ingreso, tiempo de consumo, inicio de consumo, tipos de sustancias y trastornos psiquiátricos comórbidos, las cuales recolectamos mediante las historias clínicas proporcionadas por el centro. Por otra parte, las variables principales sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y funcionalidad familiar, así como la variable número de familiares convivientes en casa (estratificada en participantes que «vivían solos», «con 1 a 3 familiares» y de «4 a más familiares»), las obtuvimos mediante los cuestionarios autoadministrados. A partir de las variables sociodemográficas, encontramos el tiempo

de consumo (en años) de las drogas principales (restando inicio de consumo con la edad actual), grupo etario (joven: 18 a 29 años, y adulto: 30 y 59 años) y días de internamiento (estratificada en «menos de 100 días» y «100 o más días»).

### Procedimiento

Aplicamos los cuestionarios APGAR-*family*, IDARE-R e IDERE-R en los internos que fueron incluidos en el estudio. Se utilizó la sección de ansiedad rasgo (20 preguntas) de la versión validada por Anicama et al. (15) el cuestionario IDARE-R. Para la evaluación de depresión se empleó la sección de depresión rasgo (22 preguntas) de la versión del cuestionario IDERE-R utilizada en el Perú por Asillo (16). Para la evaluación de la funcionalidad familiar se empleó el cuestionario APGAR-*family* en su versión validada al español por Bellón et al. (17) y utilizada en Perú por Cuba et al. (18).

Para el llenado de los cuestionarios, solicitamos a los participantes que acudieran a una habitación privada dentro del centro. A continuación, aplicamos el consentimiento informado a cada participante de manera individual. A los que aceptaron les explicamos cómo completar el cuestionario. Los participantes iniciaron el llenado de forma privada, no hubo presencia de los investigadores, personal del centro u otros participantes durante un período de 15 minutos. De forma simultánea, los autores revisaron las historias clínicas con el fin de obtener las variables de interés mencionadas anteriormente. Finalmente, los autores verificaron el correcto llenado del cuestionario.

### Análisis estadístico

La información recolectada fue trasladada a una base de datos, y, tras su limpieza, se identificaron medidas estadísticas de resumen de tendencia central (mediana) y dispersión (rango intercuartil) para las variables cuantitativas (puntajes de los cuestionarios), y de frecuencia y proporción para las variables cualitativas.

Se realizó la comparación de las proporciones de los diagnósticos de disfuncionalidad familiar, sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa según las variables sociodemográficas, de consumo y de salud de los internos, para lo cual se empleó la prueba de chi-cuadrado de Pearson y exacta de Fisher, según correspondió.

Usamos la prueba de Kolmogórov-Smirnov para evaluar si las variables cuantitativas seguían una distribución normal. Comparamos las medianas

de IDARE-R, IDERE-R y APGAR-*family* según los estratos definidos de las características sociodemográficas, características de consumo y características clínico-epidemiológicas.

La prueba U de Mann-Whitney se empleó para comparar IDERE-R con grupo etario y tiempo de internamiento; y APGAR-*family* con grupo etario. La prueba H de Kruskal-Wallis se utilizó para comparar las medianas de IDERE-R, IDARE-R y APGAR-*family* entre tres o más categorías definidas a partir de las variables número de familiares convivientes, número de tipos de drogas consumidas y número de trastornos comórbidos. La prueba t de Student para muestras independientes se utilizó para comparar IDARE-R con grupo etario y tiempo de internamiento; y APGAR-*family* con tiempo de internamiento. La prueba ANOVA de un factor se empleó para comparar IDARE-R con el número de familiares convivientes, número de drogas consumidas y número de trastornos comórbidos; y APGAR-*family* con número de trastornos comórbidos.

Se identificó la relación entre los puntajes de las encuestas (IDARE-R, IDERE-R y APGAR-*family*) mediante la prueba de coeficiente de correlación de Spearman. Además, se aplicó la misma prueba para las variables sociodemográficas, características del consumo y clínico-epidemiológicas. Todos los análisis fueron realizados con el programa estadístico Jamovi versión 2.3.21.0 y se trabajó con un nivel de significancia del 5 %.

### Aspectos éticos

El protocolo de la investigación, previo a su ejecución, fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Investigación de la Universidad de Piura (PREMED07202205). Todos los participantes brindaron su consentimiento informado previo al inicio del estudio, y los investigadores protegieron la privacidad de la información.

## RESULTADOS

### Características de la muestra

Completaron el estudio 57 de 70 internos del centro de rehabilitación. La reducción de la población de estudio se debió a lo siguiente: 5 no aceptaron el consentimiento informado, 2 eran menores de edad, 2 no tenían el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias y 4 no estaban en el centro en el momento de la recolección de datos.

Los jóvenes (18 a 29 años) representaron el grupo más común (56,1 %). En la estratificación realizada,

encontramos que el 12,3 % (n = 7) de los participantes viven solos (tabla 1). Para evaluar la distribución normal, usamos la prueba de Kolmogórov-Smirnov para las variables edad (p = 0,001), días

de internamiento (p < 0,01), número de trastornos comórbidos (p < 0,01) y número de drogas consumidas (p < 0,01), encontrándose que ninguna siguió una distribución normal.

**Tabla 1.** Características de la muestra de estudio.

Variables	n	%
Sociodemográficas		
Grupo etario		
Joven (de 18 a 29 años)	32	56,1
Adulto (de 30 a 59 años)	25	43,9
N.º de familiares convivientes		
Vive solo	7	12,3
1 a 3 familiares	27	47,4
4 familiares a más	23	40,4
De consumo		
N.º de tipo de drogas consumidas		
1 a 2 drogas	16	28,1
3 a 4 drogas	32	56,1
5 a más	9	15,8
Clínico-epidemiológicas		
Tiempo de internamiento		
Menos de 100 días	34	59,6
Más de 100 días	23	40,4
N.º de trastornos comórbidos		
Ninguno	23	40,4
1 trastorno	27	47,4
2 trastornos	6	10,5
3 trastornos	1	1,8
Nivel de ansiedad (según IDARE-R)		
Bajo (menor o igual a 30 puntos)	0	0,0
Medio (de 31 a 44 puntos)	21	36,8
Alto (mayor o igual a 45 puntos)	36	63,2
Nivel de depresión (Según IDERE-R)		
Bajo (menor o igual a 34 puntos)	2	3,5
Medio (de 35 a 42 puntos)	14	24,6
Alto (mayor o igual a 43 puntos)	41	71,9
Nivel de disfunción familiar (según APGAR-family)		
Funcionalidad normal (mayor o igual a 17 puntos)	46	80,7
Disfunción leve (de 13 a 16 puntos)	7	12,3
Disfunción moderada (de 10 a 12 puntos)	3	5,3
Disfunción severa (menor o igual a 9 puntos)	1	1,8
Total	57	100,0

### Características del consumo

Las 4 drogas/sustancias más frecuentemente consumidas por los internos del centro de rehabilitación

fueron marihuana (25,13 %), alcohol (18,97 %), PBC (15,90 %) y cocaína (13,85 %). La mediana de la edad de inicio del consumo fue de 17 años (RIQ: 15; 20) y

el tiempo de consumo fue de 10 años (RIQ: 4; 15). La mediana de la edad de inicio de consumo de marihuana fue a los 17 años (RIQ: 12; 18); de alcohol, a los 15 años (RIQ: 13,5; 18); de PBC, a los 17 años (RIQ: 15; 25); y de cocaína, a los 16,5 años (RIQ: 16; 29). El tiempo de consumo de marihuana tuvo una mediana de 10 años (RIQ: 4; 14), de alcohol fue de 16 años (RIQ: 10,5; 23), de PBC fue de 6 años (RIQ: 2; 14), y de cocaína fue de 11,5 años (RIQ: 5,25; 21,3).

### Trastornos psiquiátricos comórbidos

Los 4 trastornos psiquiátricos comórbidos más frecuentes detectados en los internos del centro de rehabilitación fueron trastorno por déficit de atención

e hiperactividad (17 %), trastorno disocial de la personalidad (17 %), trastorno depresivo mayor (14 %) y trastorno de la personalidad (12 %).

### Características de los cuestionarios IDARE-R, IDERE-R y APGAR-family

La mediana del puntaje IDARE-R fue de 46 (RIQ: 43; 50). El 63,2 % (n = 36) de los participantes obtuvo un puntaje de sintomatología ansiosa alta. Al evaluar las preguntas de manera individual, encontramos que el 66,7 % (n = 38) de los participantes reportó sentirse bien casi nunca o algunas veces. De igual manera, el 70,2 % (n = 40) refirió que casi nunca o algunas veces se siente seguro. El 84,2 % (n = 48) quisiera ser feliz frecuentemente y casi siempre (tabla 2).

**Tabla 2.** Análisis descriptivo de las respuestas a las afirmaciones de la escala Inventario de Ansiedad Rasgo.

Afirmación	Respuesta (%)				Mediana	Q1	Q3
	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre			
1. Me siento bien.	31,6	35,1	24,6	8,8	2	1	3
2. Me canso rápidamente.	28,1	54,4	12,3	5,3	2	1	2
3. Siento ganas de llorar.	54,4	35,1	1,8	8,8	1	1	2
4. Quisiera ser feliz.	8,8	7	31,6	52,6	4	3	4
5. Me pierdo cosas por no decidirme rápidamente.	31,6	43,9	14,0	10,5	2	1	2
6. Me siento descansado.	21,1	26,3	35,1	17,5	3	2	3
7. Soy una persona «tranquila, serena y sosegada».	38,6	38,6	19,3	3,5	2	1	2
8. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas.	52,6	26,3	17,5	3,5	1	1	2
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	33,3	43,9	12,3	10,5	2	1	2
10. Soy feliz.	33,3	21,1	33,3	12,3	2	1	3
11. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho.	42,1	31,6	17,5	8,8	2	1	3
12. Me falta confianza en mí mismo.	45,6	38,6	5,3	10,5	2	1	2
13. Me siento seguro.	38,6	31,6	17,5	12,3	2	1	3
14. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad.	24,6	43,9	14,0	17,5	2	2	3
15. Me siento melancólico.	38,6	40,4	10,5	10,5	2	1	2
16. Estoy satisfecho.	19,3	21,1	35,1	24,6	3	2	3
17. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente.	24,6	54,4	10,5	10,5	2	2	2
18. Me afectan tanto los desengaños, que no me los puedo quitar de la cabeza.	33,3	33,3	14,0	19,3	2	1	3
19. Soy una persona estable.	35,1	36,8	21,1	7	2	1	3
20. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado.	50,9	26,3	12,3	10,5	1	1	2

Al comparar los puntajes según las características sociodemográficas, los jóvenes tuvieron una mediana

de 48 (RIQ: 45; 51) y los adultos de 44 (RIQ: 40,5; 47), con un valor de p de 0,019 (tabla 3).

**Tabla 3.** Comparación de los puntajes de las encuestas según las características sociodemográficas de la muestra.

Variables	APGAR-family			IDERE-R			IDARE-R		
	Media ±DE	Mediana (RIQ)	P	Media ±DE	Mediana (RIQ)	P	Media ±DE	Mediana (RIQ)	P
Grupo etario									
Joven (de 18 a 29 años)	24,4 ±7,1	25,5 (18; 29,8)	0,617†	46,6 ±7,1	45 (42,3; 51,5)	0,540†	47,7 ±5,2	48 (45; 51)	0,019††
Adulto (de 30 a 59 años)	24,8 ±7,5	28 (21; 31)		45,3 ±6,7	44 (41,5; 48)		44,4 ±5,0	44 (40,5; 47)	
N.º de familiares convivientes									
Vive solo	24,9 ±7,7	28 (17; 30)	0,803‡	48,0 ±3,8	47 (44; 52)	0,241‡	48,6 ±4,0	50 (45; 52)	0,307‡‡
1 a 3 familiares	24,0 ±6,9	26 (18; 29)		45,4 ±7,2	44 (41; 46)		46,6 ±5,8	46 (42; 51)	
4 familiares a más	25,1 ±7,7	27 (22; 30)		46,1 ±7,4	45 (41; 53)		45,1 ±5,1	46 (41; 49)	
Total	24,6 ±7,2	26 (20; 30)		46 ±6,9	45 (42; 48)		46,2 ±5,4	46 (43; 50)	

DE: desviación estándar; RIQ: rango intercuartil; IDERE-R: Inventario de Depresión Rasgo; IDARE-R: Inventario de Ansiedad Rasgo.  
 †Prueba U de Mann-Whitney; ††Prueba t de Student para muestras independientes; ‡Prueba H de Kruskal-Wallis; ‡‡Prueba ANOVA de un factor.

La mediana del puntaje IDERE-R fue de 45 (RIQ: 42; 48). El 71,9 % (n = 41) de los participantes obtuvo un puntaje de sintomatología depresiva alta. Al evaluar las preguntas de manera individual, encontramos que el 77,2% (n = 44) de los participantes casi nunca

o algunas veces se inclina a ver el lado bueno de las cosas. El 82,4 % (n = 47) casi nunca o algunas veces piensa que todo saldrá bien en el futuro. Por último, el 82,5 % (n = 47) casi nunca o algunas veces se siente con fuerzas y energía (tabla 4).

**Tabla 4.** Análisis descriptivo de las respuestas a las afirmaciones de la escala Inventario Depresión Rasgo.

Afirmación	Respuestas (%)					
	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Mediana	Q1 Q3
1. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo.	36,8	24,6	19,3	19,3	2	1 3
2. Creo no haber fracasado más que otras personas.	8,8	22,8	35,1	33,3	3	2 4
3. Pienso que las cosas me van a salir mal.	45,6	42,1	5,3	7,0	2	1 2
4. Creo que he tenido suerte en mi vida.	42,1	21,1	31,6	5,3	2	1 3
5. Sufro cuando no me siento reconocido por los demás.	54,4	29,8	8,8	7,0	1	1 2
6. Pienso que todo saldrá bien en el futuro.	56,1	26,3	10,5	7,0	1	1 2
7. Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones.	42,1	28,1	8,8	21,1	2	1 3
8. Me deprimó por pequeñas cosas.	63,2	21,1	0	15,8	1	1 2
9. Tengo confianza en mí mismo.	45,6	31,6	17,5	5,3	2	1 2
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas.	45,6	31,6	17,5	5,3	2	1 2
11. Me siento aburrido.	24,6	49,1	12,3	14,0	2	2 3
12. Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen.	10,5	21,1	45,6	22,8	3	2 3
13. He logrado cumplir mis propósitos fundamentales.	10,5	35,1	35,1	19,3	3	2 3
14. Soy indiferente ante las situaciones emocionales.	33,3	45,6	14,0	7,0	2	1 2
15. Todo me resulta de interés.	19,3	29,8	29,8	21,1	3	2 3
16. Me afectan tanto los desengaños, que no me los puedo quitar de la cabeza.	49,1	28,1	10,5	12,3	2	1 2
17. Me falta confianza en mí mismo.	57,9	22,8	7,0	12,3	1	1 2
18. Me siento lleno de fuerzas y energías.	43,9	38,6	8,8	8,8	2	1 2
19. Pienso que los demás me estimulan adecuadamente.	10,5	17,5	47,4	24,6	3	2 3
20. Me ahogo en un vaso de agua.	59,6	22,8	5,3	12,3	1	1 2
21. Soy una persona alegre.	45,6	36,8	17,5	0	2	1 2
22. Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago.	38,6	43,9	14,0	3,5	2	1 2

La mediana del puntaje APGAR-family fue de 26 (RIQ: 20; 30). El 80,7 % (n = 46) de los participantes obtuvo

una puntuación de adecuada funcionalidad familiar, mientras que el 1,8 % (n = 1) obtuvo una puntuación

correspondiente a una disfuncionalidad familiar severa. Al evaluar las preguntas de manera individual, encontramos que el 54,4 % de los participantes refiere que casi siempre y siempre se siente satisfecho sobre

cómo se comparte el dinero en su familia. El 70,2 % casi siempre y siempre se siente satisfecho con el apoyo y la aceptación que recibe de parte de su familia al emprender nuevas actividades (tabla 5).

**Tabla 5.** Análisis descriptivo de las respuestas a las afirmaciones de la escala APGAR-family.

Afirmación	Respuestas (%)					Mediana	Q1	Q3
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre			
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.	5,3	7,0	19,3	21,1	47,4	3	2	4
2. Me satisface cómo en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.	10,5	15,8	19,3	17,5	36,8	3	1	4
3. Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.	5,3	7,0	17,5	21,1	49,1	3	2	4
4. Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones, tales como rabia, tristeza y amor.	7,0	7,0	22,8	24,6	38,6	3	2	4
5. Me satisface cómo compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos.	7,0	12,3	15,8	22,8	42,1	3	2	4
6. Me satisface cómo compartimos en mi familia los espacios de la casa.	8,8	3,5	12,3	26,3	49,1	3	3	4
7. Me satisface cómo compartimos en mi familia el dinero.	8,8	7,0	29,8	28,1	26,3	3	2	4
8. ¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?	17,5	5,3	17,5	21,1	38,6	3	2	4
9. Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos(as).	12,3	10,5	36,8	21,1	19,3	2	2	3

No se encontró asociación entre los puntajes de las escalas de APGAR-family, IDERE-R e IDARE-R con el número

de drogas consumidas, ni con el tiempo de internamiento y el número de trastornos comórbidos (tabla 6).

**Tabla 6.** Comparación de los puntajes de las encuestas según las características del consumo y clínico-epidemiológicas de la muestra.

Variable	APGAR-family			IDERE-R			IDARE-R		
	Media ± DE	Mediana (RIQ)	P	Media ± DE	Mediana (RIQ)	P	Media ± DE	Mediana (RIQ)	P
N.º de tipo de drogas consumidas									
1 a 2	26,2 ± 9,0	28 (22,3; 32,8)		46,3 ± 7,5	45 (43,3; 51,8)		46,2 ± 5,2	46,5 (43,3; 48,8)	
3 a 4	23,8 ± 6,6	25,5 (17,3; 29)	0,336‡	45,9 ± 6,9	44,5 (41,3; 49,5)	0,926‡	45,8 ± 5,8	45 (41; 50,8)	0,590‡‡
5 a más	24,6 ± 6,3	24 (19; 29,5)		45,9 ± 6,7	45 (40,5; 50)		47,9 ± 4,2	48 (46; 50,5)	
Tiempo de internamiento									
Menos de 100 días	24,0 ± 7,7	25,5 (17,8; 30)	0,445††	47,3 ± 7,8	44,5 (42; 53)	0,384†	46,6 ± 5,7	46,5 (41,8; 51)	0,576††
100 días o más	25,5 ± 6,5	27 (21; 30)		44,0 ± 4,8	45 (39; 47)		45,7 ± 5,0	46 (43; 49)	
N.º de trastornos comórbidos									
Ninguno	26,0 ± 7,4	29 (21; 31)		44,7 ± 7,1	44 (39; 48)		45,3 ± 5,5	45 (41; 49)	
1	24,1 ± 6,9	26 (18; 28)		46,9 ± 6,6	46 (43; 50)		47,2 ± 4,8	47 (45; 50)	
2	23,2 ± 7,8	25 (14,5; 30,3)	0,299‡‡	46,0 ± 8,1	44 (40,3; 51,3)	0,446‡	44,7 ± 7,3	42,5 (39; 52,8)	0,427‡‡
3	13 ± 0	13 (13; 13)		52 ± 0	52 (52; 52)		51 ± 0	51 (51; 51)	
Total	24,6 ± 7,2	26 (20; 30)		46 ± 6,9	45 (42; 48)		46,2 ± 5,4	46 (43; 50)	

DE: desviación estándar; RIQ: rango intercuartil; IDERE-R: Inventario de Depresión Rasgo; IDARE-R: Inventario de Ansiedad Rasgo.

†Prueba U de Mann-Whitney; ††Prueba t de Student para muestras independientes; ‡Prueba H de Kruskal-Wallis; ‡‡Prueba ANOVA de un factor.



**Correlación entre los cuestionarios IDARE-R, IDERE-R y APGAR-family**

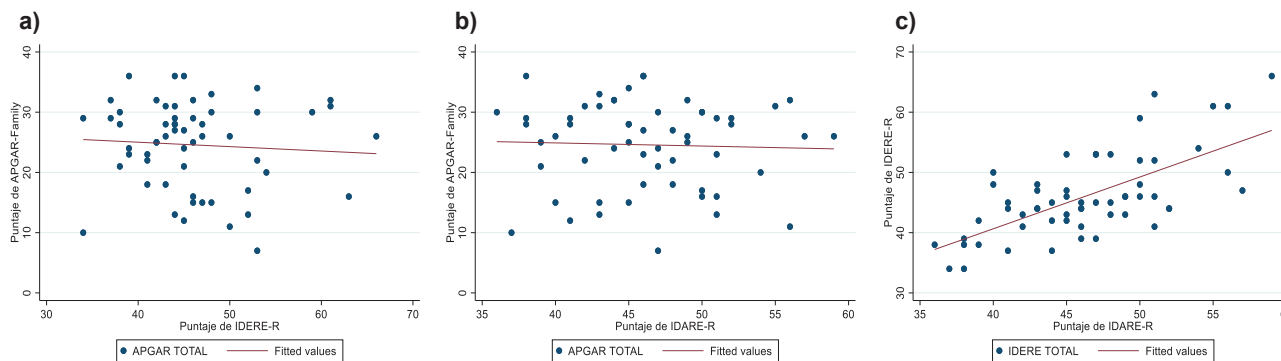
Observamos que los puntajes del APGAR-family tuvieron una correlación inversa no significativa con el puntaje de IDARE-R ( $\rho = -0,061$ ;  $p = 0,654$ ). De igual forma, los puntajes del APGAR-family tuvieron

una correlación inversa no significativa con el puntaje de IDERE-R ( $\rho = -0,084$ ;  $p = 0,533$ ). Los puntajes del IDARE-R e IDERE-R tuvieron una correlación lineal directa moderada ( $\rho = 0,599$ ;  $p < 0,001$ ) (tabla 7) (figura 1).

**Tabla 7.** Evaluación de la correlación entre los puntajes de las encuestas realizadas.

Variables para correlacionar	Coefficiente rho	Valor de p†
APGAR-family   IDERE-R	-0,084	0,533
APGAR-family   IDARE-R	-0,061	0,654
IDERE-R   IDARE-R	0,599	< 0,001

†Prueba coeficiente de correlación Spearman.



**Figura 1.** Gráficos de dispersión.

a) APGAR-family e IDERE-R; b) APGAR-family e IDARE-R; c) IDARE-R e IDERE-R.

Entre las variables sociodemográficas, el número de familiares tuvo una correlación inversa con el número de trastornos comórbidos ( $\rho = -0,296$ ;  $p = 0,025$ ) y una correlación inversa moderada con la edad ( $\rho = -0,317$ ;  $p = 0,016$ ). En una evaluación *post-hoc* de los resultados se determinó que la potencia de la correlación entre las sintomatologías ansiosa y depresiva fue de 99,9 % con una significancia unilateral.

**DISCUSIÓN**

En la evaluación de la disfuncionalidad familiar, sintomatología ansiosa y depresiva, se evidenció que la mayoría de los participantes presentaba niveles normales de funcionalidad, mientras que los rasgos ansiosos y depresivos tendieron hacia estados negativos. No se encontró relación entre la disfuncionalidad familiar y dichas sintomatologías; sin embargo, sí hubo una correlación lineal directa entre los puntajes de ansiedad y depresión.

En la presente investigación se analizaron en conjunto tres aspectos que usualmente se valoran por separado: disfunción familiar, ansiedad y depresión. Entre los pocos estudios que evalúan estos tres fenómenos en conjunto en poblaciones similares a la nuestra, se encuentra el de Merchán-Hamann et al. (19), ejecutado en centros de tratamiento para trastorno por consumo y dependencia a sustancias en ocho países (Brasil, Chile, Guatemala, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Uruguay), y en el cual encontraron, en la mayoría de países, una función familiar normal y altos niveles de ansiedad y depresión.

En el Perú, no se han identificado antecedentes de la asociación analizada en pacientes de centros de rehabilitación para trastorno por consumo de sustancias. El antecedente nacional más cercano encontró que la disfunción familiar se asoció a ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de la carrera de Medicina Humana; sin embargo, dichos resultados

no son extrapolables a una población internada por trastorno por consumo de sustancias debido a su mayor complejidad psicosocial (20).

En nuestro estudio, el 19,3 % de los internos por trastorno por consumo de sustancias tenía disfuncionalidad familiar. Este resultado es concordante con el estudio multicéntrico de Merchán-Hamann et al. (19), realizado en adultos con trastorno por consumo de sustancias en centros de tratamiento especializado, donde se encontró disfuncionalidad familiar entre el 10 % y 20 % en la mayoría de los países, siendo más prevalente en Panamá (50,9 %); asimismo, en este país se halló una mayor cantidad de pacientes que viven solos, lo cual contrasta con nuestro estudio.

Nuestra hipótesis para que solo uno de cinco internos estuviera expuesto a disfuncionalidad familiar es que estos pacientes se encuentran en tratamiento y la convivencia con otros internos constituye un mayor soporte (de tipo emocional, instrumental e informativo) para el proceso de afrontamiento y recuperación del paciente, y que, asimismo, permite una reinserción social más efectiva y menos recaídas (21). Cabe resaltar que nuestro estudio fue realizado en un centro privado, donde usualmente un familiar es el encargado de llevar al interno, mantener contacto con él y asumir los gastos que se generen. Si bien en esta investigación no se ha evaluado directamente a los familiares, consideramos que el hecho de recibir dicho soporte influye en la percepción de funcionalidad de los participantes.

Otra posible explicación de los hallazgos radica en el sesgo de deseabilidad social, es decir, una tendencia a negar ciertas cualidades o atributos socialmente «indeseables» (22). Ello pudo ocasionar que nuestros participantes hayan señalado una buena funcionalidad familiar con el objetivo de quedar «bien», y no porque realmente sea así. Una situación similar fue descrita en un estudio transversal realizado en pacientes internados por adicción a metadona, quienes tuvieron la tendencia a negar aspectos negativos acerca de sus familias (23).

Otros estudios han descrito mayores niveles de disfuncionalidad familiar en usuarios de drogas. Un estudio en una cohorte de 240 individuos, divididos equitativamente entre adictos y no adictos, encontró una diferencia significativa respecto a las relaciones conflictivas a nivel familiar con mayores niveles de angustia emocional (24). Un estudio transversal realizado en pacientes con trastorno por consumo de sustancias de un centro de rehabilitación en Nepal encontró una prevalencia de malestar psicológico (ansiedad y depresión) del 51 %, y se observó una

relación positiva con la disfuncionalidad familiar, la cual fue medida con el mismo cuestionario de nuestra investigación (25).

Encontramos una correlación directa entre la sintomatología ansiosa y depresiva (indicador de consistencia entre ambas escalas), al igual que otros estudios en población general (24, 26) o en población con trastorno por consumo de sustancias (27). Dicha correlación se debe a que ambas sintomatologías presentan una amplia comorbilidad (entre el 20 % y 70 %), debido a denominadores comunes a nivel biológico. Se han encontrado alteraciones a nivel de las vías límbicas responsables de la regulación de las emociones en pacientes con depresión y ansiedad, así como estresores sociales que usualmente inician en la preadolescencia (28).

Un estudio descriptivo transversal de 88 pacientes internados debido a trastorno por consumo de sustancias determinó altos niveles de sintomatología ansioso-depresiva con los mismos cuestionarios empleados en el presente estudio (9). De igual forma, en un estudio descriptivo en 100 pacientes adictos de un centro neuropsiquiátrico, el 97 % de los participantes tuvo sintomatología ansiosa, de los cuales el 67 % fue severa; mientras que el 93 % presentó sintomatología depresiva, entre los cuales el 72 % fue severa (29). Uno de los motivos para identificar dichas sintomatologías radica en su asociación con una mayor tasa de pacientes que no culminan el tratamiento (30). Cabe resaltar que la mayoría de los participantes en nuestro estudio tenían poco tiempo de internamiento, donde cabe la posibilidad de presentarse un síndrome de abstinencia. Dicho fenómeno se caracteriza por alteraciones tanto a nivel físico como psicológico, asociadas a un deseo intenso por consumir la sustancia en cuestión, junto a síntomas ansiosos y depresivos (31).

En nuestro estudio encontramos un mayor nivel de sintomatología ansiosa entre los participantes jóvenes. Este hallazgo se alinea con los resultados de un estudio realizado en varios centros de rehabilitación, que identificó una mayor proporción de problemas psicosociales entre los participantes menores de 30 años (32). Sin embargo, contrasta con otro estudio con el mismo diseño y que utilizó el cuestionario IDARE-R para la sintomatología ansiosa. Dicho estudio encontró mayores niveles de ansiedad en participantes entre los 41 y 50 años (adultos), aunque esta diferencia puede deberse a que la totalidad de la población del estudio estaba en fase de deshabitación e incluía a mujeres (9); en cambio, nuestro estudio contó únicamente con participantes varones y en diferentes períodos de internamiento.

Un aspecto interesante de nuestro estudio es la elevada aceptación que tienen los participantes del aporte económico que reciben por parte de su familia. Una posible explicación de dicho resultado es la codependencia que desarrolla la familia con el miembro que adolece de un problema de adicción. Una de las actitudes más resaltantes es la entrega de dinero al miembro adicto, a sabiendas que dicho recurso será usado en la obtención de la droga (33).

En relación con los trastornos comórbidos, resulta llamativo que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno disocial de la personalidad hayan sido los más prevalentes de nuestro estudio, a diferencia de lo descrito en la literatura que reporta a los trastornos del estado de ánimo (26 %), seguido de los trastornos de ansiedad (28 %) (19). Sin embargo, dadas las características en común de los primeros trastornos mencionados, como la impulsividad, la incapacidad de controlar emociones, la baja autoestima y la predisposición a comportamientos delictivos (en especial el trastorno disocial) (34), hace susceptible a dichos individuos para desarrollar trastornos adictivos (23, 30). En el caso del TDAH, la comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias es del 20 %, y son especialmente vulnerables a la marihuana, la nicotina y a los estimulantes (35). Mientras que, con relación al trastorno disocial, un estudio transversal y multicéntrico con 738 pacientes encontró una alta tasa de dicho trastorno en consumidores de drogas, especialmente el crack (25 %), así como mayor predisposición a cometer actos ilícitos (36).

En nuestro estudio, la mayor parte de los participantes eran policonsumidores, mientras que la combinación más frecuente fue la de PBC y marihuana. Si bien el patrón de policonsumo es frecuente entre los adictos, las combinaciones son dependientes de la situación y país. Por ejemplo, un estudio realizado en Italia con 1025 pacientes ambulatorios y pertenecientes a ambos sexos determinó que la principal droga de policonsumo era el alcohol (60 %), mientras que la combinación más frecuente fue la de alcohol y cocaína (18 %); dicha diferencia puede deberse a las disparidades en el poder adquisitivo promedio del ciudadano de cada país, siendo la cocaína una droga más costosa en relación con la PBC y la marihuana. Además, los participantes del estudio eran ambulatorios, mientras que los de nuestro estudio fueron internos (37). Se ha descrito que el policonsumo de sustancias se asocia a una mayor severidad en las comorbilidades psiquiátricas, así como a mayores tasas de abandono al tratamiento (38).

Las drogas más empleadas por los participantes fueron la marihuana, el alcohol, la PBC y la cocaína. Resultados similares han sido descritos en estudios peruanos que estudiaron la prevalencia de consumo de drogas a nivel urbano, aunque con porcentajes variables. Un estudio realizado por Castro (39) identificó como drogas más prevalentes al alcohol (87,9 %), el tabaco (63,4 %), la marihuana (10,3 %), la PBC (4,1 %) y la cocaína (3,9 %). Una posible explicación a la variación en la prevalencia de sustancias respecto a nuestro estudio es que este fue realizado en la población general a nivel urbano y no en internos de un centro de rehabilitación, donde los usuarios tienen un trastorno relacionado al consumo.

Se evidenció que la cocaína tuvo un promedio de edad de inicio más alto, mientras que para el alcohol fue un inicio más bajo, pero el tiempo de consumo fue más prolongado. Dichos resultados son similares a los encontrados en el reporte de DEVIDA (11) en el Callao, donde el 34,4 % de los encuestados iniciaron el consumo de alcohol entre los 12 y 18 años, mientras que el consumo de cocaína inicio entre los 19 y 28 años. Dicho patrón en la edad de inicio del consumo de alcohol se puede explicar por la realidad sociocultural del Perú, favorecido por factores como la asequibilidad de la compra y la actitud permisiva frente al consumo, además de la mayor curiosidad en los jóvenes (40).

Entre las limitaciones del estudio, no se pudo acceder a otras variables de interés, como el grado de educación o el tiempo de consumo de drogas no principales, así como tampoco se incluyó a mujeres por solicitud del centro. Asimismo, no incluimos las medicaciones psiquiátricas empleadas por los participantes ni sus posibles efectos sobre las variables estudiadas, lo que podría llevar a una subestimación de los valores en las escalas. No se enroló a los familiares de los participantes, cuya participación hubiera servido para una visión más amplia de las relaciones intrafamiliares. Una estrategia para aminorar algunas limitaciones hubiera sido la evaluación mediante una entrevista realizada por personal especializado en salud mental.

## CONCLUSIONES

No encontramos relación entre la sintomatología ansioso-depresiva con el nivel de funcionalidad familiar. Se identificó una correlación lineal directa entre los puntajes de sintomatología ansiosa y depresiva entre los internos por trastorno de consumo de sustancias. Además, hubo un mayor grado de ansiedad en los jóvenes, comportamiento similar en las mediciones de depresión sin ser significativas. Las drogas más consumidas fueron marihuana, alcohol,

PBC y cocaína; siendo PBC-marihuana la combinación más frecuente. Los trastornos comórbidos más prevalentes fueron el TDAH y el trastorno disocial de la personalidad.

Recomendamos que más estudios evalúen la relación de dichas variables en poblaciones con trastorno por consumo de sustancias. Otra variable a considerar es el apoyo social; por ello, es importante mejorar el involucramiento de la familia en la rehabilitación con visitas y sesiones grupales de terapia. Se recomienda evaluar constantemente la sintomatología ansiosa y depresiva de los internos y que sea abordada por los profesionales respectivos, dado que ello influirá en su proceso de rehabilitación y mantenimiento a largo plazo.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

**Financiación:** Autofinanciado.

#### Contribución de autoría

**RAH:** conceptualización, curación de datos, metodología, administración del proyecto, recursos, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original, redacción (revisión y edición).

**KBAS:** conceptualización, curación de datos, análisis formal, recolección de datos, metodología, administración del proyecto, recursos, validación, visualización, redacción del borrador original, redacción (revisión y edición).

**LFRC:** análisis formal, metodología, recursos, supervisión, validación.

**Agradecimientos:** A Edward Tennison Maynetto, por el apoyo en las coordinaciones con el centro de rehabilitación Fuente de Agua Viva; y al Dr. Gilmer Solis, de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de Piura, por su apoyo en la revisión de la introducción y los resultados del presente estudio.

#### REFERENCIAS

- Zumba DM. Disfuncionalidad familiar como factor determinante de las habilidades sociales en adolescentes de la Fundación Proyecto Don Bosco [proyecto de investigación previo a la obtención de título en Internet]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2017. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/7639>
- McKay JR, Murphy RT, Rivinus TR, Maisto SA. Family dysfunction and alcohol and drug use in adolescent psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1991; 30(6): 967-972. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00004583-199111000-00015>
- Hidalgo CG, Santis R, Rodríguez J, Hayden V, Anselmo E. Family functioning of out-of-treatment cocaine base paste and cocaine hydrochloride users. *Addict Behav* [Internet]. 2008; 33(7): 866-879. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.02.004>
- Justinova Z, Panlilio LV, Goldberg SR. Drug addiction [Internet]. En: Kendall D, Alexander S, editores. *Behavioral Neurobiology of the Endocannabinoid System*. Berlin: Springer; 2009. pp. 309-346. Disponible en: [https://doi.org/10.1007/978-3-540-88955-7\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-540-88955-7_13)
- United Nations, United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2021*. Booklet 1 [Internet]. Viena: UN; 2021. Disponible en: [https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021\\_booklet-1.html](https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021_booklet-1.html)
- Sugaya N, Haraguchi A, Ogai Y, Senoo E, Higuchi S, Umeno M, et al. Family dysfunction differentially affects alcohol and methamphetamine dependence: a view from the Addiction Severity Index in Japan. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2011; 8(10): 3922-3937. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph8103922>
- He J, Yan X, Wang R, Zhao J, Liu J, Zhou C, et al. Does childhood adversity lead to drug addiction in adulthood? A study of serial mediators based on resilience and depression. *Front Psychiatry* [Internet]. 2022; 13: 871459. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.871459>
- Collin C. Substance abuse issues and public policy in Canada: I. Canada's Federal Drug Strategy [Internet]. Ottawa: Library of Parliament (CA); 2006. Disponible en: <https://publications.gc.ca/collections/Collection-R/LoPBdP/PRB-e/PRB0615-e.pdf>
- Contreras Y, Mirandaz O, Torres V. Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Rev Cuba Med Mil* [Internet]. 2020; 49(1): e492. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/492>
- Langås AM, Malt UF, Opjordsmoen S. Independent versus substance-induced major depressive disorders in first-admission patients with substance use disorders: an exploratory study. *J Affect Disord* [Internet]. 2013; 144(3): 279-283. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.008>
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. I Estudio sobre prevención y

- consumo de drogas en la población general de Lima Metropolitana y el Callao - 2013 [Internet]. Lima: DEVIDA; 2014. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/devida/informes-publicaciones/3057350-i-estudio-sobre-prevencion-y-consumo-de-drogas-en-la-poblacion-general-de-lima-metropolitana-y-el-callao-2013>
12. Suárez MA, Alcalá M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Méd La Paz* [Internet]. 2014; 20(1): 53-57. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1\\_a10.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf)
  13. Spielberger CD, Díaz-Guerrero R. *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. Ciudad de México: Manual Moderno; 2008.
  14. Martín M, Grau R, Grau JA. El Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE): desarrollo de una versión cubana. *Ter Psicológica* [Internet]. 2003; 21(2): 121-135. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/260079438\\_El\\_inventario\\_de\\_depresion\\_rasgo-estado\\_IDERE\\_Desarrollo\\_de\\_una\\_version\\_cubana](https://www.researchgate.net/publication/260079438_El_inventario_de_depresion_rasgo-estado_IDERE_Desarrollo_de_una_version_cubana)
  15. Anicama G, Pizarro A, Pineda L, Vallenás P, Aguirre M, Villanueva B. Evidencias psicométricas del inventario ansiedad estado-rasgo: IDARE en universitarios de Lima en tiempos de COVID-19. *Psychologia. Avances de la Disciplina* [Internet]. 2021; 15(2): 49-62. Disponible en: <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/5911>
  16. Asillo EY. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes de un centro preuniversitario [tesis de licenciatura en Internet]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2020. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/10089>
  17. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del Cuestionario de Función Familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria* [Internet]. 1996; 18(6): 289-296. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-funcion-14357>
  18. Cuba M, Jurado A, Romero Z, Cuba M. Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el distrito de Los Olivos, Lima. *Rev Méd Hered* [Internet]. 2013; 24(1): 12-16. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/728>
  19. Merchán-Hamann E, Leal EM, Basso L, García M, Reid P, Kulakova OV, et al. Comorbilidad entre abuso/dependencia de drogas y el estrés psicológico en siete países de Latinoamérica y uno del Caribe. *Texto Context Enferm* [Internet]. 2012; 21: 87-95. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000500012>
  20. Díaz D. Depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de Medicina en una universidad nacional peruana [tesis de doctorado en Internet]. Lima: Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/79801>
  21. Sari DM, Fatah MZ, Nurmala I. Family's role in helping drug abuser recovery process. *J PROMKES* [Internet]. 2021; 9(1): 59-68. Disponible en: <https://doi.org/10.20473/jpk.V9.I1.2021.59-68>
  22. Grimm P. Social desirability bias [Internet]. En Sheth JN, Malhotra NK, editores. *Wiley International Encyclopedia of Marketing* [Internet]. Nueva Jersey: John Wiley & Sons; 2010. Disponible en: [https://web.archive.org/web/20240422032818/https://oj8k.gitee.io/knowledge\\_management/files/readings/sdb\\_intro.pdf](https://web.archive.org/web/20240422032818/https://oj8k.gitee.io/knowledge_management/files/readings/sdb_intro.pdf)
  23. Gibson D, Wermuth L, Sorensen JL, Menicucci L, Bernal G. Approval need in self-reports of addicts and family members. *Int J Addict* [Internet]. 1987; 22(9): 895-903. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/10826088709027468>
  24. Pinheiro R, Pinheiro KA, Magalhães P, Horta B, da Silva R, Sousa PL, et al. Cocaine addiction and family dysfunction: a case-control study in southern Brazil. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2006; 41(3): 307-316. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10826080500409167>
  25. Gyawali B, Choulagai BP, Paneru DP, Ahmad M, Leppin A, Kallestrup P. Prevalence and correlates of psychological distress symptoms among patients with substance use disorders in drug rehabilitation centers in urban Nepal: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016; 16(1): 314. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1003-6>
  26. Arrieta K, Díaz S, González F. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de Odontología: prevalencia y factores relacionados. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2013; 42(2): 173-181. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70004-0](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70004-0)
  27. Spielberger C, Buela-Casal G, Agudelo D, Carretero-Dios H, Santolaya F. Analysis of convergent and discriminant validity of the Spanish experimental version of the State-Trait Depression Questionnaire

- (ST-DEP). *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2005; 33(6): 374-382. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/16292721>
28. Mohamed II, Ahmad HE, Hassaan SH, Hassan SM. Assessment of anxiety and depression among substance use disorder patients: a case-control study. *Middle East Curr Psychiatry* [Internet]. 2020; 27(1): 22. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s43045-020-00029-w>
  29. Kalin NH. The critical relationship between anxiety and depression. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2020; 177(5): 365-367. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030305>
  30. Daigre C, Perea-Ortueta M, Berenguer M, Esculies O, Sorribes-Puertas M, Palma-Alvarez R, et al. Psychiatric factors affecting recovery after a long term treatment program for substance use disorder. *Psychiatry Res* [Internet]. 2019; 276: 283-289. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.026>
  31. Méndez-Díaz M, Romero BM, Cortés J, Ruíz-Contreras AE, Prospéro-García O. Neurobiología de las adicciones. *Rev Fac Med* [Internet]. 2017; 60(1): 6-16. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422017000100006](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000100006)
  32. Poudel A, Sharma C, Gautam S, Poudel A. Psychosocial problems among individuals with substance use disorders in drug rehabilitation centers, Nepal. *Subst Abuse Treat Prev Policy* [Internet]. 2016; 11(1): 28. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13011-016-0072-3>
  33. Denning P. Harm reduction therapy with families and friends of people with drug problems. *J Clin Psychol* [Internet]. 2010; 66(2): 164-174. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jclp.20671>
  34. Storebø OJ, Simonsen E. The association between ADHD and Antisocial Personality Disorder (ASPD): a review. *J Atten Disord* [Internet]. 2016; 20(10): 815-824. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1087054713512150>
  35. Schellekens AF, van den Brink W, Kiefer F, Goudriaan AE. Often overlooked and ignored, but do not underestimate its relevance: ADHD in addiction - addiction in ADHD. *Eur Addict Res* [Internet]. 2020; 26(4-5): 169-172. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000509267>
  36. Kessler FH, Terra M, Faller S, Stolf A, Peuker AC, Benzano D, et al. Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. *Am J Addict* [Internet]. 2012; 21(4): 370-380. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.00245.x>
  37. Bonfiglio NS, Portoghese I, Renati R, Mascia ML, Penna MP. Polysubstance use patterns among outpatients undergoing substance use disorder treatment: a latent class analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022; 19(24): 16759. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph192416759>
  38. Krawczyk N, Feder KA, Saloner B, Crum RM, Kealhofer M, Mojtabai R. The association of psychiatric comorbidity with treatment completion among clients admitted to substance use treatment programs in a U.S. national sample. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2017; 175: 157-163. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.02.006>
  39. Castro R. Consumo de drogas en el Perú. *Debate Agrar* [Internet]. 2005; 39: 127-154. Disponible en: <https://cepes.org.pe/wp-content/uploads/2019/03/05-mata.pdf>
  40. Molina-Quñones HJ, Salazar-Taquiri V. Factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes residentes en Lima, Perú. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2022; 21(3): e4655. Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4655>