



# POSGRADOS

## MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN INTERVENCIÓN CLÍNICA INDIVIDUAL Y GRUPAL

RPC-SO-05-NO.156-2021

OPCIÓN DE TITULACIÓN:

PROYECTO DE TITULACIÓN CON  
COMPONENTES DE INVESTIGACIÓN  
APLICADA Y/O DE DESARROLLO

TEMA:

SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE  
ANSIEDAD GENERALIZADA COMO  
FACTOR DE RIESGO DEL CONSUMO  
DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS EN  
HABITANTES DE 20 A 50 AÑOS DE  
EDAD EN EL CENTRO HISTÓRICO  
DEL DISTRITO METROPOLITANO DE  
QUITO PERIODO 2024

AUTOR(ES)

ESTEBAN PAÚL BARAHONA PIEDRA

DIRECTOR:

MARÍA EUGENIA BARROS PONTÓN

QUITO – ECUADOR

2024

**Autor(es):**



**Esteban Paúl Barahona Piedra**

Licenciado en Psicología

Candidato a Magíster en Psicología con Mención en Intervención Clínica Individual y Grupal por la Universidad Politécnica Salesiana – Sede Quito.

psic\_paul\_esteban@outlook.com

**Dirigido por:**



**María Eugenia Barros Pontón**

Psicóloga Clínica

Magister en Intervención Psicosocial Familiar

mbarros@ups.edu.ec

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra para fines comerciales, sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual. Se permite la libre difusión de este texto con fines académicos investigativos por cualquier medio, con la debida notificación a los autores.

DERECHOS RESERVADOS

2024 © Universidad Politécnica Salesiana.

QUITO– ECUADOR – SUDAMÉRICA

**ESTEBAN PAUL BARAHONA PIEDRA**

**SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA COMO FACTOR DE RIESGO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS EN HABITANTES DE 20 A 50 AÑOS DE EDAD EN EL CENTRO HISTÓRICO DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO PERIODO 2024.**

## **DEDICATORIA**

A mis amados padres:

A medida que culmina este viaje de aprendizaje y crecimiento académico, no puedo dejar pasar la oportunidad de dedicar este trabajo de investigación para ustedes, mis ejemplos de amor incondicional y sacrificio. Este logro que ahora sostengo con orgullo, no solo representa el resultado de años de arduo trabajo y dedicación, sino también es el reflejo de su infinito amor.

Con todo mi amor les dedico a ustedes, los pilares de mi vida, quienes con su amor y apoyo incondicional han sido mi mayor inspiración. Cada página escrita es un reflejo de su fe en mí, de sus bendiciones, de sus consejos y sobre todo de los sacrificios que han hecho para verme triunfar. Todo el esfuerzo y dedicación invertidos en esta investigación son un homenaje a su incansable labor y devoción hacia mi crecimiento y desarrollo.

Este logro es suyo tanto como mío, pues cada paso de este camino que por ahora llega a su fin, ha sido juntos. Que estas palabras sirvan como un humilde recordatorio de mi eterna deuda con ustedes mis amados padres Pablo y Norma. Que sigan siendo mi luz en los momentos oscuros y mi fuerza en los momentos de duda.

*“Porque todo lo que soy y todo lo que he logrado, se lo debo a ustedes. Y sé que nada de esto habría sido posible sin sus bendiciones, amor y apoyo incondicional, este trabajo les pertenece”.*

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a quienes han sido mi pilar fundamental durante todo este proceso:

A mi papá Pablo, gracias por ser mi ejemplo de perseverancia y dedicación. Tu incansable esfuerzo me ha enseñado el valor del compromiso y la importancia de luchar por mis sueños. Tus palabras de aliento y tu fe inquebrantable en mis capacidades me han dado la fuerza para superar cada obstáculo que se ha presentado en el camino. Sin tu guía y tu apoyo, no habría podido llegar hasta aquí.

A mi mamá Norma, mi refugio y mi mayor apoyo incondicional. Gracias por tu amor, tus consejos y por estar siempre a mi lado en los momentos más difíciles. Tus enseñanzas, siempre llenas de sabiduría y cariño, han sido una luz en los momentos de incertidumbre en mi vida.

A mis abuelitas, quienes con sus bendiciones y oraciones han sido una inspiración y una fuerza protectora a lo largo de mi vida. Sus palabras llenas de sabiduría y amor me han dado la motivación necesaria para seguir adelante.

Todos ustedes han sido mi fuente de motivación y mis grandes ejemplos a seguir. Su dedicación y sacrificio han sido la base sobre la cual he construido mis logros. Este trabajo es tanto de ustedes como mío, pues sin su amor y apoyo incondicional, este sueño no habría sido posible.

# TABLA DE CONTENIDO

Resumen .....	8
Abstract .....	10
<b>1. Introducción .....</b>	<b>12</b>
<b>2. Determinación del Problema .....</b>	<b>14</b>
<b>3. Marco Teórico Referencial .....</b>	<b>17</b>
3.1 Ansiedad Generalizada.....	19
3.1.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	20
3.1.2 Criterios Diagnósticos .....	21
3.1.3 Síntomas.....	24
3.1.3.1 Duración e Intensidad de los síntomas .....	25
3.1.3.2 Síntomas Leves .....	25
3.1.3.3 Síntomas Moderados .....	26
3.1.3.4 Síntomas Severos .....	27
3.1.4 Factores de Riesgo .....	27
3.1.5 Impacto Funcional.....	28
3.2 Consumo de Sustancias Psicotrópicas .....	29
3.2.1 Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS).....	30
3.2.2 Clasificación de sustancias Psicotrópicas.....	31
3.2.2.1 Según sus efectos en el sistema nervioso central.....	31
3.2.2.1.1 Estimulantes .....	31
3.2.2.1.2 Depresoras.....	31
3.2.2.1.3 Alucinógenas.....	32
3.2.2.2 Según su origen .....	32
3.2.2.2.1 Naturales .....	32
3.2.2.2.2 Sintéticas.....	32
3.2.2.3 Según su situación Legal .....	32
3.2.2.3.1 Ilícitas .....	32
3.2.2.3.2 Lícitas .....	32
3.2.2.4 Nuevas sustancias Psicoactivas .....	32
3.2.2.4.1 Emergentes.....	32
3.2.3 Factores de Riesgo .....	32
3.2.3.1 Psicológicos .....	34
3.2.3.2 Psicosociales.....	34

3.2.3.3 Ambientales .....	35
3.2.3.4 Farmacológicos .....	35
3.2.4 Prevalencia.....	35
3.2.5 Impacto Funcional.....	36
3.3 Funcionalidad de las sustancias psicotrópicas frente a los síntomas de ansiedad ..	37
3.3.1 Regulación de la Hiperactivación Emocional .....	38
3.3.2 Modulación de los Problemas de Sueño .....	38
3.3.3 Manejo de los Síntomas Somáticos .....	39
3.3.4 Mantenimiento del Ciclo de Ansiedad.....	39
3.3.5 Patología Dual .....	40
<b>4. Materiales y metodología .....</b>	<b>42</b>
4.1 Tipo de Estudio.....	42
4.2 Tipo de Diseño .....	42
4.3 Tipo de Alcance .....	42
4.4 Población y Muestra .....	42
4.5 Consideraciones Éticas.....	42
4.6 Instrumentos.....	43
4.7 Análisis de datos .....	44
<b>5. Resultados y discusión .....</b>	<b>46</b>
<b>6. Conclusiones.....</b>	<b>55</b>
<b>7. Referencias .....</b>	<b>57</b>
<b>8. Anexos .....</b>	<b>66</b>
8.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	66
8.2 CUESTIONARIO BREVE DE EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-7) .....	69
8.3 LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (ASSIST V3.1) .....	70

SÍNTOMAS DEL  
TRASTORNO DE  
ANSIEDAD GENERALIZADA  
COMO FACTOR DE RIESGO  
DEL CONSUMO DE  
SUSTANCIAS  
PSICOTRÓPICAS EN  
HABITANTES DE 20 A 50  
AÑOS DE EDAD EN EL  
CENTRO HISTÓRICO DEL  
DISTRITO  
METROPOLITANO DE  
QUITO PERIODO 2024

AUTOR:

ESTEBAN PAÚL BARAHONA PIEDRA

# RESUMEN

---

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se define como una preocupación excesiva e incontrolable sobre diversas actividades o eventos cotidianos, afectando significativamente la calidad de vida de quienes la padecen, interfiriendo en su funcionamiento diario y bienestar emocional. En los últimos años, se ha observado un aumento en el consumo de sustancias psicotrópicas, lo que representa un problema de salud pública. Sin embargo, la relación específica entre los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el consumo de estas sustancias aún requiere una mayor investigación para comprender su dinámica y los factores que pueden influir en esta relación. El objetivo principal de este estudio fue analizar la relación entre los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada y el consumo de sustancias psicotrópicas en habitantes de 20 a 50 años de edad en el Centro Histórico del Distrito Metropolitano de Quito periodo 2024.

Para llevar a cabo la presente investigación, se empleó un enfoque metodológico cuantitativo, utilizando un diseño no experimental transversal para observar y describir los fenómenos sin manipular variables. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, con una muestra de 65 participantes de edades entre 20 a 50 años, dentro el contexto del Centro Histórico del Distrito Metropolitano de Quito, ya que se observó una población diversa que enfrenta múltiples factores estresantes, lo que posiblemente incrementó la vulnerabilidad de presentar síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y, subsecuentemente, al consumo de sustancias psicotrópicas. Los participantes fueron evaluados mediante baterías psicológicas estandarizadas como La Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) para identificar la presencia y severidad de los síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), así como La escala psicológica ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) para identificar el tipo de consumo de sustancias psicotrópicas.

Los resultados mostraron que el 52,3% de los participantes no presentaron síntomas de Ansiedad Generalizada, mientras que el 10,8% presentaron síntomas severos. En

cuanto al consumo de sustancias, el 83,1% indicó fumar cigarrillos y el 98,5% consumir alcohol, siendo estas sustancias las más consumidas. Las sustancias ilícitas como el cannabis (27,7%) y la cocaína (20%) también tuvieron una presencia notable de consumo. Se encontró una correlación significativa entre los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el consumo de cannabis ( $\rho=0.507$ ) y cocaína ( $\rho=0.483$ ), así como una correlación baja pero significativa con los estimulantes ( $\rho=0.318$ ) y alucinógenos ( $\rho=0.360$ ) siendo estas sustancias psicotrópicas. Estos hallazgos muestran una correlación significativa entre los síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) señalando que pueden actuar como un factor de riesgo para el consumo de ciertas sustancias psicotrópicas como cannabis, cocaína, estimulantes y alucinógenos.

**Palabras clave:**

Ansiedad Generalizada, Sustancias Psicotrópicas, Síntomas, Consumo, Trastorno

## ABSTRACT

---

Generalized Anxiety Disorder (GAD) is defined as excessive and uncontrollable worry about various activities or events, significantly affecting the quality of life of those who suffer from it, interfering with their daily functioning and emotional well-being. In recent years, an increase in the consumption of psychotropic substances has been observed, representing a public health problem. However, the specific relationship between GAD symptoms and the consumption of these substances still requires further research to understand its dynamics and the factors that may influence this relationship. The main objective of this study was to analyze the relationship between Generalized Anxiety Disorder symptoms and the consumption of psychotropic substances among individuals aged 20 to 50 years in the Historic Center of the Metropolitan District of Quito.

To conduct this research, a quantitative methodological approach was employed, using a non-experimental cross-sectional design to observe and describe phenomena without manipulating variables. A non-probabilistic convenience sampling was carried out, with a sample of 65 participants aged between 20 and 50 years, within the context of the Historic Center of the Metropolitan District of Quito. This area was chosen due to its diverse population facing multiple stress factors, which possibly increased their vulnerability to presenting Generalized Anxiety Disorder (GAD) symptoms and subsequently, the consumption of psychotropic substances. Participants were assessed using standardized psychological batteries such as the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) to identify the presence and severity of GAD symptoms, as well as the ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) to identify the consumption of psychotropic substances.

The results showed that 52.3% of the participants did not present generalized anxiety symptoms, while 10.8% presented severe symptoms. Regarding substance consumption, 83.1% indicated smoking cigarettes and 98.5% consuming alcohol, making these the most consumed substances. Illicit substances such as cannabis (27.7%) and cocaine (20%) also had a notable consumption presence. A significant correlation was found between GAD symptoms and the consumption of cannabis ( $\rho=0.507$ ) and cocaine ( $\rho=0.483$ ), as well

as a low but significant correlation with stimulants ( $\rho=0.318$ ) and hallucinogens ( $\rho=0.360$ ). These findings show a significant correlation between generalized anxiety symptoms, indicating that they may act as a risk factor for the consumption of certain psychotropic substances such as cannabis, cocaine, stimulants, and hallucinogens.

**Keywords:**

Generalized Anxiety, Psychotropic Substances, Symptoms, Use, Disorder.

# 1. INTRODUCCIÓN

---

La Ansiedad es una reacción ante circunstancias que generan temor o peligro, esta puede considerarse normal en contextos estresantes. No obstante, cuando los sentimientos de ansiedad son desproporcionados y carecen de una causa clara, se puede considerar ansiedad patológica. Diversas investigaciones han mostrado que un gran número de adultos experimenta ansiedad, en gran parte debido a la exposición continua a situaciones estresantes que son parte de la vida diaria, y pueden impactar significativamente en su bienestar psicológico, físico y emocional. Entre estas situaciones se encuentran desafíos académicos, laborales, familiares, económicos y profesionales. Como lo señala la American Psychological Association (2013):

La ansiedad es una reacción humana normal ante situaciones estresantes. Sin embargo, para quienes padecen trastornos de ansiedad, esos miedos y preocupaciones no desaparecen. La ansiedad se mantiene constante e incluso puede intensificarse con el tiempo, este fenómeno se conoce como ansiedad patológica.

Los trastornos de ansiedad alcanzan un impacto significativo dentro de la capacidad para funcionar tanto en el ámbito laboral como en el escolar, así como en situaciones sociales. Cabe recalcar que existen diferentes tipos de trastornos de ansiedad, sin embargo, esta investigación se centrará en específico en el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), ha surgido como un desafío importante dentro del panorama contemporáneo de la salud mental, el cual se manifiesta en personas de distintas edades y entornos socioculturales diversos. La American Psychological Association (2013) definió este trastorno como:

Preocupación excesiva por una amplia gama de cuestiones como problemas de salud o financieros, y pueden tener la sensación de que algo malo va a suceder. Los síntomas que se manifiestan incluyen: agitación, mal humor, tensión en los músculos, problemas para mantener la concentración, dificultades para dormir y, por lo general, una sensación de nerviosismo intenso.

Un tema de especial preocupación en relación con el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es su posible conexión con el uso de sustancias psicotrópicas. Valdés, A., et al. (2018) caracterizaron el uso de estas sustancias como:

El uso de una sustancia que puede modificar un proceso biológico o químico dentro de un ser vivo con el objetivo específico de tratar una enfermedad, mejorar la resistencia física o alterar la respuesta del sistema inmunológico.

Además, Valdés, A., et al. (2018) concluyó que:

Las sustancias psicoactivas más consumidas a nivel mundial son el alcohol, el tabaco y la cafeína, todas ellas lícitas en la mayoría de las naciones. Desde este punto de vista, un sinónimo más apropiado para el término "droga" sería "sustancia psicoactiva". Es importante mencionar que el consumo problemático de sustancias psicotrópicas puede llevar a la adicción, lo cual se considera una condición grave y crónica.

Los síntomas severos del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) están asociados con una mayor probabilidad de presentar un consumo excesivo de alcohol y tabaco, ambas sustancias de acceso legal, así como un uso más frecuente de cannabis, cocaína y drogas administradas por vía inyectada, entre otras sustancias psicoactivas de carácter ilegal, en comparación con adultos que presentan síntomas leves de Ansiedad Generalizada. Si los individuos experimentan niveles elevados de Ansiedad Generalizada, es probable que busquen formas de automedicarse o gestionar su malestar emocional, recurriendo al consumo de sustancias psicotrópicas para aliviar sus síntomas.

## 2. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

El presente estudio examina las manifestaciones sintomatológicas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) como un factor de riesgo potencialmente significativo para el consumo de sustancias psicotrópicas. Los signos característicos del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) incluyen síntomas somáticos como inquietud, fatiga, irritabilidad, dificultades para concentrarse y trastornos del sueño. En el ámbito psíquico, se observan preocupaciones excesivas y persistentes, así como un estado de ansiedad que interfiere de manera considerable en la vida cotidiana de quienes lo padecen. Estas alteraciones causadas por el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) pueden aumentar la probabilidad de que las personas recurran al consumo de sustancias psicotrópicas como una estrategia de afrontamiento, con el objetivo de gestionar de manera autónoma el malestar emocional.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es una enfermedad mental que impacta a un gran número de personas a nivel global cada día, según la información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2019) calculó que “Un 4% de la población mundial padece actualmente un trastorno de ansiedad. En 2019, 301 millones de personas en el mundo tenían un trastorno de ansiedad, lo que los convierte en los más comunes de todos los trastornos mentales”. Anxiety and Depression Association of America, (2020) estima que “aproximadamente un tercio de los adultos enfrentarán algún tipo de trastorno de ansiedad en algún punto de sus vidas.”. “Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres que en hombres en los Estados Unidos y en todo el mundo” (Our World in Data, 2018).

Dentro del contexto ecuatoriano no se tienen datos epidemiológicos sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Sin embargo, los últimos datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, (2023) señalan que “el 20% de los jóvenes en la nación muestra signos de ansiedad o depresión, mientras que un 10% ha contemplado o intentado el suicidio.”; en paralelo, el consumo de sustancias psicotrópicas como bebidas alcohólicas, nicotina, cannabis, cocaína, drogas inyectables y diferentes sustancias psicotrópicas, constituyen un desafío de salud pública que impacta a personas de todas

las edades. Estas sustancias pueden ocasionar daños tanto físicos como mentales, además de afectar las interacciones sociales y profesionales de las personas.

Según la investigación realizada por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2021), se obtuvo que:

A nivel global, en 2021, se reportó que más de 296 millones de personas hicieron uso de sustancias, lo que representa un incremento del 23% en comparación con la década previa. Además, el número de individuos que sufren de trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicotrópicas ha aumentado considerablemente, alcanzando los 39.5 millones, lo que marca un crecimiento del 45% en los últimos 10 años.

Otro dato importante que se identificó en 2019, la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) señala que:

El cannabis continúa siendo la sustancia más utilizada globalmente, con una estimación de 188 millones de personas que lo consumieron en el año pasado. Durante la última década, la tasa de consumo de cannabis ha permanecido en gran medida constante en todo el mundo, a pesar del aumento observado en América y Asia.

Dentro del contexto Latinoamericano según la Organización Panamericana de Salud (OPS), (2017) indica que “En algún momento de su vida, alrededor de 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres en América Latina y el Caribe experimentan problemas relacionados con el uso de drogas, incluyendo adicción y otros trastornos”.

En específico en Ecuador el consumo de drogas se ha convertido en un problema de gran magnitud que requiere atención primaria. La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), (2021) señala que “en América Latina el promedio de individuos que usan sustancias psicotrópicas es del 24%”. Dentro de las cifras obtenidas en el 2016 la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) señala que “en el país el consumo del alcohol es de 33.10%, tabaco 20.80%, cannabis 39.3%”.

En el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) según INFORME ESTADÍSTICO “CONSUMO DE DROGAS EN EL DMQ”, (2019) indica que:

La prevalencia de consumo del último año, es alta, en promedio 6 de cada 10 estudiantes que en algún momento de su vida han utilizado algún tipo de sustancia

psicotrópica, lo hicieron en el último año. En el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ), y siguiendo la tendencia mundial, la marihuana es el primer psicotrópico consumido en la ciudad por los estudiantes y por ende el de más alta reincidencia, pues 7 de cada 10 estudiantes que alguna vez en su vida la consumieron, lo hicieron en el último año.

Hay que recalcar que estos datos fueron obtenidos en el año 2019 y han pasado seis años que no se ha realizado una actualización de datos que permita tener un panorama actual de la realidad del consumo dentro del país.

Tomando en cuenta estas dos variables principales la sintomatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el consumo de sustancias psicotrópicas, es importante que se realicen más investigaciones del tema para continuar explorando la correlación entre estos síntomas y el consumo de sustancias psicotrópicas como tabaco, consumo de alcohol, marihuana, cocaína y drogas inyectables, entre otras, en una muestra de adultos de 20 a 50 años de edad que habitan en el Distrito Metropolitano de Quito zona Centro. Este estudio buscará contribuir al vacío de conocimiento científico en el área de la psicología y la salud mental sobre este tema.

### 3. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

La evaluación de los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas constituye un problema prioritario debido a su impacto sostenido en la salud mental y su alta prevalencia en la población. El presente estudio tiene como objetivo general analizar la relación entre los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el consumo de sustancias psicotrópicas en habitantes de entre 20 y 50 años en el Centro Histórico del Distrito Metropolitano de Quito. Entre los objetivos específicos, se destacan la identificación de los niveles de sintomatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), la determinación de los tipos de sustancias psicotrópicas consumidas y la correlación entre estos síntomas y el consumo de sustancias psicoactivas.

Los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se manifiestan a través de una preocupación persistente y excesiva sobre aspectos cotidianos, acompañada de una serie de signos somáticos y cognitivos como agitación, fatiga prematura, dificultades para mantener la concentración o episodios de bloqueo mental, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. Este trastorno constituye, actualmente, una de las patologías más comunes en la salud mental de los adultos. Paralelamente, el uso de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, sigue siendo una cuestión crítica para la salud pública, debido a los graves efectos negativos que puede provocar en el bienestar físico y psicológico de quienes las consumen.

Diferentes investigaciones han indicado que los individuos con síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), podrían optar por el uso de drogas psicoactivas como un método de autorregulación emocional, buscando aliviar los síntomas de ansiedad. Esta relación sugiere que los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) podrían ser un factor que contribuya al inicio y a la persistencia del uso de sustancias psicotrópicas. Como lo señala Cervantes, D., (2021) en su investigación realizada en México "ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DEL C.C.H. PLANTEL AZCAPOTZALCO.":

Del total de 372 adolescentes, el 70% (259) presentó ansiedad ausente-leve, el 15% (56) presentó ansiedad moderada y el 15% restante (57) tuvo ansiedad severa. El índice de sustancias psicotrópicas que mayor se consumen fueron: alcohol (58%), tabaco (23%), cannabis (13%) y sedantes (8%). Se identificó que existe una asociación que tiene relevancia entre el nivel de ansiedad y el consumo de alcohol ( $p\text{-value}=0.002$ ), tabaco ( $p\text{-value}=0.004$ ) y sedantes ( $p\text{-value}=0.000$ ).

Otra investigación realizada en el año 2023, por Crockett, A., et al. denominada “Depresión, ansiedad generalizada y riesgo de consumo problemático de sustancias en estudiantes secundarios” señaló que

Más de la mitad de la muestra (52,9%) mostró signos de uno o más problemas de salud mental. En particular, el 35,2% presentó indicios de depresión, el 25,9% sufrió de ansiedad generalizada y el 28,2% estaba en riesgo de abuso de sustancias. Se encontraron diferencias de género en los dos primeros casos y tanto diferencias de género como de edad en el tercero. Además, el 26,5% mostró síntomas de dos o más problemas de salud mental. Esto refleja una notable prevalencia y comorbilidad entre los tres trastornos mentales analizados.

El siguiente estudio “Síntomas del trastorno de ansiedad generalizada como factor de riesgo de consumo de sustancias entre adultos que viven con el VIH” realizado por Mannes, Z., et al., (2021), es significativo para la presente investigación, ya que se llevó a cabo un estudio con 932 individuos portadores del VIH para analizar la posible asociación entre los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el uso de sustancias psicoactivas y se obtuvo como resultado que:

Aproximadamente un tercio (31,4%) de la muestra informó haber experimentado síntomas moderados/graves de TAG. Después de controlar las covariables, las PLWH con síntomas moderados/graves de TAG tenían mayores probabilidades de reportar consumo actual de cigarrillos (AOR=1,70, IC 95%=1,18-2,45  $p=0,004$ ), consumo peligroso de alcohol en los últimos 30 días (AOR=1,50, IC del 95 % = 1,04-2,16,  $p = 0,028$ ) y uso de crack/cocaína sin inyección en los últimos 12 meses (AOR = 1,75, IC del 95 % = 1,13-2,69,  $p = 0,011$ ) en comparación con las PLWH que informaron ningún síntoma o síntomas leves. Los hallazgos demuestran que los síntomas de TAG

moderados/graves fueron comunes entre esta muestra de PLWH en Florida y se asociaron con el uso de cigarrillos, crack/cocaína y consumo peligroso de alcohol.

Tal como lo señala Núñez, P. (2020) en su investigación “TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA COMO FACTOR DE RIESGO PARA ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN UNIVERSITARIOS”:

De un total de 228 estudiantes, 130 (57%) mostraron indicios de abuso de sustancias psicoactivas, mientras que 157 (68,8%) padecieron trastorno de ansiedad generalizada. Entre los estudiantes con trastorno de ansiedad generalizada, la tasa de abuso de sustancias psicoactivas fue del 62,4%, que resulta ser más alta en comparación con el 45,1% observado en aquellos sin este trastorno. La relación entre ambas condiciones se reveló con un PRO = 2.024, lo cual es estadísticamente significativo ( $p = 0,014 < 0,05$ ). En cuanto a la frecuencia del abuso de diferentes sustancias, el 36,3% consumió bebidas alcohólicas, el 35,7% utilizó tabaco, el 35,0% recurrió a sedantes y el 15,9% hizo uso de cannabis.

Núñez, P. (2020) concluyó que “El trastorno de ansiedad generalizada puede incrementar el riesgo de dependencia de sustancias psicotrópicas. Entre las más comúnmente asociadas con este trastorno se encuentran el alcohol, el tabaco, los sedantes y el cannabis”.

### 3.1 ANSIEDAD GENERALIZADA

La ansiedad generalizada (AG) es un estado emocional caracterizado por una preocupación y nerviosismo excesivos e infundados que persisten en el tiempo, afectando significativamente la vida cotidiana. A diferencia del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), la Ansiedad Generalizada no satisface todos los requisitos diagnósticos para ser clasificado como una enfermedad mental. Por lo tanto, Núñez, P. (2020) lo precisa como:

Un estado emocional en el cual la persona experimenta nerviosismo, miedo o una preocupación intensa por aspectos específicos o vagos. El individuo percibe la ansiedad no solo a nivel mental, sino también a través de síntomas físicos.

Por otro lado, Andino, A., & Cano, A. (2001) indica que “La distinción entre la ansiedad normal y la patológica se establece en función de la magnitud y la duración de la reacción, así como de la cantidad de estímulos que pueden provocar esa reacción en cada persona”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2024) analizó que:

A nivel global, alrededor del 4% de las personas sufren algún tipo de trastorno de ansiedad en la actualidad. En 2019, se registraron 301 millones de casos de trastornos de ansiedad, situándolos como los trastornos mentales más prevalentes. Estos trastornos suelen manifestarse durante la infancia o la adolescencia, aunque también pueden aparecer en la edad adulta. Las mujeres son más propensas a padecerlos en comparación con los hombres.

### 3.1.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría categoriza el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) dentro de los trastornos de ansiedad. Este trastorno se caracteriza principalmente por un estado constante de preocupación excesiva y dificultad para manejar la ansiedad anticipatoria. Alegría, A, et al., (2011) indica que “Dentro de la sintomatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), un posible síntoma es tener problemas para enfocarse o experimentar periodos en los que la mente queda en blanco”.

Tomando en cuenta el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5) (2013), el cual sugiere que “el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), se define por un nivel elevado de preocupación, ansiedad constante y una anticipación nerviosa respecto a una variedad de situaciones o tareas, como el desempeño en el trabajo o en la escuela, que persiste durante un periodo superior a seis meses”.

Por otro lado, Melkam, M., et al., (2024) señala que:

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es una condición frecuente y debilitante que suele pasar desapercibida y no recibe el tratamiento adecuado. Las personas que padecen TAG experimentan una ansiedad persistente y una preocupación constante,

además de presentar una serie de síntomas físicos y psicológicos vagos, como inquietud, fatiga, problemas de concentración, irritabilidad, tensión muscular y dificultades para dormir.

Vetere, G., (2008) indica que “La ansiedad persistente y la preocupación incontrolable durante al menos 6 meses caracterizan el trastorno de ansiedad generalizada”. Así como Magidson, J., et al., (2013) en su definición del trastorno de ansiedad generalizada indica que:

A pesar de que sigue siendo descrito como una preocupación intensa y una ansiedad extrema respecto al desempeño y la salud personal, el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) parece abarcar una amplia gama de ansiedades, incluyendo la Ansiedad Social y el Trastorno de Pánico (TP). Incluso si no se trata y se convierte en crónico, puede culminar en un Trastorno Depresivo Mayor (TDM).

Otro aporte teórico sólido para la definición del trastorno de ansiedad generalizada es el estudio “Condiciones En Profundidad: Trastorno de Ansiedad Generalizada” creado por Scholten, A., (2023), en donde señala que:

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se define por una preocupación y tensión constante y excesiva que persiste durante al mínimo por seis meses o más. Esta ansiedad es mucho mayor que la que la mayoría de las personas experimenta en situaciones cotidianas. Aquellos que sufren de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) tienden a anticipar escenarios negativos y se angustian de manera desmedida por aspectos como el dinero, la salud, la familia o el trabajo, incluso cuando no existen indicios claros de problemas. Estas personas suelen tener dificultades para relajarse, experimentan insomnio y tienen problemas de concentración. Además, muchos de ellos presentan síntomas físicos, como fatiga, temblores, tensión muscular, cefaleas, irritabilidad y sofocos.

### 3.1.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Las personas que padecen de Trastorno de Ansiedad Generalizada reportan haber sentido ansiedad y nerviosismo durante toda su vida. No obstante, los síntomas Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) suelen aparecer, en promedio alrededor de los 30 años, este inicio puede variar considerablemente. Se observa que la edad de inicio de este

trastorno es más tardía en comparación con otros trastornos de ansiedad. Cuando se realiza el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad Generalizada, los expertos emplean los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) o la Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión (CIE-10). Estas son categorizaciones internacionales de enfermedades acordadas por especialistas de renombre de diversas partes del mundo.

Para que los pacientes sean diagnosticados con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) según los criterios del DSM-5, deben experimentar una ansiedad y preocupación excesivas en relación con diversas actividades o situaciones (como el rendimiento en el trabajo o en la escuela). Estos criterios sintomatológicos deben presentarse la mayoría de los días durante al menos seis meses. Además, es necesario que cumplan con al menos tres de los seis criterios descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) (2013):

- A. Una ansiedad y preocupación desmesuradas que ocurren la mayoría de los días durante al menos seis meses, y están relacionadas con diversos eventos o actividades (como el trabajo o los estudios). La persona encuentra difícil controlar esta preocupación.
- B. La ansiedad y la preocupación se manifiestan junto a la presencia de al menos tres de los siguientes seis síntomas, que deben haber estado presentes la mayor parte del tiempo en los últimos seis meses, aunque en el caso de los niños es suficiente con un solo síntoma. Estos signos incluyen: inquietud o una sensación persistente de nerviosismo, fatigarse con facilidad, dificultad para concentrarse, experimentar lapsos de la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y diferentes trastornos del sueño.
- C. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar significativo desde un punto de vista clínico, o interfieren en áreas importantes del funcionamiento social, laboral u otras.
- D. La alteración no se puede explicar por los efectos fisiológicos de una sustancia (drogas o medicamentos) ni por otra condición médica (como el hipertiroidismo).

E. La alteración no se debe a otro trastorno mental (por ejemplo, ansiedad o preocupación por tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, miedo a la valoración negativa en el trastorno de ansiedad social, obsesiones sobre contaminación u otros temas en el trastorno obsesivo compulsivo, miedo a la separación de figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdos de eventos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, temor a ganar peso en la anorexia nerviosa, preocupaciones por síntomas físicos en el trastorno de síntomas somáticos, preocupación por imperfecciones físicas en el trastorno dismórfico corporal, miedo a tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o las creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (1992) en su Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Edición (CIE-10), señala que:

La característica esencial de este Trastorno es una Ansiedad Generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una “angustia libre flotante”). El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas y se deben cumplir los siguientes criterios:

1. El individuo debe experimentar una ansiedad excesiva y preocupación difícil de controlar, presentes la mayoría de los días durante un período de al menos seis meses.
2. Los síntomas de ansiedad deben manifestarse en varias áreas de la vida del individuo, como en situaciones sociales, laborales y otras actividades cotidianas.
3. Los síntomas físicos pueden incluir:
  - Sensación de inquietud o estar nervioso.
  - Fatigarse fácilmente.
  - Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
  - Irritabilidad.
  - Tensión muscular.
  - Problemas de sueño (dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido o tener un sueño no reparador).

Tomando en cuenta los criterios diagnósticos, los síntomas deben causar un malestar significativo o interferir en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes de la vida del individuo. Además, no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, sustancias psicotrópica o medicación) u otra condición médica.

### 3.1.3 SÍNTOMAS

Los individuos que padecen el Trastorno de Ansiedad pueden enfrentarse a un miedo o preocupación desmedidos frente a situaciones específicas, como una crisis de angustia o encuentros sociales, o, en el caso del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) la persona puede sentir ansiedad en una amplia gama de situaciones que viven a diario. Se suele experimentar estos síntomas durante un extenso período, que suele ser de mínimo 6 meses, y tienden a esquivar las circunstancias que les generan Ansiedad.

Tal como lo señala los Criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5) (2013), indica que los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada son:

Ansiedad y preocupaciones excesivas (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral, escolar o social). Este estado resulta complicado de manejar para quien lo experimenta y se relaciona con la presencia de tres o más de los siguientes síntomas: inquietud o impaciencia, cansancio rápido, dificultad para enfocar la atención o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión en los músculos, problemas con el sueño (como dificultades para concentrarse o mantener el sueño o despertarse con la sensación de no haber descansado adecuadamente).

Un estudio realizado por Alegría, A., et al., (2011) sugiere que “Los síntomas asociados incluyen inquietud, fatiga, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño”.

Mientras la Organización Mundial de la Salud (1992) en su Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Edición (CIE-10), señala que:

Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos.

### 3.1.3.1 DURACIÓN E INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS

Como se menciona en los criterios diagnósticos del DSM-5, American Psychiatric Association, (2013) el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) requiere la presencia de ansiedad y preocupación excesiva durante al menos seis meses (Sin embargo, la diferencia clave entre los distintos niveles de gravedad radica en la intensidad de los síntomas y el grado en que estos interfieren con la vida cotidiana del individuo. En casos leves, los síntomas pueden ser constantes, pero no incapacitan al paciente, mientras que, en los casos severos, el impacto funcional es profundo y omnipresente.

Stein & Sareen, 2015 señalan la importancia de destacar que,

A lo largo del espectro de severidad, la ansiedad generalizada tiende a ser crónica, y su curso natural puede durar años, especialmente si no se busca intervención terapéutica. Los tratamientos cognitivo-conductuales han demostrado ser eficaces para reducir los síntomas, pero la respuesta puede ser más prolongada y compleja en los casos severos.

### 3.1.3.2 SÍNTOMAS LEVES

Los síntomas leves del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) suelen ser sutiles pero crónicos, caracterizados por una preocupación constante sobre eventos cotidianos. Estas preocupaciones no son desproporcionadas, pero interfieren ligeramente con el funcionamiento diario del individuo. La ansiedad suele manifestarse como una inquietud constante o una sensación vaga de malestar.

A nivel clínico, los síntomas leves incluyen tensión muscular, leve irritabilidad, dificultades mínimas para concentrarse, y episodios de fatiga ocasionales. Estos síntomas no son lo suficientemente intensos como para incapacitar al paciente, pero pueden interferir con la productividad o el rendimiento social y laboral. Según los criterios del

American Psychiatric Association, (2013), para “que se pueda diagnosticar el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), estos síntomas deben estar presentes la mayor parte de los días durante al menos seis meses.

Desde una perspectiva temporal, aunque los síntomas leves pueden ser manejables en etapas iniciales, si no son tratados pueden escalar en severidad. En este nivel, el impacto en la calidad de vida es moderado, pero el malestar puede conducir eventualmente a la exacerbación de la sintomatología si se añaden factores estresantes adicionales. Mancini, F (2019) en sus estudios ha demostrado que “la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en su forma leve puede estar subestimada, ya que muchas personas no buscan ayuda debido a la percepción de que sus síntomas no son lo suficientemente graves”.

### 3.1.3.3 SÍNTOMAS MODERADOS

Los síntomas moderados del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) reflejan una mayor intensidad y duración de la ansiedad, con un impacto funcional más evidente. A este nivel, la preocupación se torna más difícil de controlar, y el paciente comienza a experimentar interferencias significativas en su vida diaria, particularmente en áreas como el trabajo, la vida social y las relaciones interpersonales.

Entre los síntomas moderados según Behar, E., et al., (2009) se incluyen:

Un incremento en la tensión muscular, problemas más frecuentes de concentración, fatiga constante y una irritabilidad que afecta directamente las interacciones sociales. Además, los problemas de sueño, como la dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, se vuelven más comunes y prolongados. El paciente puede experimentar episodios más recurrentes de sudoración, palpitaciones y sensación de opresión en el pecho, asociados con una respuesta ansiosa fisiológica

La American Psychiatric Association, (2013) indica que:

La ansiedad y la preocupación excesiva deben haber estado presentes durante al menos seis meses, pero en los casos moderados, esta duración puede parecer más evidente para el paciente debido a la afectación funcional más marcada (La duración de los síntomas tiende a ser continua y persistente, y aunque pueden presentarse

fluctuaciones en la intensidad, la mayoría de los días están caracterizados por niveles altos de ansiedad.

El impacto funcional en este nivel es claro. Según Newman et al. (2013), los pacientes con síntomas moderados “a menudo experimentan una reducción significativa en la calidad de vida, y pueden desarrollar estrategias de evitación que agravan su ansiedad”.

### 3.1.3.4 SÍNTOMAS SEVEROS

En los casos más graves del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), la ansiedad se vuelve debilitante. Las preocupaciones no solo son excesivas, sino que pueden llegar a ser catastróficas, y el individuo se ve incapacitado para desempeñar actividades cotidianas. La ansiedad se experimenta casi constantemente, sin posibilidad de alivio, y puede presentarse con ataques de pánico concomitantes.

Los síntomas físicos según Hirsch, C & Mathews, A (2012) en esta etapa incluyen

Fatiga extrema, tensión muscular grave, temblores, taquicardia, sudoración excesiva y mareos. Además, los problemas cognitivos, como la dificultad extrema para concentrarse, se vuelven prominentes, y el insomnio puede convertirse en crónico, afectando la capacidad del paciente para funcionar adecuadamente. A menudo, los pacientes en esta etapa presentan comorbilidades, como trastornos depresivos mayores, lo que agrava aún más la condición clínica.

La severidad de los síntomas no solo afecta las esferas social y ocupacional, sino también la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo. Un estudio longitudinal de Zanarini, M., et al. (2014) encontró que “los individuos con síntomas severos de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) presentaban un riesgo significativamente mayor de desarrollar trastornos adicionales, como el abuso de sustancias, en un intento por mitigar los síntomas ansiosos”.

El criterio diagnóstico sigue siendo el mismo en cuanto a duración (seis meses), pero la intensidad y el impacto son claramente diferenciables de los síntomas leves y severos.

### 3.1.4 FACTORES DE RIESGO

El trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es una condición compleja que puede ser influenciada por una variedad de factores. Algunos de los factores de riesgo más comunes

asociados con el TAG según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5) (2013):

- Factores Temperamentales: la tendencia a inhibir comportamientos, el predominio de emociones negativas (neuroticismo) y la propensión a evitar situaciones dañinas están vinculados con el Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Factores Ambientales: aunque se ha relacionado el Trastorno de Ansiedad Generalizada con experiencias adversas durante la infancia y una sobreprotección parental, no se han encontrado factores ambientales específicos que sean necesarios o suficientes para confirmar el diagnóstico de este trastorno.
- Aspectos Genéticos y Fisiológicos: aproximadamente un tercio del factor de riesgo de desarrollar Trastorno de Ansiedad Generalizada tiene una base genética. Estos factores genéticos no solo se relacionan con el neuroticismo, sino que también se entrelazan con el riesgo de otros Trastornos de Ansiedad y del estado de ánimo, especialmente con el Trastorno Depresivo Mayor.

### 3.1.5 IMPACTO FUNCIONAL

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) representa una condición crónica y persistente que afecta significativamente el funcionamiento diario de quienes lo padecen. Este trastorno no solo impacta la salud mental del individuo, sino que también interfiere en su capacidad para mantener relaciones personales, cumplir con responsabilidades laborales y disfrutar de actividades recreativas. Dentro del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5) (2013), indica que las consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) son:

La preocupación excesiva perjudica a la capacidad del individuo para hacer las cosas de manera rápida y eficiente, ya sea en casa o en el trabajo. La preocupación consume tanto el tiempo como la energía de las personas. Los síntomas relacionados, como la tensión en los músculos, la sensación de agitación o nerviosismo, el cansancio, la dificultad para enfocarse y los problemas de sueño, contribuyen al deterioro general. Es crucial señalar que la preocupación excesiva puede influir negativamente en la capacidad de las personas con trastorno de ansiedad generalizada para desarrollar la confianza en sus hijos. Este trastorno está vinculado a una disfunción significativa y a un malestar que no dependen de trastornos adicionales, y la mayoría de los adultos

no institucionalizados con esta afección experimentan un grado de discapacidad que varía entre moderado y severo.

Reconocer y abordar estos desafíos de manera integral es fundamental para mejorar la calidad de vida de quienes conviven con esta condición, garantizando un apoyo continuo y efectivo en su recuperación y adaptación diaria.

## 3.2 CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS

El consumo de sustancias psicotrópicas representa un fenómeno social complejo con implicaciones significativas tanto en la salud mental como en la salud física y el bienestar social. Desde una perspectiva clínica, se aborda como una conducta que puede derivar en dependencia y otros trastornos, requiriendo una intervención profunda de los mecanismos psicológicos y neurobiológicos. Nos encontramos, por tanto, ante un fenómeno que posee una amplia gama de implicaciones: psicológicas, médicas, bioquímicas, sociológicas, etnológicas, jurídicas, económicas, políticas, educativas, históricas y éticas, entre otras. Por lo tanto, Rojas, T., et al., (2020) define el consumo de sustancias psicotrópicas como “todas las sustancias psicoactivas que provocan una alteración del estado de alerta, un cambio en la percepción del riesgo o un aumento de la asunción de riesgos”

Como lo señala Callejo, J & Calvo, M. (2015) en su obra “Guía de intervención en drogodependencias en terapia ocupacional” define a la droga como:

Las drogas psicoactivas son sustancias que pueden generar dependencia y adicción si se usan de manera prolongada. Estas sustancias alteran el comportamiento del individuo, afectando su rendimiento y su capacidad de interactuar en diferentes aspectos de su vida, tales como las tareas cotidianas, el entorno familiar, la educación, el ámbito laboral, la productividad y las relaciones sociales.

Diferentes teorías explican que las definiciones del consumo de sustancias abarcan desde factores genéticos y bioquímicos hasta influencias ambientales y psicosociales, de esta forma Muñoz, C., et al., (2017) sugiere que

El uso de sustancias legales e ilegales representa un desafío complejo, ya que involucra una variedad de factores de riesgo y de protección que, a menudo de manera

inconsciente, influyen en comportamientos atípicos en las personas. Tanto los elementos que incrementan el riesgo como los que ofrecen protección surgen durante la adolescencia, una etapa crucial en el desarrollo de comportamientos debido a su vínculo estrecho con el consumo de drogas psicoactivas.

Finalmente, como indica Arteaga, V., et al. (2022):

Las sustancias psicotrópicas que alteran la mente, como el tabaco, el alcohol, el cannabis, las anfetaminas, el éxtasis, la cocaína y la heroína, tienen el potencial de modificar los estados de conciencia, ánimo y pensamiento. El consumo de estas sustancias representa una carga significativa para la salud pública. Las sustancias psicotrópicas que pueden ser de origen natural o sintético, afectan tanto a la parte psicológica y emocional como el estado físico de quienes las consumen.

### 3.2.1 TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (TCS)

Tomando en cuenta la definición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5) (2013) sobre el trastorno por consumo de sustancias (TCS) sugiere que “Se trata de una condición caracterizada por el consumo desmedido de sustancias como el alcohol, las drogas o los medicamentos sin prescripción médica. La persona se involucra en el uso excesivo, a pesar de las repercusiones perjudiciales que esto puede acarrear.”; Sin embargo, a pesar de que el término “adicción” no aparece en las clasificaciones oficiales para describir los Trastornos vinculados al Consumo de Sustancias, en numerosos países se utiliza con frecuencia para hacer referencia a los casos más severos que implican un consumo problemático o difícil de controlar.

La American Society of Addiction Medicine (ASAM) (2013) y la American Academy of Pain Medicine (AAPM) (2020) en conjunto llegaron al acuerdo de definir a la Adicción como “Una enfermedad primaria, crónica y neurobiológica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en sus manifestaciones”; Mientras Charles, B., & Volkow, L., (2006) señalan que el concepto de “adicción” se define por “comportamientos que abarcan uno o varios de los siguientes aspectos: dificultades para controlar el consumo de sustancias, pensamientos y conductas compulsivas, persistencia en el uso a pesar de los efectos perjudiciales, y un deseo intenso o ansia por consumir”.

Tomando en cuenta el estudio “Trastornos por consumo de sustancias y fármacos” realizado en España por Segal, H., et al., (2015) señala que:

La palabra “adicción” se refiere a un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y físicos que impulsan a un individuo a buscar y consumir una sustancia ya sea legal o ilegal, aun cuando este comportamiento acarree efectos negativos en casi todos los aspectos de su existencia y en la de quienes lo rodean. Aunque la mayoría de las personas decide iniciar el consumo de drogas de manera voluntaria, con el paso del tiempo ocurren cambios significativos.

### 3.2.2 CLASIFICACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS

La clasificación de sustancias psicotrópicas constituye un pilar en la presente investigación, debido a su impacto significativo en el comportamiento humano y la salud mental. Estas sustancias, que influyen directamente en el sistema nervioso central, se dividen en diversas categorías basadas en sus efectos específicos, mecanismos de acción y potencial de abuso. Comprender esta clasificación es esencial es importante, ya que facilita la identificación de trastornos relacionados con el uso de sustancias, la implementación de posibles intervenciones terapéuticas adecuadas y la promoción de estrategias de prevención efectivas. Existen diversas formas y variables que permiten clasificar estas sustancias, para González, (2017,) y Valdés, et al., (2018), sugieren una clasificación amplia de las sustancias psicotrópicas, que se muestran a continuación:

#### 3.2.2.1 SEGÚN SUS EFECTOS EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

##### 3.2.2.1.1 ESTIMULANTES

Sustancias que excitan la actividad mental y el sistema nervioso central, además de aumentar la velocidad de funcionamiento de otros órganos y sistemas del cuerpo.

##### 3.2.2.1.2 DEPRESORAS

Sustancias que disminuyen el ritmo de las funciones corporales, incluyendo las funciones psíquicas y del sistema nervioso central. Estas sustancias son también llamadas psicolépticas.

### 3.2.2.1.3 ALUCINÓGENAS

Sustancias psicotrópicas capaces de alterar y distorsionar la percepción sensorial del individuo, interferir su estado de conciencia y sus facultades cognitivas, pueden generar alucinaciones ya sean auditivas o visuales.

### 3.2.2.2 SEGÚN SU ORIGEN

#### 3.2.2.2.1 NATURALES

Sustancias psicotrópicas que se encuentran en forma natural en el ambiente y que se utilizan por los usuarios sin necesidad de que se produzca algún tipo de manipulación o proceso químico.

#### 3.2.2.2.2 SINTÉTICAS

Sustancias elaboradas exclusivamente en el laboratorio a través de procesos químicos, cuya estructura no se relaciona con ningún componente natural.

### 3.2.2.3 SEGÚN SU SITUACIÓN LEGAL

#### 3.2.2.3.1 ILÍCITAS

Las sustancias psicotrópicas ilícitas son aquellas que están penadas por la ley, es decir son ilegales y su consumo no está aprobado. Entre ellas se encuentra la marihuana, la cocaína, la heroína, etc.

#### 3.2.2.3.2 LÍCITAS

Las sustancias psicotrópicas lícitas son aquellas que no están penadas por la ley, su uso está aprobado y son legales.

### 3.2.2.4 NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

#### 3.2.2.4.1 EMERGENTES

Son nuevas sustancias psicotrópicas que incluyen cualquier cambio en la presentación, patrón de uso, pureza o presencia de adulterantes, que pueden implicar una amenaza para la salud pública y son objeto de análisis del Sistema de Alertas Tempranas.

## 3.2.3 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo del consumo de sustancias psicotrópicas son diversos y abarcan aspectos individuales, sociales y ambientales. A nivel individual, la genética, la salud mental y el historial de abuso pueden predisponer a una persona al consumo de

sustancias. Socialmente, la presión de grupo, las relaciones familiares disfuncionales y el acceso fácil a las drogas son influencias significativas.

Además, el entorno en el que una persona vive, incluyendo la situación económica, la falta de oportunidades educativas y el desempleo, puede aumentar la vulnerabilidad al uso de drogas. Estos factores, al interactuar, crean un entorno propicio para el inicio y la perpetuación del consumo de sustancias, destacando la necesidad de enfoques preventivos y de intervención multifacéticos. Como lo señala el Ministerio de Salud de Colombia (2016):

Los elementos que incrementan el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas son características o atributos individuales, familiares o sociales. En el ámbito individual, estos factores están relacionados con una baja tolerancia a la frustración, comportamientos agresivos, y una baja autoestima, entre otros. En cuanto a los factores familiares, se incluyen el consumo de sustancias psicoactivas por parte de los padres o cuidadores, una disciplina autoritaria, sobreprotección, falta de supervisión parental en las actividades de los hijos, y la violencia intrafamiliar, entre otros. Respecto a los factores sociales, se encuentran el escaso apoyo de redes sociales, la disponibilidad de sustancias psicoactivas, el uso de estas sustancias por parte de los pares, y la violencia en el entorno escolar y social, entre otros.

En una investigación llevada a cabo por Peñafiel (2009) con adolescentes de entre 14 y 18 años en Madrid, España, se señala que:

La percepción positiva del tabaco y el alcohol, así como su aceptación tanto a nivel personal como social, contribuyen a que los jóvenes vean de manera favorable el uso de estas sustancias psicoactivas. Esta percepción positiva actúa como una forma de compensación cognitiva, donde los posibles daños negativos son minimizados por la sensación de bienestar que proporciona el contexto social. Esto dificulta que los estudiantes de secundaria puedan reconocer adecuadamente los riesgos asociados con el consumo excesivo de estas sustancias.

En Colombia, se han llevado a cabo investigaciones sobre los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas, y los hallazgos son consistentes con los encontrados en otros contextos. Por ejemplo, Tirado, et al. (2012) identificaron que:

La necesidad de satisfacer la curiosidad respecto a las sensaciones producidas por el consumo de sustancias es un factor de riesgo significativo. Además, encontraron que los jóvenes que experimentan trastornos como el déficit de atención, la depresión y la ansiedad, tienen una mayor predisposición al consumo de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar no solo los aspectos sociales y ambientales, sino también los factores individuales y psicológicos que pueden influir en el consumo de sustancias en la población juvenil colombiana. Los principales factores que incrementan el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la población estudiantil del municipio indican que la percepción del peligro asociado a las drogas es del 51.3%, el nivel más alto registrado. Además, se identifican cinco factores de riesgo significativos, que se sitúan en un rango aproximado del 40% al 48%: la existencia de reglas y normas que favorecen el consumo (47.8%), antecedentes familiares de conductas problemáticas (47.4%), la accesibilidad a las drogas (42.1%), dificultades en la gestión familiar (41.4%) y los conflictos dentro del núcleo familiar (40.8%). Cabe destacar que uno de los factores de menor riesgo en esta comunidad es la participación de amigos en pandillas, con un 17.6%.”

Como lo señala Argandoña, J., & Rodríguez, L. (2021) Respecto a los elementos que influyen en la decisión de una persona para consumir este tipo de sustancias, es posible identificar una variedad de componentes o factores que conducen a esta conducta. Entre estos factores, se pueden resaltar los siguientes:

### 3.2.3.1 PSICOLÓGICOS

Incluyen procesos internos que abarcan habilidades, capacidades, emociones, valores y creencias personales, así como también debilidades, trastornos emocionales y experiencias estresantes. La decisión de consumir o abstenerse de sustancias está fuertemente influenciada por el desarrollo de ciertas estructuras psicológicas, las cuales pueden ser tanto favorables como desfavorables. Este proceso está estrechamente vinculado al grado de resiliencia presente en cada persona.

### 3.2.3.2 PSICOSOCIALES

Implican conflictos familiares, problemas académicos, deterioro de la autoestima, disfuncionalidades en las relaciones interpersonales y percepciones erróneas de los

familiares sobre las consecuencias del consumo de sustancias. Además, el acceso libre a estas sustancias y las actitudes equivocadas de los miembros familiares frente a sus efectos contribuyen significativamente al incremento del consumo en la sociedad.

### 3.2.3.3 AMBIENTALES

Comprenden tanto la situación económica personal y social como los factores que generan estrés, tales como la presión de la sociedad, la falta de empleo, la inseguridad, entre otros. Las injusticias en los ámbitos gubernamentales, familiares, escolares y comunitarios también impactan en las decisiones individuales. El contexto en el que se produce el consumo, incluyendo las leyes que lo regulan y las áreas frecuentadas por consumidores, puede incentivar aún más la participación en el consumo de sustancias.

### 3.2.3.4 FARMACOLÓGICOS

Tienen un papel considerable en la elección del consumo, ya que algunas sustancias pueden ser ingeridas de forma indirecta a través de medicamentos o productos naturales, lo que puede generar una dependencia inicial que luego se intensifica con el consumo de sustancias ilegales. Esto puede llevar a la adicción y la dependencia de sustancias y sus derivados.

## 3.2.4 PREVALENCIA

La prevalencia del consumo de drogas es un fenómeno de preocupación global, con impactos significativos en la salud pública y el bienestar social. A lo largo de las últimas décadas, se ha observado un aumento en el uso de sustancias psicoactivas en diversas partes del mundo, abarcando desde sustancias lícitas como el alcohol y el tabaco hasta sustancias ilícitas como la marihuana, cocaína, opioides, entre otras. Esta tendencia no solo afecta a individuos de diferentes grupos demográficos y socioeconómicos, sino que también contribuye a problemas de salud mental, física y social. La prevalencia del consumo de sustancias dependerá de diferentes factores, sin embargo, un estudio realizado por Toro, J., et al. (2019) "Consumo de sustancias psicoactivas en población adolescente", revela que "la sustancia de mayor consumo por la población es el alcohol"; mientras Pérez, et al. (2018) indica que:

El alcohol, como sustancia lícita, suele ser la puerta de entrada al uso de otras sustancias psicotrópicas. Además, cuanto más temprano se comienza a consumir,

mayores serán las complicaciones relacionadas con la sustancia en el futuro. En cuanto al cigarrillo y la marihuana, se observó que el consumo de cigarrillos tiene mayor prevalencia a nivel mundial.

Esta afirmación tiene el sustento de Manrique, et al. (2011), el cual señala que “el cigarrillo es la sustancia que precede al consumo de la marihuana.”

Como elemento atípico, se identificó que la sustancia psicotrópica de tipo inhalante supera la prevalencia del consumo nacional, esto concuerda con los datos del National Institute on Drug Abuse, (2019) el cual señala que “Se recomienda instruir a la población acerca de los impactos físicos y psicológicos, y la accesibilidad de sustancias tales como gases, aerosoles y compuestos nítricos, ya que son dañinos para la salud.”

Finalmente, Laraqui, Ch. (2021) en su investigación “Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas entre los trabajadores de la construcción” indica que:

La prevalencia de sustancias psicoactivas aumenta constantemente en los países en desarrollo y todos los sectores profesionales están preocupados. El sector de la construcción es un objetivo particular debido a la gran carga de trabajo, así como al aislamiento familiar y social.

### 3.2.5 IMPACTO FUNCIONAL

El impacto funcional del consumo de sustancias psicotrópicas constituye es importante dentro de la presente investigación ya que es fundamental conocer como el impacto afecta tanto en la salud física como la psicológica, dado su efecto perjudicial en múltiples dimensiones de la vida humana. A nivel individual, el uso problemático de sustancias puede resultar en dependencia física y psicológica, afectando la capacidad de mantener relaciones interpersonales estables, cumplir con responsabilidades laborales y académicas, y gestionar adecuadamente las actividades diarias. Esta disfunción se amplifica a nivel social, donde el consumo de drogas contribuye significativamente a la carga económica y social, aumentando los costos en sistemas de salud y servicios públicos. Además, las familias se ven afectadas por el estrés emocional, el deterioro de la cohesión social y la pérdida de recursos económicos causados por familiares que tienen problema de consumo de sustancias psicotrópicas. En conjunto, estos impactos señalan la importancia de tener abordajes.

Como lo señala Argandoña, J., et al. (2021):

El consumo de sustancias psicoactivas influye negativamente en las relaciones interpersonales de los individuos. De manera particular, se observa una notable dificultad en la capacidad para interactuar con otros, evidenciada en problemas para sostener una conversación, tomar la iniciativa, motivar a los demás y adherirse a las normas establecidas dentro de la sociedad.

Otro impacto funcional del consumo de sustancias psicotrópicas es las consecuencias graves en la salud tanto mental como física, de esta forma Toro, J., et al. (2019) sugiere que:

El uso de sustancias psicotrópicas tiene un impacto significativo en la salud, afectando especialmente el sistema nervioso y el desarrollo cerebral. Estas alteraciones repercuten negativamente en el rendimiento académico de los individuos. Desde una perspectiva social, el consumo de dichas sustancias aumenta la frecuencia de comportamientos conflictivos, como las peleas, y está asociado con una mayor tendencia a participar en actividades delictivas, lo que a su vez restringe la capacidad de tomar decisiones adecuadas.

### 3.3 FUNCIONALIDAD DE LAS SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS FRENTE A LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

La funcionalidad de la droga se refiere al papel que desempeña el consumo de sustancias dentro del funcionamiento psicológico y social de un individuo. Desde una perspectiva psicológica, el uso de drogas no se da de manera aleatoria, sino que suele cumplir funciones específicas que pueden ser tanto conscientes como inconscientes, tales como la regulación emocional, la evitación de experiencias displacenteras o la facilitación de interacciones sociales. El modelo de la automedicación propuesto por Khantzian, E., (1997) sugiere que “algunas personas recurren a las drogas como una estrategia para mitigar el malestar psicológico, como en el caso de quienes padecen ansiedad o depresión”.

En estos casos, el consumo de sustancias puede proporcionar un alivio temporal, pero a largo plazo tiende a perpetuar el malestar y empeorar los síntomas subyacentes, creando un ciclo de dependencia. Desde una perspectiva conductual, las drogas también pueden reforzar conductas a través de mecanismos de recompensa inmediata, como el placer o la euforia, lo que incrementa la probabilidad de que la persona continúe usando la sustancia pese a sus consecuencias negativas. De este modo, la funcionalidad de la droga se relaciona estrechamente con el concepto de refuerzo positivo y negativo, que son clave para entender el mantenimiento del comportamiento adictivo.

En el contexto del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el uso de drogas puede entenderse como una estrategia de afrontamiento disfuncional para manejar los síntomas persistentes de preocupación excesiva, tensión y nerviosismo característicos de este trastorno. Beesdo-Baum, K & Knappe, S. (2012) señalan que “la funcionalidad de las sustancias en personas con síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se asocia principalmente con la regulación de la hiperactivación emocional, los problemas de sueño y los síntomas somáticos vinculados a la ansiedad”.

### 3.3.1 REGULACIÓN DE LA HIPERACTIVACIÓN EMOCIONAL

Uno de los aspectos centrales de la sintomatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es la hiperactivación del sistema nervioso, manifestada en una constante sensación de inquietud y tensión. En este contexto, Schäfer, I., & Najavits, L. (2007) indican que:

Algunas sustancias psicotrópicas, como el cannabis, los sedantes y el alcohol, pueden cumplir una función de autorregulación emocional, dado que actúan como depresores del sistema nervioso central, reduciendo temporalmente la activación fisiológica y el malestar emocional. Los pacientes que experimentan una elevada excitación emocional pueden recurrir a estas sustancias como una forma de "apagar" o reducir los niveles elevados de ansiedad, buscando aliviar la sobrecarga emocional.

### 3.3.2 MODULACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SUEÑO

El insomnio y los problemas relacionados con el sueño son síntomas comunes en el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). La dificultad para conciliar o mantener el sueño aumenta los niveles de ansiedad en los pacientes, quienes, en un intento por

mejorar su descanso, pueden recurrir al uso de sustancias psicotrópicas para inducir el sueño. Stein, M., & Sareen, J. (2015) indican que:

Las sustancias como el alcohol o pastillas, que inducen somnolencia, son utilizadas para combatir el insomnio, lo que refuerza su funcionalidad en estos pacientes. Sin embargo, aunque estas sustancias pueden ofrecer una solución a corto plazo, su uso prolongado puede resultar contraproducente, dado que generan dependencia y pueden alterar los patrones de sueño a largo plazo.

### 3.3.3 MANEJO DE LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) también se caracteriza por la presencia de síntomas somáticos, como tensión muscular, fatiga crónica, dolores de cabeza y molestias gastrointestinales. En este sentido, ciertas drogas pueden ser vistas por los pacientes como una forma de controlar o reducir estos síntomas físicos. Por ejemplo, Smith, S., & Book, S. (2010) comentan que

Los opioides o medicamentos similares pueden ser empleados para aliviar el dolor o la incomodidad física relacionada con el trastorno. No obstante, al igual que con los síntomas emocionales, el uso de estas sustancias a largo plazo suele agravar el problema original, aumentando la dependencia y afectando negativamente la salud física y mental del paciente.

### 3.3.4 MANTENIMIENTO DEL CICLO DE ANSIEDAD

Aunque el uso de sustancias psicotrópicas puede tener una funcionalidad clara para aliviar temporalmente los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), un estudio realizado por Moylan, S., et al. (2013). sugieren que:

El consumo prolongado tiende a mantener e intensificar el ciclo de ansiedad El alivio temporal que las sustancias proporcionan refuerza su uso, pero a largo plazo contribuyen a una exacerbación de los síntomas ansiosos, debido a los efectos fisiológicos de la retirada y la dependencia. Este patrón cíclico subraya la necesidad de intervenciones terapéuticas que aborden tanto la ansiedad como el uso disfuncional de sustancias de manera integrada.

### 3.3.5 PATOLOGÍA DUAL

La patología dual se define como la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias en un mismo individuo. Este fenómeno ha sido objeto de creciente atención en la psicología clínica debido a la complejidad que representa para el diagnóstico y tratamiento. Mueser, K., et al. (2003) indica que “en pacientes con patología dual, se observa una interacción bidireccional entre ambos trastornos, donde el consumo de sustancias puede exacerbar los síntomas psicológicos preexistentes y, a su vez, los síntomas psicológicos pueden motivar o mantener el uso de sustancias como una forma de automedicación”. Además, el tratamiento de la patología dual presenta desafíos únicos, ya que es fundamental abordar ambos trastornos de manera simultánea para prevenir recaídas y lograr una mejoría significativa en el funcionamiento psicológico del individuo.

La teoría de la automedicación, propuesta por Khantzian, E. (1985) ha sido un enfoque clave para comprender la relación bidireccional entre la adicción y los trastornos psiquiátricos. Esta teoría sugiere que “las personas con trastornos mentales utilizan sustancias psicoactivas como una forma de automedicarse para aliviar o mitigar los síntomas emocionales, cognitivos o conductuales derivados de su patología psicológica”.

Khantzian, E. (1997) argumenta que

Ciertos individuos, especialmente aquellos con afecciones psiquiátricas, buscan sustancias que modulen los estados emocionales disfuncionales. Quienes padecen ansiedad pueden recurrir a sustancias depresoras del sistema nervioso central, como el alcohol o los opiáceos, mientras que las personas con estados depresivos pueden buscar estimulantes como la cocaína o las anfetaminas para contrarrestar la falta de energía y la anhedonia.

Sin embargo, Weiss, R., et al. (1992) señala que “el uso crónico de estas sustancias tiende a agravar los síntomas psicológicos preexistentes, estableciendo un círculo vicioso que refuerza tanto la adicción como la patología mental”.

Además, Carrà, G., et al. (2014) en investigaciones más recientes destacan que “la automedicación no siempre es consciente. Es decir, muchos pacientes no son plenamente conscientes de que están utilizando sustancias para gestionar su malestar psicológico, lo que complica aún más el diagnóstico y el tratamiento”. Este enfoque tiene importantes implicaciones clínicas, ya que sugiere que, para tratar de manera efectiva la

adicción en el contexto de la patología dual, es necesario abordar simultáneamente el trastorno psicológico subyacente. De lo contrario, el riesgo de recaída se incrementa significativamente, dado que los pacientes pueden continuar recurriendo a las sustancias como una forma de aliviar su sufrimiento emocional.

## 4. MATERIALES Y METODOLOGÍA

---

### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

La siguiente investigación será de tipo cuantitativa, de esta forma se busca medir los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el Consumo de Sustancias Psicotrópicas en personas que habitan en el Centro Histórico del Distrito Metropolitano de Quito determinando cual es la relación que existe entre las dos variables.

### 4.2 TIPO DE DISEÑO

Se empleará un diseño no experimental en el cual se observará y describirá los fenómenos de la investigación sin manipular ninguna variable. Los tipos de datos que se emplearán serán transversales ya que se realiza la recolección de datos en un solo momento.

### 4.3 TIPO DE ALCANCE

La investigación tendrá un alcance descriptivo correlacional describiendo los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en personas que consumen sustancias psicotrópicas y explorar la relación entre las dos variables.

### 4.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Para la presente investigación se considerará a los habitantes en el Centro Histórico del Distrito Metropolitano de Quito. Se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se estima que el tamaño de la muestra según el perfil participante y tomando en cuenta el criterio de población oculta dentro de Ecuador será 65 participantes.

### 4.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el presente trabajo de investigación la consideración ética que se empleará es consentimiento informado, dada la naturaleza de la intervención, la cual impactará directamente a los habitantes de esta área urbana, resulta imperativo garantizar que

todos los participantes estén debidamente informados sobre los propósitos, riesgos y beneficios del estudio por eso se hará hincapié en la consideración ética a través del principio de consentimiento informado. Este enfoque ético se vuelve aún más crucial al considerar que la investigación se llevará a cabo en un entorno comunitario y no en una institución formal. Así, se buscará establecer un diálogo transparente y participativo con los residentes, asegurando que estén plenamente conscientes de su participación y que su consentimiento sea totalmente voluntario e informado.

## 4.6 INSTRUMENTOS

- **Instrumento de Evaluación de la Ansiedad Generalizada (GAD-7):** es una escala de Evaluación de la Ansiedad Generalizada es una herramienta psicológica compuesta por 7 ítems, empleada frecuentemente para medir el Trastorno de Ansiedad Generalizada en las dos semanas previas a la aplicación, de acuerdo con los criterios del DSM-5. Cada ítem se valora mediante una escala Likert de 4 puntos que refleja la frecuencia de los síntomas, desde 0 (nunca) hasta 3 (casi todos los días). La suma total de la GAD-7 varía entre 0 y 21, y una puntuación de 10 o más sugiere la presencia de un trastorno de ansiedad generalizada. El estudio inicial informó que el instrumento posee una sensibilidad del 92% y una especificidad del 83%. Posteriormente, diversas investigaciones en todo el mundo han confirmado las excelentes propiedades psicométricas de esta escala, siendo ampliamente utilizada en diferentes entornos de salud mental. Este instrumento demuestra tener adecuados indicadores de validez y fiabilidad, además de ser una herramienta confiable, fácil y rápida para la detección de síntomas de ansiedad generalizada.

- **ASSIST: “La escala psicológica ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) es un instrumento de cribado diseñado para detectar el consumo de sustancias como alcohol, tabaco y otras drogas, así como para identificar el nivel de riesgo asociado a dicho consumo y determinar la intervención más adecuada para el usuario. Fue elaborada por la “Organización Mundial de la Salud” (OMS) en el año 2011”,** (Riide, 2018). El instrumento ASSIST se compone de un conjunto de ocho ítems que indagan sobre el uso de sustancias durante la vida del individuo, la regularidad con la que se han consumido en el último trimestre, el anhelo de consumo, las complicaciones derivadas

del mismo, la inquietud de allegados, los esfuerzos por reducir o cesar el consumo y la práctica de inyectarse drogas. En el proceso de evaluación de la escala, las respuestas a las preguntas de la segunda a la séptima se puntúan en función de la frecuencia de uso y otros indicadores de riesgo. Aunque la primera pregunta no recibe puntuación, es esencial para reconocer todas las sustancias que el usuario ha consumido y se responde con un SI o NO. Del ítem 2 al 5 la respuesta será en función de las siguientes opciones (nunca, 1 o 2 veces, mensualmente, semanalmente, diario o casi diario), los ítems 6 al 8 las opciones de respuesta son (nunca; sí, en los últimos 3 meses; sí, pero no en los últimos 3 meses). La suma de los puntos de cada respuesta facilita la valoración del grado de riesgo y determina la necesidad de intervenciones concretas. La fiabilidad de la escala ASSIST se ha comprobado a través del método alfa de Cronbach, obteniendo resultados que confirman su alta consistencia y una estructura unidimensional que respalda su validez para la interpretación de los resultados.

## 4.7 ANÁLISIS DE DATOS

Una vez obtenido los datos se procederá a realizar el análisis de los datos mediante la técnica de la correlación de Spearman la misma que permitirá tener un panorama amplio del análisis de datos cuantitativos. Se definen las variables de estudio, en la presente investigación se tiene una variable independiente la cual se relaciona con los síntomas de ansiedad generalizada y una variable dependiente la cual es el consumo de sustancias psicotrópicas, variables que fueron medidas con las escalas psicológicas verificadas y validadas. Se realizará un análisis descriptivo de las variables síntomas de ansiedad generalizada y el consumo de sustancias psicotrópicas. La fiabilidad de las escalas aplicadas será mediante la herramienta del alfa de Cronbach, considerando un valor superior.

Mediante el software estadístico Jamovi, una vez analizado los datos a profundidad, se realizará un informe con los resultados de los análisis, se incluirán tablas estadísticas, que ilustren los resultados de manera clara. Se realizará la respectiva interpretación de los resultados con las limitaciones que existen y posibles sugerencias para futuras investigaciones. Finalmente, se integrarían los resultados de ambas fases, buscando la complementariedad y la triangulación de los datos. Se discutirían las implicaciones

teóricas y prácticas de los hallazgos, así como las limitaciones y las sugerencias para futuras investigaciones.

## 5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

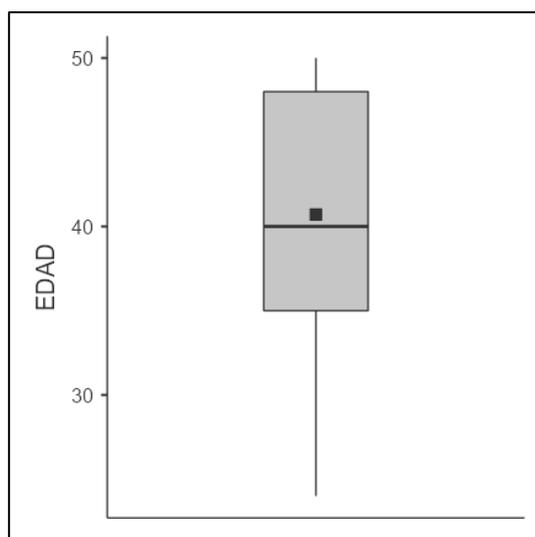
Los resultados se presentan en dos apartados, el primero únicamente reporta el perfil y los resultados descriptivos de cada una de las mediciones realizadas. Mientras que, el segundo presenta las correlaciones. El estudio evaluó a 65 personas que habitan el Distrito Metropolitano de Quito Zona Centro entre hombres y mujeres de 20 a 50 años de edad. En el perfil de los participantes se advierte que existe un número mayor de quienes se identifican con el género masculino con el 73,8% (48), respectivamente, mientras que las participantes de género Femenino son el 26,2% (17). Los detalles de esta distribución se encuentran en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Frecuencias y porcentajes de GÉNERO

GÉNERO	n	% del Total	% Acumulado
MASCULINO	48	73.8 %	73.8 %
FEMENINO	17	26.2 %	100.0 %

Nota: n puede variar según los datos faltantes.

Por otro lado, la edad de los participantes mínima fue de 24 años y la máxima de 50 años. En promedio tuvieron 40,7 años (DE 7.45), mientras que la mediana se mostró con 40 años. En la (Figura 1) se ilustra cómo está distribuida la edad de los participantes.

**Figura 1.** Diagrama de cajas de la edad de los participantes

El rango de edad de los participantes que mostró mayor predisposición para participar en el estudio es 46-50 años de edad con un porcentaje equivalente al 30,8%. Mientras que el rango de edad 24-30 años se evidencia que tuvo una participación baja equivalente al 12,3%, tal como se puede evidenciar en la Tabla 2. Este hallazgo sugiere que la mayor participación se concentra en un grupo etario específico.

**Tabla 2.** Frecuencias de EDAD AGRUPADA

Edad agrupada	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
24-30	8	12.3 %	12.3 %
31-35	10	15.4 %	27.7 %
36-40	15	23.1 %	50.8 %
41-45	12	18.5 %	69.2 %
46-50	20	30.8 %	100.0 %

Nota: el grupo etario con mayor % de participación es el que se encuentra en el rango de edad de 46-50 años.

### Síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada

Los Síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada advierten que existe un mayor porcentaje de personas que no presentan ansiedad equivalente al 52,3%. Mientras que los síntomas de ansiedad severos se evidencian que equivale al 10,8 % de la población motivo del estudio. En la Tabla 3 se observa a detalle esta distribución

**Tabla 3.** Frecuencia de NIVELES DE SÍNTOMAS DEL TAG

NIVELES DE SÍNTOMAS DEL TAG	n	% del Total	% Acumulado
NO SE APRECIA ANSIEDAD	34	52.3 %	52.3 %
SÍNTOMAS DE ANSIEDAD LEVES	16	24.6 %	76.9 %
SÍNTOMAS DE ANSIEDAD MODERADOS	8	12.3 %	89.2 %
SÍNTOMAS DE ANSIEDAD SEVEROS	7	10.8 %	100.0 %

Nota: n puede variar según los datos faltantes.

Según el género y el nivel de gravedad de síntomas (Tabla 4), se observa que el 36,9% de los hombres no presentan síntomas de ansiedad, al igual que el 15,4% de las mujeres. Así también en la misma tabla se puede apreciar en el género masculino que el 21,5% presentan síntomas de ansiedad leves, el 7,7% síntomas de ansiedad moderados y el 7,7 % síntomas de ansiedad severos. En cuanto al género femenino se aprecia que el 3,1% síntomas de ansiedad leves, 4,6 % síntomas de ansiedad moderados y el 3,1% síntomas de severos.

**Tabla 4.** Frecuencias de GÉNERO y NIVELES DE SÍNTOMAS DEL TAG

GÉNERO	NIVELES DE SÍNTOMAS DEL TAG	n	% del Total	% Acumulado
MASCULINO	NO SE APRECIA ANSIEDAD	24	36.9 %	36.9 %
	SÍNTOMAS DE ANSIEDAD LEVES	14	21.5 %	58.5 %
	SÍNTOMAS DE ANSIEDAD MODERADOS	5	7.7 %	66.2 %
	SÍNTOMAS DE ANSIEDAD SEVEROS	5	7.7 %	73.8 %
FEMENINO	NO SE APRECIA ANSIEDAD	10	15.4 %	89.2 %
	SÍNTOMAS DE ANSIEDAD LEVES	2	3.1 %	92.3 %
	SÍNTOMAS DE ANSIEDAD MODERADOS	3	4.6 %	96.9 %
	SÍNTOMAS DE ANSIEDAD SEVEROS	2	3.1 %	100.0 %

Nota: n puede variar según los datos faltantes.

### Consumo de Sustancias Psicotrópicas

En lo que respecta al Consumo de sustancias Psicotrópicas (Tabla 5), el 83,1 % indicó que actualmente fuma cigarrillos, mientras que las sustancias de mayor consumo son las bebidas alcohólicas con el 98,5 % considerando que son sustancias lícitas. Por otro lado, un 27,7% admiten haber consumido Cannabis a lo largo de su vida, así como el 20 % consume a la Cocaína. Las Anfetaminas y los Sedantes tuvieron el mismo porcentaje de consumo que equivale 3,1 %, finalmente los alucinógenos con el 7,7 %. Todas estas sustancias son consideradas ilícitas.

**Tabla 5. SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS CONSUMIDAS**

SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS	CONSUMO	n	% del Total
TABACO	Si	54	83,1 %
	No	11	16,9 %
ALCOHOL	Si	64	98,5 %
	No	1	1,5 %
CANNABIS	Si	18	27,7 %
	No	47	72,3 %
COCAÍNA	Si	13	20 %
	No	52	80 %
ESTIMULANTES	Si	2	3,1 %
	No	63	96,9 %
INHALANTES	Si	1	1,5 %
	No	64	98,5 %
SEDANTES	Si	2	3,1 %
	No	63	96,9 %
ALUCINÓGENOS	Si	5	7,7 %
	No	60	92,3 %
OPIÁCEOS	Si	1	1,5 %
	No	64	98,5 %
OTROS	No	65	100 %

Nota: n puede variar según los datos faltantes.

### **Relación de los Síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Consumo de Sustancias Psicotrópicas**

Se evaluó la relación de los Síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Consumo de Sustancias Psicotrópicas. Mediante la prueba de Shapiro-Wilk se reveló que se trata de dos variables atípicas ( $p < 0.05$ ), por lo que se aplicó la correlación de Spearman como prueba estadística para verificar la asociación entre ellas. Se empleó la correlación de Spearman considerando que se trata de variables ordinales que no tienen distribución normal. La hipótesis que subyace es la correlación positiva, es decir, a mayor nivel de ansiedad mayor riesgos de consumo. En la Tabla 6 se observa que no existe correlación positiva de la ansiedad con el tabaco ni el alcohol, sin embargo, las drogas ilícitas como cannabis, cocaína, estimulantes y alucinógenos, presentaron una correlación significativa. En efecto, tanto el cannabis ( $\rho = 0.507$ ) como la cocaína ( $\rho = 0.483$ ) presentaron niveles de correlación media con la ansiedad ( $p < 0,001$ ), mientras que se advirtió que existe una correlación baja, pero significativa de los estimulantes ( $\rho = 0.318$ ) y los alucinógenos ( $\rho = 0.360$ ) con los síntomas de ansiedad generalizada ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 6.** MATRIZ DE CORRELACIONES

NIVEL DE RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS		NIVELES DE SÍNTOMAS DEL TAG
	Rho de Spearman	0.025
NIVEL DE RIESGO TABACO	gl	56
	valor p	0.853
	Rho de Spearman	0.058
NIVEL DE RIESGO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	gl	56
	valor p	0.665
	Rho de Spearman	0.507
NIVEL DE RIESGO CANNABIS	gl	56
	valor p	< .001
	Rho de Spearman	0.483
NIVEL DE RIESGO COCAÍNA	gl	56
	valor p	< .001
	Rho de Spearman	0.318
NIVEL DE RIESGO ESTIMULANTES	gl	56
	valor p	0.015
	Rho de Spearman	0.166
NIVEL DE RIESGO INHALANTES	gl	56
	valor p	0.212
	Rho de Spearman	0.083
NIVEL DE RIESGO SEDANTES	gl	56
	valor p	0.535
	Rho de Spearman	0.360
NIVEL DE RIESGO ALUCINÓGENOS	gl	56
	valor p	0.006
	Rho de Spearman	0.223
NIVEL DE RIESGO OPIÁCEOS	gl	56
	valor p	0.092
	Rho de Spearman	NaN
NIVEL DE RIESGO OTRAS SUSTANCIAS	gl	56
	valor p	NaN

Nota: Los valores en negrita indican significación en  $p < 0.05$ .

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio arrojan luz sobre la relación existente entre los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el consumo de sustancias psicotrópicas en una muestra de habitantes del Distrito Metropolitano de Quito. Los hallazgos permitirán una comprensión más profunda sobre cómo los niveles de ansiedad pueden actuar como un factor de riesgo para el uso de diversas sustancias, tanto lícitas como ilícitas.

El perfil demográfico de los participantes indica una predominancia masculina (73.8%), lo cual podría influir en los patrones de consumo de sustancias psicotrópicas observados. Estudios previos han señalado diferencias de género en el consumo de sustancias y en la prevalencia de trastornos de ansiedad, tal como lo señala Becker, J. & Hu, M. (2008) “los hombres tienden a reportar un mayor uso de sustancias y las mujeres mayores tasas de ansiedad”. Este sesgo de género podría, en parte, explicar la distribución de los datos en este estudio y sugiere la necesidad de investigaciones futuras que equilibren mejor la representación de género.

El análisis de correlaciones revela que, aunque no se encontró una asociación significativa entre los síntomas de ansiedad y el consumo de sustancias lícitas como el tabaco y el alcohol, sí se observó una relación significativa con el consumo de sustancias ilícitas, particularmente cannabis y cocaína. Esta diferencia puede deberse a diferentes factores: como señala Grant, B., et al., (2015) “las sustancias lícitas como el alcohol y el tabaco son socialmente aceptadas y su consumo está normalizado en muchas culturas, lo que puede diluir cualquier asociación específica con niveles de ansiedad”; en contraste Khantzian, E., (1997) señala que el “consumo de sustancias ilícitas puede estar más directamente relacionado con intentos de automedicar los síntomas de ansiedad, debido a la percepción de alivio temporal que estas sustancias pueden proporcionar”.

El hallazgo de una correlación significativa entre el consumo de cannabis ( $\rho = 0.507$ ) y cocaína ( $\rho = 0.483$ ) con los síntomas de ansiedad generalizada es particularmente relevante. Este patrón sugiere que individuos con niveles más altos de ansiedad pueden recurrir a estas sustancias como un mecanismo de afrontamiento. La teoría de la automedicación de Bolton, J., et al., (2009) propone que “las personas con trastornos de ansiedad pueden usar sustancias para mitigar sus síntomas emocionales negativos, lo que, a

su vez, puede aumentar el riesgo de desarrollar dependencia”; sin embargo, este comportamiento puede tener consecuencias adversas a largo plazo, exacerbando los síntomas de ansiedad y aumentando el riesgo de complicaciones de salud mental y física.

Adicionalmente, las correlaciones significativas, pero más bajas con el consumo de estimulantes ( $\rho = 0.318$ ) y alucinógenos ( $\rho = 0.360$ ) indican que, aunque estos no son los principales mecanismos de afrontamiento para la mayoría, aún representan un riesgo considerable. Esto es consistente con el estudio de Barrett, F., et al., (2016), el cual ha encontrado que “la ansiedad puede predisponer a algunos individuos a experimentar con sustancias psicodélicas o estimulantes en busca de alivio o nuevas experiencias sensoriales que temporariamente desvían su atención de los síntomas ansiosos”.

Comparando estos resultados con el estudio “Síntomas del trastorno de ansiedad generalizada como factor de riesgo de consumo de sustancias entre adultos que viven con el VIH” realizado por Mannes, Z., et al., (2021), se evidencia una consistencia en la relación entre los síntomas de TAG y el consumo de sustancias psicotrópicas, aunque con algunas diferencias en los patrones específicos y la magnitud de las asociaciones. En el presente estudio, la muestra es más pequeña y homogénea en términos demográficos, mientras que el estudio que se compara, abarca una población más amplia y diversa. Esta diferencia puede explicar la variabilidad en los resultados específicos de consumo de sustancias.

Los dos estudios coinciden en que los síntomas severos de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se asocian significativamente con el uso de sustancias ilícitas. Sin embargo, el estudio de comparación proporciona un análisis más detallado, mostrando que esta asociación persiste incluso después de ajustar por múltiples covariables como edad, género, y estado socioeconómico. Este hallazgo es crucial, ya que sugiere que la relación entre la ansiedad y el consumo de sustancias no son factores demográficos o socioeconómicos.

En términos de prevalencia, el estudio de comparación muestra un mayor porcentaje de individuos con síntomas moderados a graves de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) (31.4%) en comparación con el presente estudio (23.1%). Esta diferencia podría deberse a la mayor diversidad de la muestra y posiblemente a diferencias en los métodos de evaluación de los síntomas de TAG. Además, el estudio de comparación muestra una relación significativa entre el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el consumo peligroso de alcohol, una

relación que no se observa en el presente estudio. Esta discrepancia podría ser el resultado de variaciones en la definición y medida del consumo peligroso de alcohol entre los dos estudios.

Otro punto de discusión es el hallazgo de que, en el estudio de comparación, los síntomas de TAG moderados a graves no se asocian significativamente con el consumo de marihuana y sustancias psicotrópicas inyectables después de ajustar por covariables, lo cual contrasta con la fuerte correlación observada en el actual estudio. Esto podría sugerir que otros factores, no considerados influyen en el consumo de estas sustancias.

Finalmente, estos resultados tienen importantes implicaciones psicológicas, la identificación temprana de síntomas de ansiedad y su tratamiento adecuado podrían reducir significativamente el riesgo de consumo de sustancias psicotrópicas. Es importante destacar que las correlaciones no implican causalidad, y se requieren estudios adicionales para comprender mejor la naturaleza de estas relaciones. Como limitación dentro del estudio es la desigual distribución de género, lo que podría afectar la generalización de los resultados. Futuras investigaciones podrían explorar la relación entre TAG y consumo de sustancias en una muestra más equilibrada y diversa. Las intervenciones preventivas y terapéuticas deberían considerar estos hallazgos para abordar tanto los síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) como el consumo de sustancias psicotrópicas de manera integral.

## 6. CONCLUSIONES

---

El estudio realizado con el objetivo de identificar los niveles de sintomatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en habitantes de 20 a 50 años del centro histórico del Distrito Metropolitano de Quito permitió obtener una visión clara de la prevalencia de estos síntomas en la población objetivo. Se observó que una mayoría significativa de los participantes no presenta síntomas de ansiedad, representando un 52.3% del total. Sin embargo, existe una proporción relevante de individuos con síntomas de ansiedad leves (24.6%), moderados (12.3%), y severos (10.8%), lo que indica que casi la mitad de la población estudiada experimenta algún grado de ansiedad. Este hallazgo resalta la importancia de implementar estrategias de intervención temprana y programas de apoyo para quienes presentan síntomas leves a moderados, con el fin de prevenir la progresión hacia niveles más severos. La distribución de los niveles de ansiedad también mostró variaciones significativas entre géneros, con una mayor prevalencia de síntomas en hombres que en mujeres, lo que sugiere la necesidad de enfoques específicos por género en el manejo de la ansiedad. El análisis de los datos sociodemográficos proporcionó una comprensión adicional del perfil de los participantes, destacando una mayor participación de hombres y una concentración de la muestra en el rango de edad de 46 a 50 años. Esta distribución etaria podría reflejar una mayor disposición a participar en estudios relacionados con la salud mental en edades más avanzadas, posiblemente debido a una mayor conciencia o experiencia con síntomas de ansiedad y sus efectos. La variabilidad en la distribución de síntomas de ansiedad según la edad y género sugiere que las intervenciones deben ser adaptadas para atender las necesidades específicas de diferentes subgrupos dentro de la población.

Por otro lado, se logró determinar el tipo de sustancias psicotrópicas consumidas por los participantes del estudio. Las sustancias más comúnmente consumidas incluyen tabaco y alcohol, con una alta prevalencia, mientras que el consumo de sustancias ilícitas como cannabis, cocaína, anfetaminas y alucinógenos también se observó, aunque en menor proporción. Estos resultados subrayan la necesidad de abordar tanto el consumo de sustancias legales como ilegales en las estrategias de prevención y tratamiento de

adiciones. La comprensión del tipo y la frecuencia de consumo es fundamental para diseñar programas específicos que respondan a las necesidades reales de la población objetivo, considerando las diferencias en patrones de consumo entre hombres y mujeres.

Finalmente, en relación al objetivo de evaluar la relación entre los síntomas de TAG y el consumo de sustancias psicotrópicas, los resultados indican una correlación significativa entre niveles elevados de ansiedad y el consumo de sustancias ilícitas, particularmente cannabis y cocaína. La correlación de Spearman reveló que tanto el cannabis como la cocaína presentan una correlación media con los síntomas de ansiedad, mientras que los estimulantes y alucinógenos mostraron una correlación baja pero significativa. Estos resultados son consistentes con la literatura existente que asocia la ansiedad con un mayor riesgo de consumo de sustancias ilícitas como mecanismo de autogestión de la angustia. Por otro lado, no se encontró una correlación significativa entre la ansiedad y el consumo de sustancias lícitas como tabaco y alcohol, lo cual podría indicar que los individuos con ansiedad generalizada en esta muestra no utilizan estas sustancias como método principal de afrontamiento, prefiriendo sustancias que quizás perciben como más efectivas en la reducción de síntomas de ansiedad.

## 7. REFERENCIAS

- Alegría, A., Hasin, D., Nunes, E., Min Liu, S., Davies, C., Grant, B., & Blanco, C. (2011). Comorbidity of Generalized Anxiety Disorder and Substance Use Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 71(9), 1187-1195. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05328gry>
- American Academy of Pain Medicine. (2020). Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic non-cancer pain. *American Academy of Pain Medicine*. Recuperado de: <https://painmed.org/clinical-guidelines>
- American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.). Editorial Médica Española. Recuperado de: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- American Society of Addiction Medicine. (2013). The ASAM criteria: Treatment criteria for addictive, substance-related, and co-occurring conditions (3rd ed.). *American Society of Addiction Medicine*. Recuperado de: <https://www.asam.org/asam-criteria/asam-criteria-3rd-edition>
- Andino, A., & Cano, A. (2001). Aplicación de técnicas cognitivo- conductuales en un caso de ansiedad generalizada. *Psiquiatría*, 5(3). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2255>
- Argandoña, J., Rodríguez, L. (2021). Las relaciones interpersonales en adolescentes que consumen sustancias psicoactivas. *RELIGACIÓN*, 6(28), 196-205. <https://doi.org/10.46652/rgn.v6i28.799>
- Arteaga, V., Mendoza, W. (2022). El Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes de San Alejo durante la Pandemia por Covid-19. *Polo del Conocimiento*, 7(3), <http://www.dx.doi.org/1360-1381.10.23857/pc.v7i3.3797>
- Barnhill, J. (2023). Trastorno de ansiedad generalizada. MANUAL MSD Versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos->

[psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-  
estr%C3%A9s/trastorno-de-ansiedad-generalizada-tag](#)

Barrett, F., Bradstreet, M., Leoutsakos, J., Johnson, M., & Griffiths, R. (2016). The challenging experience questionnaire: Characterization of challenging experiences with psilocybin mushrooms. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1279-1295.

<https://doi.org/10.1177/0269881116678781>

Becker, J., & Hu, M. (2008). Sex differences in drug abuse. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 29(1), 36-47. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2007.07.003>

Beesdo, K., Pine, D., Lieb, R., & Wittchen, H. (2010). Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder.

*Archives of General Psychiatry*, 67(1), 47-57.

<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.177>

Beesdo-Baum, K., & Knappe, S. (2012). Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(3), 249-266.

<https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.05.001>

Behar, E., DiMarco, I., Hekler, E., Mohlman, J., & Staples, A. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011-1023.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.006>

Bolton, J., Robinson, J., & Sareen, J. (2009). Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.

*Journal of Affective Disorders*, 115(3), 367-375.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.003>

Callejo, J & Calvo, M. (2015). Guía de intervención en drogodependencias en terapia ocupacional. *Madrid: Editorial Síntesis*. ISBN 978-84-9077-086-3

Carrà, G., Bartoli, F., Crocamo, C., Brady, K., & Clerici, M. (2014). Dual diagnosis and management of chronic psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, 39(3), 591-596.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.10.002>

- Charles, B., & Volkow, L. (2006). What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V. *Am J Psychiatry*, 163(5), 764-5. <http://www.dx.doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.764>.
- Clark, A., & Beck, T. (2012). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. *España: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.*
- Crockett, M., Martmez, V. (2023). Depresión, ansiedad generalizada y riesgo de consumo problemático de sustancias en estudiantes secundarios. *Andes Pediatrica*, 94(2), 161-169. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v94i2.4376>
- DeMartini, J., Patel, G., & Facher, T. (2019). Trastorno de ansiedad generalizada. *National Library of Medicine*, 170(7), 49-64. <https://doi.org/10.7326/AITC201904020>
- DeMartini, J., Patel, G., & Fancher T. (2019). Generalized Anxiety Disorder. *Annals of Internal Medicine*, 170(7), 49-64. <https://doi.org/10.7326/AITC201904020>.
- Diez, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *POLIS*, 4(2),1870-2333. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-23332008000200006](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332008000200006)
- Espinoza, E. (2018). Análisis del consumo de drogas en poblaciones menores de edad. *Repositorio Digital de la UTMACH.* URI: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12562>
- Expreso. (11 de octubre de 2023). El consumo de drogas en Ecuador, por encima del promedio en Latinoamérica. Recuperado de <https://www.expreso.ec/actualidad/consumo-drogas-ecuador-data-clara-porcentaje-175800.html>
- Grant, B., Chou, S., Saha, T., Ruan, W., Goldstein, R., Smith, S., & Hasin, D. (2015). Prevalence of 12-month alcohol use, high-risk drinking, and DSM-IV alcohol use disorder in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757-766. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>
- Hirsch, C., & Mathews, A. (2012). A cognitive model of pathological worry. *Behaviour Research and Therapy*, 50(10), 636-646. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.06.007>

[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders#:~:text=Se%20calcula%20que%20un%204,los%20trastornos%20mentales%20\(1\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders#:~:text=Se%20calcula%20que%20un%204,los%20trastornos%20mentales%20(1).)

Kessler, R., Chiu, W., & Demler, O. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62(6), 617-627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>

Khantzian, E. (1997). The self-medication hypothesis of substance uses disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>

Khantzian, E. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>

Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259-1264. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1259>

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis revisited: The dually diagnosed patient. *Primary Psychiatry*, 4(2), 47-54. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.1.4>

Laraqui, CH. (2021). Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas entre los trabajadores de la construcción. *JPMH*, 62(1). <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.1.1238>

Laraqui, O., Manar, N., Laraqui, S., Hammouda, R., Deschamps, F., & Houssine, C. (2021). Prevalence of consumption of psychoactive substances among construction workers. *Journal Preventive Medicine and Hygiene*, 62(1), 132-140. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.1.1238>

Llorente, L., García, P. (2019). Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática. *Rev Neurol*, 69(2), 59-67. <https://doi.org/10.33588/rn.6902.2018371>

Magidson, J., Min Liu, S., Lejuez, C., & Blanco, C. (2013). Comparison of the Course of Substance Use Disorders among Individuals with and Without Generalized Anxiety

Disorder in a Nationally Representative Sample. *J Psychiatry Res*, 46(5), 659-666.  
<https://doi.org/10.1016/j.ipsychires.2012.02.011>

Mancini, F. (2019). Generalized anxiety disorder: A comprehensive guide to diagnosis and treatment. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(2), 157-174.  
<https://doi.org/10.1007/s41811-019-00044-4>

Mannes, Z., Dunne, E., Ferguson, E., Cook, R., & Ennis, N. (2022). Symptoms of Generalized Anxiety Disorder as a Risk Factor for Substance Use among Adults Living With HIV. *AIDS Care*, 33(5), 623-632. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1808163>

Manrique, F., Ospina, J., & García, J. (2011). Consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes de Tunja, Colombia, 2009. *Revista de salud pública*, 13 (1), 89-101.  
<http://www.dx.doi.org/10.1590/S0124-00642011000100008>

Melkam, M., Demilew, D., Kassew, T., Fanta, B., Yitayih, S., Alemu, K., Muhammed, Y., Getnet, B., Abetu E., Ewnet, G., Mohammed, T., & Nenko, Y. (2024). Anxiety disorders among youth with substance use and associated factors in Northwest Ethiopia: A community-based study. *PLOS ONE*, 19(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300927>

Ministerio de Salud Colombia. (2016). Prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/convivencia-desarrollo-humano-sustancias-psicoactivas.aspx>

Ministerio de Salud Pública. (22 de agosto 2023). El MSP prepara encuesta sobre uso de drogas y salud mental en Ecuador. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/el-msp-prepara-encuesta-sobre-uso-de-drogas-y-salud-mental-en-ecuador/>

Moylan, S., Jacka, F., Pasco, J., & Berk, M. (2013). How cigarette smoking may increase the risk of anxiety symptoms and anxiety disorders: A critical review of biological pathways. *Brain and Behavior*, 3(3), 302-326. <https://doi.org/10.1002/brb3.137>

Mueser, K., Noordsy, D., Drake, R., & Fox, L. (2003). Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice. (D. H. Barlow, Ed.). *The Guilford Press*. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2003-07130-000>

Muñoz, C., Sandstede, M., & Klimenko, O. (2017). Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en los estudiantes del Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia. *PSICOESPACIOS*, 11(18), 149-170. Recuperado de <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Murray, B., Stein, M., & Sareen, J. (2015). Generalized Anxiety Disorder. *The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE*, 373(21), 2059-2068. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1502514>

National Institute of Mental Health. (2022). Trastorno de ansiedad generalizada: Cuando no se puede controlar la preocupación. Recuperado de [https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-cuando-no-se-pueden-controlar-las-preocupaciones-new/trastorno\\_de\\_ansiedad\\_generalizada.pdf](https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-cuando-no-se-pueden-controlar-las-preocupaciones-new/trastorno_de_ansiedad_generalizada.pdf)

National Institute of Mental Health. (s.f.). Anxiety Disorders. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>

National Institute on Drug Abuse (2019). *Drug abuse*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-inhalantes/que-son-los-inhalantes>

Newman, M., Llera, S., Erickson, T., Przeworski, A., & Castonguay, L. (2013). Worry and generalized anxiety disorder: A review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 275-297. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544>

Núñez, P. (2020). TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA COMO FACTOR DE RIESGO PARA ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN UNIVERSITARIOS. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/6409>

Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades (10a ed.). [Clasificación Internacional de Enfermedades \(CIE\) \(who.int\)](https://www.who.int/es/classifications/icd)

Organización Mundial de la Salud. (27 de septiembre 2023). Trastornos de ansiedad. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

- Peñañiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en grupo de adolescentes policonsumidores. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9 (1), 63-84. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072020000300213&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072020000300213&script=sci_arttext)
- Pérez, A., Lanziano, C., Reyes, M., Mejía, J. & Cardozo, F. (2018). Perfiles Asociados al Consumo de Alcohol en Adolescentes Colombianos. *Acta colombiana de Psicología*, 21(2), 258-269. <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2018.21.2.12>
- Piedra, T., Reyes, B., Tapia, A., & Sánchez, J. (2020). El consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en el desarrollo integral. *Journal of business and entrepreneurial studies*, 4(1). [https://www.redalyc.org/journal/5736/573667940004/html/#redalyc\\_573667940004\\_ref1](https://www.redalyc.org/journal/5736/573667940004/html/#redalyc_573667940004_ref1)
- Rojas, T., Reyes, B., & Tapia, A. (2019). El consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en el desarrollo integral. *Redaly*, 4(1). <https://www.redalyc.org/journal/5736/573667940004/movil/>
- Schäfer, I., & Najavits, L. (2007). Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(6), 614-618. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f0ffd9>
- Scholten, A. (2023). Conditions InDepth: Generalized Anxiety Disorder. *Western New York Urology Associates*. Recuperado de <https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkiid=21324#>
- Segal, H., Salgado, B., Mínguez F., & Quintero, J. (2015). Trastornos por consumo de sustancias y fármacos. *ELSEVIER*, 8(8), 5137-5143. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.09.003>
- Showraki, M., Showraki, T., & Brown, K. (2020). Generalized Anxiety Disorder: Revisited. *National Library of Medicine*, 91(3), 905-914. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09747-0>
- Sicras, A., Tamayo, M., Artieda, R., Paixa, I., & Lus, S. (2008). Influencia de la morbilidad y uso de recursos en pacientes que demandan atención por trastorno de ansiedad

- generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud configuración. *ELSEVIER*, 40(12), 603-610. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(08\)75693-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(08)75693-2)
- Smith, S., & Book, S. (2010). Anxiety and substance use disorders: A review. *The Psychiatric Times*, 27(9), 28-30. <https://doi.org/10.3109/10673229.2010.496738>
- Stanford MEDICINE Children's Health. (s.f.). Trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Recuperado de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=generalized-anxiety-disorder-gad-85-P03829>
- Stein, M. B., & Sareen, J. (2015). Generalized anxiety disorder. *The New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059-2068. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1502514>
- Stein, M., & Sareen, J. (2015). Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059-2068. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1502514>
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2019. Informe Mundial sobre las Drogas. *UNODC*. Recuperado de [https://wdr.unodc.org/wdr2019/field/B2\\_S.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/field/B2_S.pdf)
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). Estudio "Consumo de drogas en la población universitaria de Ecuador" de UNODC aportará a la construcción de políticas públicas de prevención de drogas. Recuperado de <https://www.unodc.org/peruandecuador/es/noticias/2017/SETIEMBRE/estudio-consumo-de-drogas-en-la-poblacion-universitaria-de-ecuador-de-unodc-aportara-a-la-construccion-de-politicas-publicas-de-prevencion-de-drogas.html#:~:text=Seg%C3%BAn%20el%20estudio%2C%20cerca%20del,alguna%20vez%20en%20la%20vida>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (junio 2017). Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Ecuador, 2016. Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2017/Informe\\_Universitarios\\_Ecuador.pdf](https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2017/Informe_Universitarios_Ecuador.pdf)
- Valdés, A., Vento, C., Hernández, D., & Álvarez, A. (2018). Drogas, un problema de salud mundial. *Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional*, 14(2), 1-5. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/6382/638268502010/html/>

Vetere, G. (2008). NIVEL DE FUNCIONAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA. *Anuario de Investigaciones*, 1(15), 51-55.

ISSN: 0329-5885. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139944005>

Weiss, R., Griffin, M., & Mirin, M. (1992). Drug abuse as self-medication for depression: An empirical study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18(2), 121-129.

<https://doi.org/10.3109/00952999209001590>

World Health Rankings. (s.f.). World Health Rankings Vive más vive mejor Ecuador: Consumo de Drogas. Recuperado el 2020 de <https://www.worldlifeexpectancy.com/es/ecuador-drug-use>

Zanarini, M., Frankenburg, F., Reich, D., & Fitzmaurice, G. (2014). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among borderline patients and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 171(9), 911-919. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13121616>

# 8. ANEXOS

## 8.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Síntomas del Trastorno De Ansiedad Generalizada como factor de riesgo del Consumo De Sustancias Psicotrópicas en habitantes de 20 a 50 años de edad en el Centro Histórico Del Distrito Metropolitano De Quito periodo 2024

#### Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# De cédula	Institución a la que pertenece
<b>Investigador Principal</b>	Esteban Paul Barahona Piedra	1726432592	Universidad Politécnica Salesiana
<b>¿De qué se trata este documento?</b>			
De manera respetuosa, le invitamos a participar en nuestra investigación que se llevaría cabo en la Zona Centro del Distrito Metropolitano de Quito durante el año 2024, dentro del Centro Histórico de Quito. Este documento, conocido como "consentimiento informado", tiene como propósito explicarle las razones para realizarel estudio, su participación en el mismo, y los posibles riesgos y beneficios asociados. Después de revisar detenidamente esta información y aclarar todas sus dudas, tendrá la capacidad de tomar una decisión sobre su participación. Le pedimos que no se apresure y, si es necesario, comparta este documento con sus familiares o personas de confianza			
<b>Introducción</b>			
Esta investigación busca comprender la relación entre los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el consumo de sustancias Psicotrópicas en habitantes de 18 a 65 años de edad en el Centro Histórico del Distrito Metropolitano de Quito periodo 2024. La zona centro del Distrito Metropolitano de Quito se ha seleccionado como escenario de estudio debido a la relevancia de la problemática en esta área específica. La participación de los habitantes ofrece una oportunidad única para analizar estas dinámicas, y su contribución será esencial para avanzar en el conocimiento científico sobre este tema.			
<b>Objetivo del estudio</b>			
Se busca conocer si tener síntomas de una enfermedad Psicológicas llamada Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) tiene efectos negativos para que pueda inducir al consumo de sustancias Psicotrópicas para aliviar estos síntomas.			

<p><b>Descripción de los procedimientos</b></p> <p>En este estudio, se llevarán a cabo mediante la aplicación de escalas psicológicas para detectar los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el consumo de sustancias Psicotrópicas. Luego de obtener la información se realizarán análisis estadísticos para correlacionar los datos recopilados. La participación será voluntaria, y se garantizará la total confidencialidad de la información y sobre todo el anonimato del participante. El tiempo estimado de participación será discutido con cada participante antes de su compromiso.</p>
<p><b>Riesgos y beneficios</b></p> <p>Los riesgos asociados incluyen la posible incomodidad al hablar sobre los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) así como el consumo de sustancias psicotrópicas. Sin embargo, este riesgo será minimizado mediante un ambiente de apoyo y la confidencialidad de la información.</p> <p>Los beneficios incluyen contribuir al enriquecimiento académico y científico de la relación entre los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el consumo de sustancias Psicotrópicas, así como facilitar el desarrollo de posibles estrategias de prevención e intervención más efectivas.</p>
<p><b>Otras opciones si no participa en el estudio</b></p> <p>Podrá libremente abandonar la participación en la investigación cuando lo desee. No tendrá ninguna repercusión el participante.</p>
<p><b>Derechos de los participantes</b></p> <p>Usted tiene derecho a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Recibir la información del estudio de forma clara;</li> <li>2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;</li> <li>3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;</li> <li>4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;</li> <li>5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;</li> <li>6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;</li> <li>7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;</li> <li>8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;</li> <li>9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);</li> <li>10) Que se respete su intimidad (privacidad);</li> <li>11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;</li> <li>12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;</li> <li>13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;</li> <li>14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;</li> <li>15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar.</li> </ol>

<b>Información de contacto</b>		
Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor envíe un correo electrónico a <a href="mailto:psic_paul_esteban@outlook.com">psic_paul_esteban@outlook.com</a> o <a href="mailto:ebarahonap@est.ups.edu.ec">ebarahonap@est.ups.edu.ec</a> que pertenece a Esteban Barahona investigador principal.		
<b>Consentimiento informado</b>		
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participaren esta investigación.		
<b>Nombres completos del investigador</b>	<b>Firma del investigador</b>	<b>Fecha</b>
Esteban Paul Barahona Piedra		
<b>Nombre y apellido del/a participante</b>	<b>Firma del/a participante</b>	<b>Fecha</b>

## 8.2 CUESTIONARIO BREVE DE EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-7)

### CUESTIONARIO BREVE DE EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-7) (Spitzer, Kroenke, Williams, y Löwe, 2006)

En los últimos 14 días, ¿con qué frecuencia le han supuesto una molestia los siguientes problemas? (Para indicar su respuesta rodee el número con un círculo).

0 = No, en absoluto; 1 = Algunos días; 2 = Más de la mitad de los días; 3 = Casi todos los días.

**IDENTIFICACIÓN:**

**EDAD:**

<b>GAD-7</b>				
En los últimos 14 días, ¿con qué frecuencia le han supuesto una molestia los siguientes problemas? <i>(Para indicar su respuesta rodee el número con un círculo)</i>	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1. Sentirse nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a	0	1	2	3
2. Ser incapaz de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cuestiones	0	1	2	3
4. Tener problemas para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que le resulta difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Enfadarse o irritarse con facilidad	0	1	2	3
7. Sentir miedo de que algo terrible pueda ocurrir	0	1	2	3
<i>(For office coding: Total Score T___ = ___ + ___ + ___)</i>				

Desarrollado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colaboradores, con una beca otorgada por Pfizer Inc. No se necesita autorización para su reproducción, traducción, muestra o distribución.

## 8.3 LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (ASSIST V3.1)

### La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

Nombre del trabajador clínico:

Institución:

Identificación o nombre del usuario:

Fecha:

#### Introducción (léasela al usuario o adapte a las circunstancias locales)

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas).

Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas que han sido recetadas por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por otros motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo.

Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilícitas que ha consumido, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

Antes de hacer las preguntas, entregue al usuario la tarjeta de respuestas.

#### PREGUNTA 1 | A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Sí
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Sí
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	No	Sí
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Sí
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Sí
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Sí
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Sí
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Sí
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Sí
j Otras, especifique: _____	No	Sí

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"

Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

\* El ASSIST V3.1 debe utilizarse como 'filtro' para fines clínicos. Para fines de investigación, utilice la versión anterior ASSIST V3.0.

<b>PREGUNTA 2   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Una o dos veces</b>	<b>Mensualmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente o casi diariamente</b>
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

<b>PREGUNTA 3   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Una o dos veces</b>	<b>Mensualmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente o casi diariamente</b>
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

<b>PREGUNTA 4   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

<b>PREGUNTA 5   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).					

<b>PREGUNTA 6   ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

<b>PREGUNTA 7   ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?</b>	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

PREGUNTA 8   ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

**NOTA IMPORTANTE**

A los usuarios que se han inyectado drogas en los últimos tres meses se les debe preguntar acerca de sus hábitos de inyección durante este período para determinar sus niveles de riesgo y el mejor curso de intervención.

### Hábitos de inyectarse

Cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses o menos

Más de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses

### Lineamientos de intervención

Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección

Evaluación adicional y tratamiento más intensivo