



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA



INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

TEMA:

RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL CETAD
CRADUN DE LA CIUDAD DEL PUYO, PROVINCIA DE PASTAZA

AUTORES:

URQUIZO NORIEGA OSWALDO JAVIER
VARGAS CAMPAÑA DELIANY MARYELHI

TUTOR:

PSIC.CLI. ARREAGA QUINDE ANDRÉS FERNANDO, MSC.

BABAHOYO – 2024

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, fuente de toda sabiduría y fortaleza. Gracias por guiarme en este camino y por darme la fuerza para superar los desafíos que se presentaron en mi camino.

A mis queridos padres, Martha Noriega y Sergio Urquizo, quienes han sido mis pilares inquebrantables a lo largo de los años. su amor, su paciencia y su sacrificio han sido un faro constante en mi vida. su trabajo arduo me ha enseñado el valor del esfuerzo y la perseverancia. Gracias por apoyarme en cada paso de mi proceso.

A mis amados hermanos, Tatiana y Carlos, y su inquebrantable fe en mí, ha sido mi motor, mi fortaleza y mi inspiración. En cada paso de este camino hacia el éxito, su apoyo incondicional ha sido mi mayor motivación. Han sido testigos de mis luchas y mis victorias, y han estado a mi lado en cada momento, infundiéndome valor y esperanza. Carlos F. Urquizo, siempre quedara tu legado de jamás rendirse y fuente de inmensa inspiración.

A mis respetados padres, Vilma Campaña y Jhonson Vargas. Quiero expresar mi más profundo agradecimiento por vuestro constante apoyo y guía a lo largo de mi trayectoria académica. Vuestra dedicación y sacrificio han sido fundamentales en mi formación como persona y profesional. Cada enseñanza impartida y cada gesto de amor han sido el motor que me ha impulsado a alcanzar este importante logro.

A ti, Carlos Mercado, mi querido compañero de vida, agradezco infinitamente tu inquebrantable apoyo y comprensión durante este exigente proceso. Tu presencia ha sido un bálsamo en los momentos de adversidad, y tu aliento ha sido mi motivación constante para seguir adelante.

A los distinguidos docentes que han compartido su conocimiento y experiencia conmigo a lo largo de mis estudios, les reconozco su invaluable contribución a mi desarrollo académico y profesional. Vuestra guía y mentoría han sido fundamentales en mi formación y en la consecución de mis metas.

A todos ustedes, les debo el éxito que hoy celebro. Este logro es el resultado del esfuerzo conjunto y del apoyo incondicional que he recibido a lo largo de este camino. Con profunda gratitud y aprecio.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
ÍNDICE GENERAL	II
ÍNDICE DE TABLAS.....	V
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VII
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN	1
1.1. Contextualización de la situación problemática	2
1.1.1. Contexto internacional.....	2
1.1.2. Contexto nacional.....	3
1.1.3. Contexto local.....	4
1.2. Planteamiento del problema.....	5
1.3. Justificación	6
1.4. Objetivos de investigación	7
1.4.1. Objetivo general.....	7
1.4.2. Objetivos específicos.....	7
1.5. Hipótesis	7
CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	11
2.2.1. Trastornos psicológicos	11
2.2.1.1. Depresión.....	12
2.2.1.2. Ansiedad.....	12
2.2.1.3. Estrés	13
2.2.1.4. Soledad	15
2.2.1.5. Calidad del sueño	16
2.2.2. Sustancias psicoactivas.....	17
2.2.2.1. Depresoras.....	17
2.2.2.2. Estimulantes.....	18
2.2.2.3. Alucinógenas.....	19
2.2.2.4. Volátiles.....	20

CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA	22
3.1. Tipo y diseño de investigación	22
3.2. Operacionalización de variables	23
3.3. Población y muestra de investigación	24
3.3.1. Población	24
3.3.2. Muestra	24
3.4. Técnicas e instrumentos de medición	24
3.4.1. Técnicas	24
3.4.1.1. Encuesta o censo	24
3.4.1.2. Análisis estadístico correlacional	25
3.4.2. Instrumentos	26
3.5. Procesamiento de datos	26
3.5.1. Datos sociodemográfica	26
3.5.2. Consumo de sustancias psicoactivas	30
3.5.3. DASS-21	33
3.5.4. UCLA-3	34
3.5.5. PSQI	35
3.6. Aspectos éticos	35
3.6.1. Consentimiento informado	35
3.6.2. Confidencialidad	35
3.6.3. Beneficio y no maleficencia	36
3.6.4. Responsabilidad social y cultural	36
CAPÍTULO IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
4.1 Resultados	37
4.1.1 Depresión	37
4.1.2 Ansiedad	37
4.1.3 Estrés	38
4.1.4 Sensación de soledad	39
4.1.5 Calidad del sueño	40
4.1.6 Entre trastornos	41
4.2 Discusión	42
CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
5.1 Conclusiones	47
5.2 Recomendaciones	48



REFERENCIAS.....49
ANEXOS.....56



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Relación entre preguntas y trastornos del DASS-21</i>	14
Tabla 2 <i>Niveles del DASS-21 para los trastornos</i>	14
Tabla 3 <i>Niveles de la UCLA-3</i>	16
Tabla 4 <i>Niveles del PSQI</i>	17
Tabla 5 <i>Operacionalización de variables</i>	23
Tabla 6 <i>Grado de relación según coeficiente de correlación</i>	25
Tabla 7 <i>Edad</i>	26
Tabla 8 <i>Género</i>	26
Tabla 9 <i>Etnia</i>	27
Tabla 10 <i>Estado civil</i>	27
Tabla 11 <i>Nivel educativo</i>	27
Tabla 12 <i>Ocupación</i>	28
Tabla 13 <i>Ingresos económicos</i>	28
Tabla 14 <i>Zona residencial</i>	28
Tabla 15 <i>Cantidad de hijos</i>	29
Tabla 16 <i>Residentes en casa</i>	29
Tabla 17 <i>Tipo de sustancia psicoactiva</i>	30
Tabla 18 <i>Motivaciones para el consumo</i>	30
Tabla 19 <i>Edad en la que empezó a consumir</i>	31
Tabla 20 <i>Frecuencia de consumo</i>	31
Tabla 21 <i>Gasto semanal</i>	31
Tabla 22 <i>Compañía con la que consumía</i>	32
Tabla 23 <i>Sensación que le ocasionaba</i>	32
Tabla 24 <i>Tiempo de último consumo</i>	33
Tabla 25 <i>Nivel de depresión</i>	33
Tabla 26 <i>Nivel de ansiedad</i>	34
Tabla 27 <i>Nivel de estrés</i>	34
Tabla 28 <i>Nivel de soledad</i>	34
Tabla 29 <i>Nivel de sueño</i>	35
Tabla 30 <i>Correlación de factores con la depresión</i>	37
Tabla 31 <i>Correlación de factores con la ansiedad</i>	38
Tabla 32 <i>Correlación de factores con el estrés</i>	38

Tabla 33 <i>Correlación de factores con la sensación de soledad</i>	39
Tabla 34 <i>Correlación de factores con la calidad del sueño</i>	40
Tabla 35 <i>Correlación entre trastorno</i>	41



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Relación de la depresión con la edad y el estado civil</i>	37
Figura 2 <i>Relación de la ansiedad con las drogas sintéticas</i>	38
Figura 3 <i>Relación del estrés con inhalantes y solventes</i>	39
Figura 4 <i>Relación del estrés con sedantes, residentes y gastos</i>	40
Figura 5 <i>Relación del sueño con la edad de inicio y frecuencia de consumo</i>	41
Figura 6 <i>Relación de la depresión con los niveles de ansiedad y estrés</i>	42
Figura 7 <i>Relación de la ansiedad con los niveles de estrés y soledad</i>	42
Figura 8 <i>Edad</i>	62
Figura 9 <i>Género</i>	62
Figura 10 <i>Etnia</i>	63
Figura 11 <i>Estado civil</i>	63
Figura 12 <i>Nivel educativo</i>	64
Figura 13 <i>Ocupación</i>	64
Figura 14 <i>Ingresos económicos</i>	65
Figura 15 <i>Zona residencial</i>	65
Figura 16 <i>Cantidad de hijos</i>	66
Figura 17 <i>Residentes en casa</i>	66
Figura 18 <i>Tipo de sustancia psicoactiva</i>	67
Figura 19 <i>Motivaciones para el consumo</i>	67
Figura 20 <i>Edad en la que empezó a consumir</i>	68
Figura 21 <i>Frecuencia de consumo</i>	68
Figura 22 <i>Gasto semanal</i>	69
Figura 23 <i>Compañía con la que consumía</i>	69
Figura 24 <i>Sensación que le ocasionaba</i>	70
Figura 25 <i>Tiempo de último consumo</i>	70
Figura 26 <i>Nivel de depresión</i>	71
Figura 27 <i>Nivel de ansiedad</i>	71
Figura 28 <i>Nivel de estrés</i>	72
Figura 29 <i>Nivel de soledad</i>	72
Figura 30 <i>Nivel de sueño</i>	73

RESUMEN

Se planteó el objetivo de determinar la relación entre los trastornos psicológicos y el consumo de sustancias psicoactivas en el CETAD CRADUN de la ciudad del Puyo, provincia de Pastaza debido a la creciente problemática de consumo de drogas en todo el país y el desconocimiento de sus repercusiones en la salud mental de las personas. La investigación consistió en un estudio correlacional, exploratoria y no experimental, donde se aplicaron encuestas a 70 pacientes del CETAD CRADUN, esta encuesta estuvo conformada de preguntas de carácter sociodemográfico, consumo de sustancias psicoactivas y cuestionarios para determinar el nivel de depresión, ansiedad, estrés, soledad y calidad del sueño. Se encontró que la principal sustancia consumida fue el alcohol con el 29,17%, seguido de la marihuana y sus derivados con el 19,05% y la codeína y derivados con el 10,12%, también que, la mayoría de los pacientes tuvieron niveles: leve de depresión con el 37,1%, moderado de ansiedad con el 42,9%, normal de estrés con el 65,7%, moderado de soledad con el 78,6%, mal dormir con el 85,7%. Las principales sustancias fueron los inhalantes y solventes asociadas al estrés y el uso de sedantes y barbitúricos con la sensación de soledad. Se concluyó que los niveles de trastornos psicológicos fueron mayormente moderados o leves. Se recomienda atención integral para la debida recuperación de los pacientes.

Palabras clave: Drogas, ansiedad, depresión, estrés, soledad, sueño, salud mental.



ABSTRACT

The objective was set to determine the relationship between psychological disorders and the consumption of psychoactive substances in the CETAD CRADUN of the city of Puyo, province of Pastaza due to the growing problem of drug consumption throughout the country and the lack of knowledge of its repercussions. . on people's mental health. The research consisted of a correlational, exploratory and non-experimental study, where surveys were applied to 70 patients from CETAD CRADUN, this survey was made up of questions of a sociodemographic nature, consumption of psychoactive substances and questionnaires to determine the level of depression, anxiety, stress . , solitude and soil quality. It was found that the main substance consumed was alcohol with 29.17%, followed by marijuana and its derivatives with 19.05% and codeine and derivatives with 10.12%, also that most of the patients . They had levels: mild depression with 37.1%, moderate anxiety with 42.9%, normal stress with 65.7%, moderate loneliness with 78.6%, poor sleep with 85.7%. % %. The main substances were inhalants and solvents associated with stress and the use of sedatives and barbiturates with the feeling of loneliness. It is concluded that the levels of psychological disorders were mostly moderate or mild. Comprehensive care is recommended for the proper recovery of patients.

Keywords: Drugs, anxiety, depression, stress, loneliness, sleep, mental health.



CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de integración curricular se centra en explorar la compleja relación entre los trastornos psicológicos y el consumo de sustancias psicoactivas en el Centro de Tratamiento y Rehabilitación de Adicciones (CETAD CRADUN) de la ciudad del Puyo, ubicado en la provincia de Pastaza. Este tema reviste gran importancia en el ámbito de la psicología, ya que la comorbilidad entre trastornos mentales y el uso de sustancias representa un desafío significativo tanto para los profesionales de la salud mental como para los especialistas en el tratamiento de adicciones; por su parte, al ser un centro especializado en la atención de personas con problemas de adicción, ofrece un escenario propicio para abordar esta compleja interrelación y contribuir a una comprensión más profunda de los factores que influyen en la manifestación y la persistencia de estas problemáticas en la población de la región.

El objetivo principal de esta investigación es analizar de manera sistemática las dinámicas subyacentes entre los trastornos psicológicos y el consumo de sustancias psicoactivas en los individuos que buscan tratamiento a través de un enfoque multidisciplinario, con tal de identificar patrones comunes, factores de riesgo y elementos facilitadores que puedan arrojar luz sobre la complejidad de esta relación. Al alcanzar este objetivo, se espera no solo contribuir al conocimiento académico en el campo de la psicología, sino también proporcionar *insights* (percepciones) valiosos para mejorar las estrategias de intervención y tratamiento en el ámbito de la salud mental y las adicciones en la comunidad del Puyo, provincia de Pastaza.

Para esto, el trabajo estará estructurado por varios capítulos, los cuales serán: CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN, en el cual se contextualizará el problema, la justificación y los objetivos, CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO, en el cual se describirán los antecedentes y las bases teóricas en las que se partirá para sustentar el trabajo realizado, CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA, en el cual se describirán las variables, población, técnicas, instrumentos y el procesamiento de datos, y CAPÍTULO IV.- PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA, en el cual se describirán los gastos y la planificación temporal de los procesos a realizarse en el estudio.

1.1. Contextualización de la situación problemática

1.1.1. Contexto internacional

De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés), durante el año 2021 alrededor de 275 millones de personas consumieron drogas en todo el mundo, de estos más de 36 millones sufrieron trastornos por su consumo (UNODOC, 2021). El Informe Mundial sobre las Drogas 2022 de la UNODC estima que, en el planeta, 11,2 millones de personas se inyectan drogas, de estas, alrededor de la mitad vive con hepatitis C, 1,4 millones con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y 1,2 millones con ambos (UNODOC, 2022).

Se conoce que, en los últimos 24 años la potencia del cannabis se ha multiplicado por cuatro en algunas partes del mundo y el porcentaje de adolescentes que perciben el consumo de esta droga como perjudicial ha disminuido hasta un 40% (UNODOC, 2021). En muchos países de África, América del Sur y Central, los trastornos relacionados con el consumo de drogas son ocasionados por el cannabis. La mayoría de las personas en Europa del Este y del Sureste, así como en Asia Central, reciben tratamiento por trastornos por consumo de opiáceos. En Canadá y Estados Unidos, se mantienen los récords de muertes por sobredosis, principalmente debido a la epidemia del uso no médico del fentanilo. En este último, las estimaciones preliminares previeron más de 107.000 muertes por sobredosis en 2021, frente a unas 92.000 en 2020 (UNODOC, 2022).

También, se proyecta que para 2030 la cantidad de personas que consumen drogas aumentará un 11% en todo el mundo y del 40% para los países de África por su rápido crecimiento en la población joven (UNODOC, 2021). En todo el mundo, las mujeres siguen siendo una minoría entre quienes consumen drogas, pero esta tendencia de uso está aumentando, al igual que el desarrollo de trastornos por uso de drogas con mayor rapidez que los hombres. Se estima que entre el 45% y el 49% de los usuarios no médicos de estimulantes farmacéuticos, opiáceos farmacéuticos, sedantes y tranquilizantes son mujeres (UNODOC, 2022).

1.1.2. Contexto nacional

Según lo refiere Guadamud (2023), en Latinoamérica el promedio de consumo de drogas es del 24%, pero según la Secretaría de Seguridad del Municipio de Quito, en Ecuador el consumo sobrepasa esta medida teniendo un consumo de 35,41%. Por otra parte, las causas más significativas que llevan a estos jóvenes a consumir drogas son la disfunción familiar que provoca la falta de apoyo familiar para estos jóvenes, la influencia del entorno en el que se desarrollan los jóvenes y la falta de conocimiento sobre los efectos de las drogas en su salud y relaciones sociales, también la droga más consumida es la marihuana, seguida por el alcohol e inhalantes (Loor et al., 2018).

Hay un aumento en el uso de drogas por parte de los jóvenes, especialmente cuando son conscientes de que, según el Código de la Niñez y la Adolescencia, no pueden ser juzgados por los tribunales penales ordinarios ni sujetos a las penas previstas en las leyes penales. Como resultado, la mayoría de los adolescentes que cometen delitos no terminan sus penas actuales. La falta de atención social contribuye al aumento de los adolescentes que consumen drogas, y los esfuerzos de intervención no logran detener esta tendencia. Debido a que existe un aumento en el número de adolescentes consumidores que también están involucrados en el tráfico ilegal de sustancias sujetas a fiscalización, estas medidas socioeducativas deben ser estrictas para reducir la tasa de adolescentes infractores y garantizar su cumplimiento (Guamán & Mayancela, 2023).

Según un estudio realizado en la población universitaria de Quito, el consumo de tabaco y alcohol está relacionado con las amistades, los conflictos laborales y el tiempo libre destinado a fiestas y ocio. Por otro lado, factores como la necesidad de aceptación social y la relación con la familia contribuyeron al consumo de cocaína (Noroña et al., 2022). Por otro lado, el estudio de Cárdenas descubrió que la ansiedad, la depresión, el trastorno por estrés postraumático y los trastornos de comportamiento eran los trastornos debidos al consumo de drogas más comunes. También señala que los estudios sobre la morbilidad psiquiátrica en Ecuador son diversos en cuanto a los instrumentos, los sujetos, el cálculo de la muestra y los resultados, lo que hace pertinente el desarrollo de estas investigaciones para que sean útiles en la planificación de servicios y políticas de salud mental (Cárdenas & Vicente, 2021).

1.1.3. Contexto local

En la ciudad del Puyo, un estudio realizado entre los años 2013-2014 mostró que, en el barrio El Recreo, existía un alto consumo de drogas en adolescentes, principalmente hombres en edades de los 16 a 19 años que empezaron en este vicio por problemas familiares con una prevalencia del 46%, seguido de curiosidad con el 40%; además, el 58% de los encuestados mencionaron que empezaron por la influencia de sus amigos (Chicaiza, 2015).

Según los estudios, la mayoría de los consumidores tenían una vida tranquila, una salud buena y una economía normal antes de comenzar. Las personas que consumen drogas pueden comenzar por curiosidad o se vuelven más adictas, lo que también afecta a su familia. Sin embargo, un buen número de consumidores son ingresados a centros de recuperación donde reciben ayuda psicológica y psiquiátrica para poder salir del consumo de manera positiva para así ser reincorporados a la sociedad (Arboleda, 2023).

El consumo de sustancias psicoactivas también provoca consecuencias en la población no consumiente, un estudio menciona que la inseguridad en la ciudad del Puyo ha incrementado en los últimos años, siendo la drogadicción la segunda causa de inseguridad después de los asaltos. Ambas causas usualmente se encuentran relacionadas, pero se podrían mitigar con la coordinación interinstitucional a través de planes y programas educativos que promuevan la actividad física y la recreación familiar como mecanismo para evitar el consumo de estas sustancias y por ende, la disminución de la inseguridad en la ciudad (Espinoza et al., 2022).

Pero, se desconoce cómo el consumo, de estas sustancias, junto a otros factores sociodemográficos, se han relacionado con la salud mental de la población de la ciudad del Puyo, especialmente en trastornos como ansiedad, depresión, estrés, soledad y calidad del sueño.

1.2. Planteamiento del problema

El uso de drogas en Puyo es un problema social que tiene un impacto en la salud mental de la población, la seguridad y el desarrollo personal. Principalmente debido a factores como el alto consumo de adolescentes o un inicio temprano donde la mayoría de los consumidores tenían una vida normal, sin problemas de salud o económicos, lo que ha impactado en la seguridad social, haciendo que los niveles de inseguridad en esta ciudad hayan aumentado recientemente, también tiene un impacto en la salud familiar y mental de los consumidores (Chicaiza, 2015; Espinoza et al., 2022).

El consumo de drogas puede aumentar la incidencia de trastornos psicológicos, deteriorando la calidad de vida de las personas, además de generar conflictos y rupturas en las familias, delincuencia y violencia, afectando la seguridad ciudadana. Además, el tratamiento de la adicción y los efectos del consumo tienen un gran impacto económico en la sociedad.

Es necesario abordar el problema desde una perspectiva integral, que incluya la investigación a través de la profundización de la relación entre el consumo de sustancias y la salud mental en la población del Puyo, la implementación de programas educativos que fomenten estilos de vida saludables y alternativas al consumo, el apoyo y el tratamiento especializado a las personas con problemas de adicción y sus familias, y el fortalecimiento de la coordinación entre entidades gubernamentales (Espinoza et al., 2022).

Debido a esto, se ha optado por llevar a cabo este estudio como un punto de partida para abordar de manera integral este problema mediante la investigación de los pacientes del CETAD CRADUN en Puyo. Esto permitirá a los trabajadores de salud mental de diversas organizaciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales, implementar los planes y programas adecuados para evitar el consumo de estas sustancias y sus efectos en la salud mental. Para esto busca una respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre los trastornos psicológicos y el consumo de sustancias psicoactivas en el CETAD CRADUN de la ciudad del Puyo, provincia de Pastaza?

1.3. Justificación

El estudio se ubica dentro de la línea de investigación “Clínica y forense”, específicamente en la sublínea de “Proceso de cambio y problemas asociados a conductas adictivas”, esta elección se fundamenta en la creciente necesidad de comprender la interconexión entre la salud mental y los comportamientos adictivos, un área crítica que requiere enfoques multidisciplinarios para su abordaje.

Los beneficiarios directos de esta investigación incluyen a los profesionales de la salud mental, los responsables de la gestión y planificación de servicios de tratamiento, así como a los propios individuos afectados y sus familias. La factibilidad del estudio radica en la disponibilidad de recursos en el CETAD CRADUN y la colaboración activa de la institución, lo que garantiza un acceso adecuado a la población objetivo y la cooperación para la implementación de las encuestas.

La investigación será de tipo correlacional, buscando establecer relaciones y patrones entre las variables de interés. Esta elección permite identificar conexiones significativas sin manipulación controlada de variables, reflejando mejor la complejidad del fenómeno estudiado.

Se ha optado por un diseño no experimental, ya que el objetivo es observar y analizar las relaciones existentes entre los trastornos psicológicos y el consumo de sustancias psicoactivas en un entorno natural, sin intervenir de manera directa en las variables independientes.

Se adoptará un enfoque cuantitativo para proporcionar una comprensión estadística rigurosa de las relaciones entre los trastornos psicológicos y el consumo de sustancias psicoactivas. Este enfoque permitirá la aplicación de análisis estadísticos, específicamente correlacionales, para obtener resultados confiables y generalizables.

La técnica principal será la aplicación de encuestas, utilizando instrumentos validados como la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), la Escala de Soledad (UCLA-3) y el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI). Estos instrumentos han demostrado su eficacia en la evaluación de las dimensiones clave relacionadas con los trastornos psicológicos

y la calidad de vida, proporcionando datos cuantitativos que serán sometidos a un análisis estadístico de correlación.

1.4. Objetivos de investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la correlación entre los trastornos psicológicos y el consumo de sustancias psicoactivas en el CETAD CRADUN de la ciudad del Puyo, provincia de Pastaza.

1.4.2. Objetivos específicos

- Evaluar el porcentaje de los trastornos psicológicos que aquejan a los pacientes del CETAD CRADUN.
- Investigar las sustancias psicoactivas predominantes por las que se admitieron a los pacientes de CETAD CRADUN.
- Correlacionar los trastornos psicológicos con el consumo de sustancias psicoactivas en el CETAD CRADUN.

1.5. Hipótesis

Existe una alta relación entre los trastornos psicológicos y el consumo de sustancias psicoactivas en el CETAD CRADUN de la ciudad del Puyo, provincia de Pastaza.

CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Un estudio realizado en la ciudad de Teresina, Brasil, examinó la ocurrencia de hospitalizaciones por trastornos psiquiátricos derivados del consumo de sustancias psicoactivas en un hospital psiquiátrico de referencia, en el cual se analizaron 123 registros, de los que se determinó que la edad promedio de los pacientes fue de 40,7 años, en su mayoría hombres del área urbana con dos o más hospitalizaciones previas; también, la mayoría de sustancias psicoactivas relacionadas fueron múltiples drogas y otras sustancias (39,8%), seguido de alcohol (31,7%) y solventes volátiles (22,8%), pocos pacientes presentaron comorbilidades como esquizofrenia paranoide, esquizofrenia hebefrénica, trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo y agorafobia con trastorno de pánico (Fernandes et al., 2020).

Por otra parte, un estudio cualitativo exploratorio llevado a cabo en 2015 en el estado de Paraná, Brasil, buscó entender las percepciones de 23 enfermeras que trabajaban en cuatro centros de atención psicosocial respecto a la adherencia al uso de psicofármacos por parte de personas con trastornos mentales, esto se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, se identificaron factores que contribuyen a la adherencia, como el respaldo de un equipo multiprofesional, el vínculo terapéutico con el personal de salud, la fe y la espiritualidad, así como la influencia familiar; por otro lado, se señalaron obstáculos, como los efectos secundarios y adversos de los medicamentos, el fanatismo religioso y la ausencia familiar (Czarnobay et al., 2018). Sería relevante cuantificar la incidencia de pacientes en los que el trastorno psicológico desencadena el consumo de sustancias o, por el contrario, el consumo de sustancias provoca el apareamiento y/o aumento de un trastorno.

En la ciudad de Campinas, Brasil, un estudio abordó la cuestión de las desigualdades raciales en la prevalencia de problemas emocionales, la búsqueda de servicios de salud y el consumo de psicofármacos, utilizando datos de la Encuesta de Salud de Campinas 2014/15 aplicada a 1953 individuos mayores de 20 años. Los resultados indicaron que la prevalencia de trastornos mentales comunes (TMC) fue superior entre individuos negros/morenos en comparación con los blancos, aunque no se observaron diferencias en la notificación de problemas emocionales e insomnio; además, se evidenció que los individuos blancos buscaban servicios de salud con mayor frecuencia debido a problemas emocionales, también presentaban

un mayor uso de psicofármacos (Fernandes et al., 2020). Estos hallazgos subrayan la existencia de desigualdades raciales en aspectos clave de la salud mental, destacando la necesidad de abordar y superar las barreras que limitan el acceso a la atención de salud mental en diversos segmentos de la población.

En el ámbito académico de la salud, un estudio transversal propuso analizar el perfil de consumo de psicotrópicos y explorar el significado subjetivo asociado al uso de estas sustancias entre 745 estudiantes de Psicología, Medicina, Enfermería, Nutrición y Fisioterapia del Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), Brasil. Los resultados indicaron que el alcohol, el tabaco y la marihuana, junto con tranquilizantes y ansiolíticos, eran las sustancias más comúnmente utilizadas; sorprendentemente, los estudiantes de Psicología lideraban el consumo general de drogas, seguidos por Nutrición y Medicina, además, se evidenció que el uso de drogas se percibía como un escape del malestar psicológico y una forma de maximizar el placer, influenciado también por la mejora del rendimiento académico (Tovani et al., 2021).

También, un estudio realizado en el estado de Río Grande del Sur, Brasil, buscó comprender los motivos subyacentes al abuso de sustancias psicoactivas en mujeres, para lo cual adoptó un enfoque cualitativo de naturaleza fenomenológica, exploró la vivencia única de mujeres usuarias de sustancias psicoactivas que se encontraban en tratamiento en un centro de atención psicosocial alcohol y drogas. Las entrevistas realizadas entre mayo y junio de 2013 se interpretaron a la luz de la Fenomenología Social de Alfred Schütz, permitiendo un análisis profundo de los factores sociales y personales que influyen en la toma de decisiones respecto al consumo de sustancias. Los resultados revelaron la influencia significativa de las relaciones personales y las dificultades familiares en el desencadenamiento del abuso de sustancias psicoactivas (Soccol et al., 2018).

Una revisión sistemática menciona que el cannabis es una planta con propiedades psicoactivas debido a los cannabinoides presentes en ella, que afectan los receptores CB1 y CB2, influenciando la liberación de neurotransmisores y modulando el sistema endocannabinoide. Se señala un aumento en el uso de cannabis tanto con fines medicinales como recreativos, especialmente en individuos con enfermedades mentales. Se destaca la asociación del trastorno por consumo de cannabis (CUD) con enfermedades mentales, como la esquizofrenia, y se menciona que el consumo de cannabis se relaciona con un mayor riesgo de desarrollar psicosis. Además, se discute la relación del cannabis con la ansiedad, aunque hay

datos contradictorios, y se menciona la falta de un vínculo convincente entre el cannabis y la depresión según algunos estudios (Urits et al., 2020).

El uso y abuso de drogas sigue siendo un problema importante en la sociedad. La relación entre el consumo de marihuana y trastornos mentales, como depresión, ansiedad o psicosis, tiene graves consecuencias. El consumo temprano de cannabis causa cambios neuropsicológicos significativos, principalmente en la corteza prefrontal. El propósito de la revisión sistemática de Delgado (2022) fue determinar la posible conexión entre el consumo temprano de cannabis y el desarrollo de otras adicciones, alteraciones psicológicas y/o adicciones. Según sus hallazgos, los problemas de salud mental comienzan a manifestarse antes de los 15 años, con el mayor impacto en la corteza orbitofrontal. Algunos factores de riesgo para el consumo precoz incluyen entornos problemáticos, contacto con los consumidores, una actitud paterna hacia el consumo y una personalidad caracterizada por la búsqueda de sensaciones.

Estudios realizados en China en personas desde los 12 a 80 años, mostraron que durante la pandemia, los síntomas y trastornos más estudiados fueron la ansiedad (28%), la depresión (23%), el estrés (15,3%), el trastorno del sueño-vigilia (9,6%) y el trastorno por estrés postraumático (5,7%), todos ellos estuvieron relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, la pérdida de trabajo, la calidad del sueño, el bajo autocuidado y la baja percepción del estado de salud (Martínez et al., 2020).

Los síntomas y trastornos más comunes incluyen ansiedad, depresión y estrés. Para reducir el impacto psicológico, se deben desarrollar investigaciones de intervención, además, es necesario que los sistemas de salud implementen programas de prevención y promoción de la salud que tomen en cuenta los factores psicosociales, dirigidos a la población en general, pacientes y personal médico, con el fin de reducir la prevalencia de estos problemas, especialmente en Iberoamérica, donde hay poca investigación científica al respecto (Martínez et al., 2020).

Pero, no todos los estudios se tratan de contraindicaciones. Un estudio destaca las limitaciones de los tratamientos farmacológicos convencionales para los trastornos psiquiátricos, como la eficacia limitada, el inicio retardado de acción y los efectos secundarios significativos. Se menciona que estudios recientes en humanos con psicodélicos han

demostrado beneficios clínicos rápidos y sostenidos para diversos trastornos psiquiátricos. Se señala la rica historia de los psicodélicos clásicos, utilizados en ceremonias chamánicas y espirituales durante milenios (da Costa et al., 2022).

A pesar de la creciente curiosidad científica sobre los efectos psicoactivos de estos compuestos, se destaca que la investigación sobre psicodélicos experimentó un período de inactividad desde la criminalización en la década de 1970. Sin embargo, el interés renovado en la década de 1990, impulsado por la búsqueda de tratamientos más efectivos en psiquiatría, ha llevado a investigaciones adicionales (da Costa et al., 2022).

Aunque los hallazgos preliminares fueron alentadores, el estudio subraya que la evidencia actual no respalda aún el uso extensivo de psicodélicos de manera rutinaria, ya que la seguridad y eficacia a largo plazo no están claras. Se menciona que se están llevando a cabo ensayos clínicos para abordar estas incertidumbres y proporcionar más información sobre el potencial terapéutico de estos compuestos (da Costa et al., 2022).

Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar la historia de vida de los pacientes al proporcionar asistencia a su salud, destacando la necesidad de un enfoque integral que aborde tanto las demandas inmediatas como las dimensiones más profundas de sus experiencias.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Trastornos psicológicos

Un trastorno mental o psicológico se caracteriza por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de una persona. Por lo general, se asocia con angustia o discapacidad funcional en otras áreas significativas. Hay muchas variedades de trastornos mentales. Además, también se conocen como problemas de salud mental, aunque este término es más amplio y abarca trastornos mentales, discapacidades psicosociales y otros estados mentales relacionados con una gran angustia, problemas funcionales o riesgo de conducta autolesiva (OMS, 2022).

2.2.1.1. Depresión

Según Stingo et al. (2006) en su “Diccionario de psiquiatría y psicología forense”, la depresión se trata de un trastorno del ánimo que se caracteriza por experimentar tristeza y la incapacidad de disfrutar de las cosas durante al menos dos semanas. Estos síntomas van acompañados de cambios en el peso, problemas de sueño, agitación o lentitud en el movimiento, fatiga, sentimientos excesivos de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse, pensamientos recurrentes sobre la muerte y, en algunos casos, pensamientos, planes o intentos de suicidio. Estas manifestaciones indican un cambio significativo en el funcionamiento habitual del individuo, y en general, un episodio puede durar hasta 6 meses. Sin embargo, hay casos que son resistentes a los tratamientos y tienden a persistir a largo plazo.

Un estudio realizado en el Centro de Rehabilitación de Babahoyo reveló que las Personas Privadas de la Libertad (PPL) que experimentan depresión tienen más probabilidades de experimentar baja autoestima, sentirse indefensos y/o adoptar comportamientos problemáticos que pueden volverse violentos. En este sentido, es fundamental que estos centros desarrollen e implementen protocolos específicos para mejorar la calidad de atención en salud mental. Esto incluiría una evaluación inicial de cada recluso con el objetivo de realizar un diagnóstico de su salud mental y comenzar el tratamiento de manera inmediata. Además, se sugiere complementar este enfoque con actividades deportivas (Astudillo, 2021).

Para medir la depresión existen varios instrumentos, como lo pueden ser las escalas de *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD), la *Montgomery Asberg Depression Rating Scale* (MADRS), el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) y el Inventario de depresión de Beck (BDI) (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

2.2.1.2. Ansiedad

Según Stingo et al. (2006), la ansiedad es una sensación incómoda que se manifiesta a nivel psicofisiológico como respuesta a un conflicto interno. A diferencia del miedo, en la ansiedad, la percepción de peligro es irreal. Se experimentan cambios físicos como aumento del ritmo cardíaco, dificultad para respirar, temblores, sudoración y alteraciones en la circulación sanguínea. A nivel psicológico, se experimenta una sensación desagradable de amenaza acompañada de una sensación abrumadora de impotencia, incapacidad para reconocer

la irrealidad de la amenaza, una tensión prolongada y una preparación exhaustiva para enfrentar el peligro anticipado.

Un estudio realizado en un recluso del Centro de Privación de Libertad Masculino Bolívar Número Uno reveló que el consumo de sustancias psicoactivas tiene un impacto significativo en el desarrollo de trastornos psicológicos. Consumir de manera excesiva y prolongada estas sustancias provoca un deterioro importante en las funciones cognitivas, como la memoria, la atención, la inteligencia y la capacidad para tomar decisiones a largo plazo. Además, este consumo se relaciona con problemas de salud mental, como la ansiedad, y otros trastornos que a menudo complican la rehabilitación del paciente, dejando una marca de por vida en sus actividades diarias (Melendrez, 2020).

Las principales escalas para la medición de la ansiedad son el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), otros más específicos para determinadas situaciones son el Instrumentos para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el Instrumentos para evaluar el trastorno de ansiedad por separación (TAS), entre otros (Arrimada, 2023).

2.2.1.3. Estrés

Stingo et al. (2006), hablando del estrés dice que se puede afirmar que cualquier tipo de demanda, ya sea física, psicológica, proveniente del exterior o del interior, ya sea positiva o negativa, desencadena una respuesta biológica en el cuerpo. Esta respuesta conlleva cambios hormonales que se pueden medir mediante datos de laboratorio, así como las alteraciones que estas secreciones hormonales generan en nuestro organismo, siendo responsables de las reacciones frente al estrés, tanto a nivel funcional como orgánico. Si estos cambios se producen de manera equilibrada, es decir, si son adecuados al estímulo y se ajustan a las normas fisiológicas de la persona, se habla de eustrés o estrés positivo, esencial para el desarrollo, el funcionamiento del cuerpo y la adaptación al entorno. Sin embargo, cuando las demandas del entorno son excesivas, intensas o prolongadas, superando la capacidad de resistencia y adaptación del cuerpo, se encuentra con el distrés o estrés negativo.

Según la investigación llevada a cabo por Melendrez (2022), se observó que una joven de 27 años de Babahoyo experimentó un impacto negativo en su bienestar emocional debido a

situaciones de estrés grave, como el estrés postraumático. Este impacto se reflejó directamente en sus emociones y, a su vez, afectó su desempeño en ámbitos laborales, familiares y sociales.

Entre algunas de las escalas para medir el nivel de estrés se pueden mencionar: Escala de Estrés de Holmes y Rahe, *Perceived Stress Scale* (PSS), Cuestionario de *Maslach Burnout Inventory*, entre otros (Test-stress, 2023).

Una escala bastante conocida y usada es el DASS-21 el cual fue diseñado con el objetivo de cumplir con los estándares psicométricos requeridos para una escala de autorreporte, adoptando una perspectiva dimensional en lugar de categórica de los trastornos psicológicos. En este enfoque, las diferencias entre individuos normales y aquellos con alteraciones clínicas se centran en la intensidad con la que experimentan los estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés, también, este instrumento presenta ventajas notables al ser un cuestionario de autorreporte breve y de fácil respuesta; además, ha demostrado poseer propiedades psicométricas adecuadas a través de estudios de validación realizados en adultos de la población general, así como en muestras clínicas, adolescentes y estudiantes universitarios (Román et al., 2016). Para la determinación de los niveles se tiene en consideración las siguientes tablas:

Tabla 1

Relación entre preguntas y trastornos del DASS-21

Pregunta	Trastorno	Pregunta	Trastorno	Pregunta	Trastorno
1	Estrés	8	Estrés	15	Ansiedad
2	Ansiedad	9	Ansiedad	16	Depresión
3	Depresión	10	Depresión	17	Depresión
4	Ansiedad	11	Estrés	18	Estrés
5	Depresión	12	Estrés	19	Ansiedad
6	Estrés	13	Depresión	20	Ansiedad
7	Ansiedad	14	Estrés	21	Depresión

Nota. Tabla tomada de World Rugby, 2020.

Tabla 2

Niveles del DASS-21 para los trastornos

Nivel	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0-9	0-7	0-14
Leve	10-13	8-9	15-18
Moderado	14-20	10-14	19-25

Grave	21-27	15-19	26-33
Extremadamente grave	28+	20+	34+

Nota. Tabla tomada de World Rugby, 2020.

2.2.1.4. Soledad

Según Stingo et al. (2006), la sensación persistente y desagradable de no tener una conexión significativa con otra persona es lo que comúnmente se llama soledad. Esta experiencia puede manifestarse de dos maneras: a través del aislamiento emocional, que surge cuando no se tiene una relación cercana con alguien importante, y/o mediante el aislamiento social, que se produce cuando se carece de vínculos con un grupo social al que pertenecer.

El estudio realizado por Rios (2023) reveló que la soledad tiene un impacto significativo en la salud mental de adultos mayores y otros pacientes de distintos grupos vulnerables. Se observó que la soledad actúa como un desencadenante de pensamientos negativos, dando lugar a distorsiones cognitivas y provocando sentimientos como la soledad, la tristeza y la desesperanza. Estos síntomas, a su vez, pueden llevar al paciente a experimentar episodios depresivos.

Entre las escalas para medir la soledad se pueden mencionar: Escala de Soledad de De Jong Gierveld, Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional en Adultos (SESLA), Escala de Soledad Social ESTE y la Escala de Soledad de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) (de Barros & Sosa, 2011).

Esta última es una escala de 20 ítems diseñada para medir los sentimientos subjetivos de soledad, así como los sentimientos de aislamiento social en la que los participantes evalúan cada ítem en una escala del 1 (Nunca) al 4 (Frecuentemente) (Serrano, 2018). Los autores de esta escala no plantean un punto de corte entre los niveles de las puntuaciones, pero, según lo planteado por Velarde et al. (2016) se considera el puntaje máximo posible (80), se resta el puntaje menor posible (20) y se distribuyen los intervalos en tres niveles, esto da como resultado un valor de $60/3 = 20$, lo que se considerarían los siguientes niveles:

Tabla 3*Niveles de la UCLA-3*

Intervalo	Interpretación
≤40	Nivel severo de soledad
41-60	Nivel moderado de soledad
>60	Nivel débil de soledad

Nota. Elaborado por Urquizo y Vargas, 2024

2.2.1.5. Calidad del sueño

Guadamuz et al. (2022), acerca del sueño dicen que el proceso del sueño está controlado por varios mecanismos esenciales, y cuando estos se ven alterados, suelen surgir problemas en el descanso. Sin embargo, se ha notado que tanto la población en general como el personal médico no les prestan la atención necesaria, a pesar de ser potencialmente perjudiciales para la salud. Estas alteraciones pueden llegar a ser peligrosas, incluso con el riesgo de provocar condiciones que pongan en peligro la vida. Este impacto no se limita solo al individuo afectado, sino que también afecta a sus seres queridos y a la sociedad en general.

Para medir los trastornos del sueño se pueden encontrar varias escalas como son: *Stanford Sleepiness Scale (SSS)*, *The Leeds Sleep Evaluation Questionnaire (SEQ)*, *Quality of Life of Insomniacs Questionnaire (QOLI)*, *Epworth Sleepiness Scale (ESS)*, *Sleep Impairment Rating Scale (SIRS)*, *Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI)*, entre otros (Ruiz, 2007).

El Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) es ampliamente reconocido como una herramienta adecuada para evaluar de manera cuantitativa la calidad del sueño en diversas poblaciones clínicas, incluidos los pacientes oncológicos, este cuestionario aborda tanto aspectos cualitativos como cuantitativos relacionados con la calidad del sueño experimentada durante el mes previo a su administración. Compuesto por 24 preguntas, el propio individuo responde a 19 de ellas, mientras que las cinco restantes deben ser contestadas por el compañero de habitación en caso de que exista; también, evalúa siete componentes con puntuaciones de 0 a 3 con una puntuación máxima de 21 (Carralero et al., 2013), esta se interpreta de la siguiente manera:

Tabla 4*Niveles del PSQI*

Intervalo	Interpretación
≤5	Sujetos con buen dormir
>5	Sujetos con mal dormir

Nota. Tomado de Carralero et al., 2013.

2.2.2. Sustancias psicoactivas

Las sustancias psicoactivas abarcan una variedad de compuestos naturales o sintéticos que influyen en el sistema nervioso, provocando cambios en las funciones que regulan el pensamiento, las emociones y el comportamiento. Se han establecido normativas para supervisar y controlar el uso de estas sustancias, ya sea con fines recreativos, como en el caso del alcohol o el tabaco, con propósitos farmacológicos, como en los tranquilizantes o analgésicos opiáceos, o con aplicaciones generales, como en los solventes industriales. Existe un grupo de sustancias cuyo uso se considera ilícito y solo está autorizado con fines médicos o de investigación, como es el caso de la cocaína y sus derivados (OPS, 2022).

El consumo de sustancias psicoactivas siempre conlleva un riesgo de experimentar consecuencias adversas en diversos órganos y sistemas. Estas consecuencias pueden manifestarse a corto plazo, como en el caso de la intoxicación, que aumenta la probabilidad de sufrir lesiones debido a accidentes o agresiones, así como de participar en conductas sexuales en condiciones inseguras. El uso repetido y prolongado de estas sustancias a lo largo del tiempo contribuye al desarrollo de trastornos por dependencia. Estos trastornos son crónicos y recurrentes, caracterizados por una intensa necesidad de la sustancia y la pérdida de la capacidad para controlar su consumo, a pesar de las consecuencias adversas para la salud y el funcionamiento en ámbitos como lo interpersonal, familiar, académico, laboral o legal (OPS, 2022).

2.2.2.1. Depresoras

Sustancias que disminuyen o inhiben los mecanismos cerebrales, actuando como agentes calmantes o sedantes, estos provocan una reducción en la velocidad de la actividad mental y de ciertas funciones físicas, como la coordinación motriz y el tono muscular. Estas sustancias ralentizan el funcionamiento del sistema nervioso, los latidos del corazón, la

respiración y la atención, generando reacciones más lentas. Ejemplos: alcohol, opiáceos, tranquilizantes, hipnóticos, barbitúricos e inhalantes (Universidad EAFIT, 2017).

Estudios han concluido que, el consumo de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, ha experimentado un aumento significativo entre los estudiantes de secundaria, con notables diferencias de género; específicamente, se ha observado un incremento significativo en la prevalencia del consumo de tranquilizantes entre las mujeres y de inhalantes entre los hombres; además, se destaca que el consumo de sustancias como el éxtasis ha alcanzado niveles significativos (J. A. Martínez et al., 2007).

También, entre los profesionales de la salud, se ha encontrado una alta prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, especialmente entre médicos y enfermeros, siendo el alcohol, los cigarrillos y las bebidas energéticas las sustancias más consumidas, superando el 8% en ambos grupos. Es notable que un porcentaje significativo de médicos y enfermeros expresaron interés en participar en el diseño de programas para reducir el consumo de sustancias psicoactivas en el entorno laboral (Lara et al., 2012).

Los entornos familiares, amistades y escuelas son los lugares más comunes para el consumo de sustancias psicoactivas. La familia desempeña un papel crucial en la prevención del uso de estas sustancias en adolescentes, participando activamente en comprender las actividades de sus hijos, los lugares que frecuentan y sus amistades, con el objetivo de establecer mecanismos de control y construir una relación sólida (Guiza et al., 2017).

Otro estudio resalta hallazgos importantes sobre posibles cambios en los patrones de consumo de sustancias durante la pandemia de COVID-19, así como la exacerbación del consumo entre los usuarios problemáticos de drogas debido a las condiciones de aislamiento, lo que podría dificultar aún más su acceso a servicios de atención médica (Pascale, 2020).

2.2.2.2. Estimulantes

Sustancias que incrementan los niveles de actividad motriz cognitiva, fortaleciendo la vigilia, el estado de alerta y la atención; frecuentemente, poseen potencial euforizante y aumentan la frecuencia respiratoria, la tensión muscular, los latidos del corazón y la presión arterial, además, intensifican la actividad física, causan agotamiento y pueden inducir

alucinaciones. Ejemplos: cocaína, crack, bazuco, nicotina, cafeína, bebidas energizantes y éxtasis (Universidad EAFIT, 2017). Sobre esto se puede mencionar:

El fácil acceso a sustancias psicoactivas en Colombia ha generado una situación compleja, especialmente para menores y jóvenes, con repercusiones graves en la población. Esto subraya la necesidad de implementar políticas preventivas y de protección, rehabilitación y mejora para las personas que consumen sustancias psicoactivas. Asimismo, es imperativo promover una cultura de información y educación para los adictos a través de acciones gubernamentales y organizaciones respaldadas por el Estado (Caicedo, 2020).

El consumo de sustancias psicoactivas (CSP) se presenta como un problema de salud pública entre los jóvenes. En promedio, los jóvenes comienzan a consumir CSP durante la escuela secundaria, lo cual coincide con hallazgos de otros estudios que señalan esta etapa como propensa a adquirir hábitos de CSP potencialmente perjudiciales. La frecuencia de CSP en la municipal en San Juan del Río es mayor que el promedio nacional (Meza & Concepción, 2018).

Los resultados principales de un estudio revelan una relación débil entre el uso de sustancias psicoactivas y comportamientos violentos entre estudiantes universitarios. Heroína, éxtasis y el uso simultáneo de ácidos y marihuana tienen la mayor influencia en eventos violentos. La prevalencia del uso de sustancias psicoactivas entre los participantes fue del 68,04%, siendo el alcohol y los cigarrillos las sustancias más comúnmente consumidas (Campo et al., 2020).

2.2.2.3. Alucinógenas

Sustancias que distorsionan la percepción de la realidad y alteran los sentidos, generando distorsiones en la percepción de visiones y audiciones, así como produciendo sensaciones irreales, estas sustancias aumentan los latidos del corazón, provocan tolerancia y dependencia psicológica, y pueden tener efectos adversos en el desarrollo fetal. Ejemplos: marihuana, ácidos como el LSD y hongos psilocibios (Universidad EAFIT, 2017). De estas sustancias se puede destacar que:

Investigaciones previas sobre el LSD han definido esta sustancia como potencialmente inductora de “psicosis experimentales”, lo que llevó a su abandono como fármaco de interés para la aplicación clínica. En Estados Unidos, se prohibió el consumo de LSD en 1965, luego en 1970 organismos internacionales la incluyeron en la Lista Primera de sustancias psicotrópicas sujetas a control internacional. Actualmente, el consumo de alucinógenos, especialmente entre jóvenes y adolescentes, está estrechamente relacionado con el uso de drogas de síntesis. Términos como “ácidos”, “trips o trippies”, y “bichos” son expresiones coloquiales para referirse a drogas alucinógenas, siendo las más comunes la LSD-25 (dietilamida del ácido lisérgico), la mescalina y la psilocibina. Estas sustancias se consumen generalmente por vía oral, presentándose en forma de sellos, cartoncillos o cápsulas. En algunas ocasiones, se ingieren variedades de setas, plantas y cactus de manera directa o indirecta, a través de infusiones, pasteles u otras mezclas gastronómicas (Royo et al., 2004).

El LSD, sintetizada por Albert Hofmann en 1938, es el alucinógeno más activo y potente conocido hasta la fecha, sus efectos se describen como generadores de un “estado psicodélico”, que implica alteraciones en el curso del pensamiento, las sensaciones y la percepción. Estos efectos se intensifican progresivamente, llevando al consumidor a experimentarlos de manera “vivencial”. Entre las décadas de 1950 y 1960, fue utilizada por diversas corrientes psiquiátricas y psicológicas con objetivos terapéuticos, buscando facilitar la autoexploración e introspección del individuo; además, se aplicó en el tratamiento de la neurosis obsesiva, sin embargo, la sustancia fue posteriormente prohibida debido a sus riesgos psicóticos y su uso recreativo (Royo et al., 2004).

2.2.2.4. Volátiles

Sustancias que provocan sensaciones como hormigueo, visión borrosa, zumbidos en los oídos, euforia, inestabilidad en la marcha, agresividad, sueño, pérdida de la conciencia, alucinaciones, depresión, dependencia psicológica y física, así como una alta tolerancia. Ejemplos: colas, pegantes, pinturas, barnices, gasolina y disolventes de uñas y pinturas (Universidad EAFIT, 2017).

Un estudio concluyó que hay una relación entre los cambios en la función nerviosa de los empleados y su exposición a compuestos orgánicos volátiles presentes en la gasolina. Aquellos trabajadores con una mayor exposición a estos compuestos exhibieron un

rendimiento neurológico inferior en las evaluaciones realizadas; por ende, los operadores de bomba son los más afectados en comparación con el personal administrativo (Sorto & Sevilla, 2020).

Otro estudio menciona que el aumento de las Sustancias Psicoactivas Nuevas (NPS), la relación entre el abuso de estas sustancias y las consecuencias neuropsicológicas es evidente, como se ilustra en el caso de isotonitazene. Este opiáceo sintético, perteneciente a la clase de compuestos benzimidazol, no solo ha demostrado ser altamente volátil y elusivo en su naturaleza, sino que también se ha asociado con patrones de consumo y coexistencia con otras sustancias, como el flualprazolam. La emergencia de NPS plantea desafíos únicos para la salud mental y la adicción, ya que las dinámicas cambiantes de consumo y los patrones de abuso múltiple sugieren una complejidad adicional en la comprensión y el tratamiento de estas problemáticas (Napoletano et al., 2022).

El papel de las redes sociales y la “Dark Web” en la distribución y adquisición de sustancias psicoactivas volátiles, la influencia de estos entornos digitales en la forma en que se discuten, adquiere y consumen estas sustancias representa un cambio significativo en la dinámica del abuso de sustancias. La adaptación de las estrategias de intervención y prevención en salud mental para abordar estos cambios en los patrones de consumo es esencial; además, la detección temprana y la comprensión de la interacción entre los usuarios en línea, así como el monitoreo de las plataformas digitales, pueden proporcionar información valiosa para el diseño de estrategias más efectivas en la prevención y tratamiento de los problemas relacionados con las sustancias psicoactivas volátiles (Napoletano et al., 2022).

CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

El estudio propuesto fue de tipo correlacional debido a la naturaleza de la relación que se buscó explorar entre los trastornos psicológicos y el consumo de sustancias psicoactivas en el contexto del CETAD CRADUN de la ciudad del Puyo. Entre las razones de elegir este tipo de investigación se tiene su naturaleza exploratoria al relacionar variables sin necesidad de manipularlas experimentalmente, también porque permite identificar patrones y tendencias; pero, principalmente, por el uso de análisis estadísticos de correlación, como el coeficiente de correlación de Spearman, permitió cuantificar la fuerza y dirección de la relación entre las variables, ofreciendo una base cuantitativa para interpretar los hallazgos (Sánchez et al., 2018).

El diseño no experimental permite la observación de fenómenos tal como ocurren en su entorno natural, sin intervenciones controladas por el investigador, este tipo de diseño es especialmente útil cuando se pretende describir y explorar fenómenos sin establecer relaciones causales directas (Sánchez et al., 2018); en este caso, se buscó entender la relación entre trastornos psicológicos y consumo de sustancias en un contexto real y no manipulado, como el CETAD CRADUN.

3.2. Operacionalización de variables

Tabla 5

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
INDEPENDIENTE Característica sociodemográfica	Indicadores utilizados para describir a las personas	Edad, género, nivel educativo, estado civil, ingresos, etc.	Rango de edad, masculino, femenino, otro, nivel de educación alcanzado, etc.	Cuestionario de preguntas cerradas
Consumo de drogas psicoactivas	Compuesto químico que afecta la actividad mental, el estado emocional y/o el comportamiento	Tipo de sustancias, frecuencia de consumo, duración del consumo, etc.	Sustancias consumidas, frecuencia de consumo	Cuestionario de preguntas cerradas
DEPENDIENTE Trastorno psicológico	Condiciones mentales que afectan el pensamiento, estado de ánimo y comportamiento	Nivel de depresión, nivel de ansiedad, nivel de estrés, grado de soledad, calidad del sueño	Puntuación en escalas e índice	Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) Escala de Soledad (UCLA-3) Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI)

Nota. Elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

3.3. Población y muestra de investigación

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por los 100 pacientes del centro de rehabilitación CETAD CRADUN de la ciudad del Puyo.

3.3.2. Muestra

Para la determinación de la muestra se optó por el método no probabilístico intencional por conveniencia, el cual se define como “el método que solo incluye los elementos poblacionales que cumplen ciertos criterios prácticos, como la disponibilidad y facilidad de acceso, la proximidad geográfica, o, en el caso de personas, la voluntad de participar en el estudio” (Reales et al., 2022). Considerando la voluntad de participación de los pacientes en el CETAD CRADUN se tuvo que solo 70 de ellos decidieron responder a la encuesta aplicada, por lo tanto, este número se lo consideró la muestra poblacional.

3.4. Técnicas e instrumentos de medición

3.4.1. Técnicas

Acorde con Sánchez et al. (2018), una técnica es:

“El conjunto de medios e instrumentos a través de los cuales se efectúa el método. Conjunto de procedimientos y recursos de que se sirve la ciencia. Se expresa como conjunto de reglas y operaciones para el manejo de los instrumentos que auxilian al individuo en la aplicación de los métodos” (p. 120).

3.4.1.1. Encuesta o censo

Procedimiento llevado a cabo en la metodología de encuestas por muestreo, en el cual se utiliza un instrumento de recopilación de datos compuesto por un conjunto de preguntas o enunciados diseñados para obtener información objetiva de una muestra específica. Este

enfoque también se conoce como *survey*. Cuando el cuestionario se administra a toda la población, se denomina censo (Sánchez et al., 2018).

3.4.1.2. Análisis estadístico correlacional

La metodología empleada para evaluar la relación entre dos o más variables se conoce como técnica de correlación, esta técnica se traduce en indicadores de correlación que varían desde -1 hasta +1, pasando por el 0, su aplicación tiene como objetivo principal identificar el grado de asociación entre las variables evaluadas, permitiendo inferir posibles relaciones causales en etapas posteriores del análisis; por esta razón, los resultados se presentan en forma de correlaciones, siendo la prueba Rho de Spearman la seleccionada para este estudio (Sánchez et al., 2018). Esto se llevará a cabo mediante la ayuda de los softwares estadísticos Excel y SPSS, para su interpretación se tendrá en cuenta el grado de significancia, si este es $<0,05$ quiere decir que la correlación tiene significancia estadística; además, se interpretará el coeficiente de correlación con la siguiente tabla:

Tabla 6

Grado de relación según coeficiente de correlación

Rango	Relación
-0,91 a -1,00	Correlación negativa perfecta
-0,76 a -0,90	Correlación negativa muy fuerte
-0,51 a -0,75	Correlación negativa considerable
-0,11 a -0,50	Correlación negativa media
-0,01 a -0,10	Correlación negativa débil
0,00	No existe correlación
+0,01 a +0,10	Correlación positiva débil
+0,11 a +0,50	Correlación positiva media
+0,51 a +0,75	Correlación positiva considerable
+0,76 a +0,90	Correlación positiva muy fuerte
+0,91 a +1,00	Correlación positiva perfecta

Nota. Elaborado por Mondragón, 2014.

Además, para facilitar la interpretación de los resultados de correlación se realizaron gráficos de puntos unidos a través de una línea, lo que permitió la visualización de las respectivas asociaciones y el desglose de las tendencias de los datos.

3.4.2. Instrumentos

Se utilizará como instrumento de medición un cuestionario conformado por una sección de información sociodemográfica, una de consumo de drogas psicoactivas, la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), Escala de Soledad (UCLA-3) y el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), analizando las respuestas de acuerdo a lo explicado en el punto 2.2.1.; además, para mayor referencia en cuanto al cuestionario ver el Anexo 1, mientras que el Anexo 2 muestra la manera de corregir las respuestas del PSQI y así cuantificar las respuestas.

3.5. Procesamiento de datos

ENCUESTA APLICADA A PACIENTES

3.5.1. Datos sociodemográfica

Tabla 7

Edad

	Frecuencia	Porcentaje
≤20 años	14	20,0
21-40 años	52	74,3
41-60 años	4	5,7
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 7, de la edad de los pacientes, se encontró que la mayoría tuvieron un rango de edad entre los 21 a 40 años con el 74,3%, seguido del rango ≤20 años con el 20% y de 41 a 60 años con el 5,7%.

Tabla 8

Género

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 8, del género de los pacientes, se encontró que la totalidad fueron hombres.

Tabla 9

Etnia

	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 9, de la etnia de los pacientes, se encontró que la totalidad fueron mestizos.

Tabla 10

Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	54	77,1
Casado	9	12,9
Unión libre	3	4,3
Divorciado	3	4,3
Viudo	1	1,4
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 10, del estado civil de los pacientes, se encontró que la mayoría estuvieron solteros con el 77,1%, seguido de casados con el 12,9%, unión libre y divorciado con el 4,3% cada uno y viudo con el 1,4%.

Tabla 11

Nivel educativo

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	4	5,7
Secundaria	47	67,1
Tercer nivel	16	22,9
Cuarto nivel	3	4,3
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 11, del nivel educativo de los pacientes, se encontró que la mayoría tuvo un nivel de secundaria con el 67,1%, seguido del tercer nivel con el 22,9%, primaria con el 5,7% y cuarto nivel con el 4,3%.

Tabla 12

Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje
Desempleado	44	62,9
Independiente/formal	18	25,7
Informal	2	2,9
Servidor público	2	2,9
Servidor privado	2	2,9
Agropecuaria	2	2,9
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

Se acuerdo con La Tabla 12, de la ocupación de los pacientes, se encontró que la mayoría estuvieron desempleados con el 62,9%, seguido de independiente/formal con el 25,7%, informal, servidor público, servidor privado y agropecuario con el 2,9% cada uno.

Tabla 13

Ingresos económicos

	Frecuencia	Porcentaje
<450 USD	48	68,6
450 USD	16	22,9
>450 USD	6	8,6
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo con La Tabla 13, de los ingresos económicos de los pacientes, la mayoría ganaba menos de 450 USD con el 68,6%, seguido de los 450 USD exactos con el 22,9% y más de 450 USD con el 8,6%.

Tabla 14

Zona residencial

	Frecuencia	Porcentaje
Rural	38	54,3

Urbana	32	45,7
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo con La Tabla 14, de la zona residencial de los pacientes, la mayoría residía en la zona rural con el 54,3%, seguido de la zona urbana con el 45,7%.

Tabla 15

Cantidad de hijos

	Frecuencia	Porcentaje
0	30	42,9
1	17	24,3
2	15	21,4
3	4	5,7
4	3	4,3
≥5	1	1,4
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo con La Tabla 15, de la cantidad de hijos de los pacientes, la mayoría no tuvieron hijos con el 42,9%, seguido de un hijo con el 24,3%, dos hijos con el 21,4%, tres hijos con el 5,7%, cuatro hijos con el 4,3% y cinco o más hijos con el 1,4%.

Tabla 16

Residentes en casa

	Frecuencia	Porcentaje
1	6	8,6
2-4	61	87,1
>8	3	4,3
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 16, de la cantidad de residentes en casa del paciente, la mayoría fue de dos a cuatro residentes con el 87,1%, seguido de uno solo con el 8,6% y más de ocho con el 4,3%.

3.5.2. Consumo de sustancias psicoactivas

Tabla 17

Tipo de sustancia psicoactiva

	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	49	29,17
Tranquilizantes y ansiolíticos	1	0,60
Drogas sintéticas	4	2,38
Anfetaminas	9	5,36
Ketamina	1	0,60
Productos de tabaco	7	4,17
Alucinógenos	2	1,19
Marihuana y derivados	32	19,05
Cocaína	32	19,05
Heroína	3	1,79
Inhalantes y solventes	9	5,36
Opioides	3	1,79
Pasta base de cocaína	15	8,93
Sedantes y barbitúricos	1	0,60
Total	168	100

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo con La Tabla 17, del tipo de sustancia psicoactiva consumida por los pacientes, se solicitó que respondieran con tres opciones principales, sobre las que destacó el alcohol con el 29,17%, seguido de marihuana y cocaína con el 19,05%, la pasta base de cocaína con el 8,93%, anfetaminas e inhalantes con el 5,36% cada uno, tabaco con el 4,17%, drogas sintéticas con el 2,38%, alucinógenos con el 1,19% y tranquilizantes, ketamina y sedantes con el 0,60%.

Tabla 18

Motivaciones para el consumo

	Frecuencia	Porcentaje
Curiosidad	33	47,1
Búsqueda de placer o escape emocional momentáneo	21	30,0
Influencia de amigos o grupo social	11	15,7
Influencia de familiares	5	7,1
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 18, de las motivaciones para el consumo del paciente, la mayoría mencionó realizarlo por curiosidad con el 47,1%, seguido de búsqueda de placer con el 30%, influencia de amigos con el 15,7% e influencia familiar con el 7,1%.

Tabla 19

Edad en la que empezó a consumir

	Frecuencia	Porcentaje
<10 años	2	2,9
11 a 15 años	18	25,7
16 a 18 años	25	35,7
>18 años	25	35,7
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo con La Tabla 19, de la edad en la que empezó a consumir el paciente, la mayoría lo hizo desde los 16 a los 18 años y ya mayores de 18 años con el 35,7% cada uno, seguido de 11 a 15 años con el 25,7% y menos de 10 años con el 2,9%.

Tabla 20

Frecuencia de consumo

	Frecuencia	Porcentaje
1 vez a la semana	7	10,0
2 veces a la semana	6	8,6
3-5 veces a la semana	16	22,9
1 vez al día	4	5,7
Varias veces al día	37	52,9
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 20, de la frecuencia de consumo de los pacientes, la mayoría dijo hacerlo varias veces al día con el 52,9%, seguido de 3-5 veces por semana con el 22,9%, una vez a la semana con el 10%, dos veces a la semana con el 8,6% y una vez al día con el 5,7%.

Tabla 21

Gasto semanal

	Frecuencia	Porcentaje
6-10 USD	9	12,9

11-50 USD	18	25,7
51-100 USD	18	25,7
>100 USD	25	35,7
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 21, del gasto semanal del paciente, la mayoría dijo gastar más de 100 dólares con el 35,7%, seguido de entre 11-50 dólares y 51-100 dólares con el 25,7% cada uno y de 6-10 dólares con el 12,9%.

Tabla 22

Compañía con la que consumía

	Frecuencia	Porcentaje
Solo	7	10,0
Familiares	15	21,4
Amigos	41	58,6
Desconocidos	7	10,0
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 22, de la compañía con la que consumía el paciente, la mayoría lo hacía con amigos con el 58,6%, seguido de familiares con el 21,4%, y solo o con desconocidos con el 10% cada uno.

Tabla 23

Sensación que le ocasionaba

	Frecuencia	Porcentaje
Euforia	4	5,7
Relajación	38	54,3
Estimulación	13	18,6
Desinhibición	1	1,4
Superioridad	5	7,1
Alucinaciones	5	7,1
Aumento de la creatividad	1	1,4
Somnolencia	3	4,3
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo con La Tabla 23, de la sensación que le ocasionaba al paciente, la mayoría dijo sentir relajación con el 54,3%, seguido de estimulación con el 18,6%, superioridad y alucinaciones con el 7,1% cada uno, euforia con el 5,7%, somnolencia con el 4,3%, desinhibición y aumento de creatividad con el 1,4%.

Tabla 24

Tiempo de último consumo

	Frecuencia	Porcentaje
< 1 mes	4	5,7
1-6 meses	25	35,7
6-12 meses	25	35,7
1-2 años	11	15,7
2-5 años	3	4,3
> 5 años	2	2,9
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 24, del tiempo de ultimo consumo del paciente, la mayoría dijo haberlo hecho de 1-6 meses y de 6-12 meses con el 35,7%, seguido de 1-2 años con el 15,7%, menos de un mes con el 5,7%, 2-5 años con el 4,3% y más de cinco años con el 2,9%.

3.5.3. DASS-21

Tabla 25

Nivel de depresión

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	23	32,9
Leve	26	37,1
Moderado	21	30,0
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 25, del nivel de depresión de los pacientes, la mayoría tuvo un nivel leve con el 37,1%, seguido de normal con el 32,9% y moderado con el 30%.

Tabla 26*Nivel de ansiedad*

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	16	22,9
Leve	8	11,4
Moderado	30	42,9
Grave	14	20,0
Extremadamente grave	2	2,9
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 26, del nivel de ansiedad de los pacientes, la mayoría tuvo un nivel moderado con el 42,9%, seguido de normal con el 22,9%, grave con el 20%, leve con el 11,4% y extremadamente grave con el 2,9%.

Tabla 27*Nivel de estrés*

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	46	65,7
Leve	22	31,4
Moderado	2	2,9
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 27, del nivel de estrés de los pacientes, la mayoría tuvo un nivel normal con el 65,7%, seguido de leve con el 31,4% y moderado con el 2,9%.

3.5.4. UCLA-3

Tabla 28*Nivel de soledad*

	Frecuencia	Porcentaje
Nivel severo de soledad	11	15,7
Nivel moderado de soledad	55	78,6
Nivel débil de soledad	4	5,7
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo con La Tabla 28, del nivel de soledad de los pacientes, la mayoría tuvo un nivel moderado de soledad con el 78,6%, seguido de severo con el 15,7% y débil con el 5,7%.

3.5.5. PSQI

Tabla 29

Nivel de sueño

	Frecuencia	Porcentaje
Sujetos con buen dormir	10	14,3
Sujetos con mal dormir	60	85,7
Total	70	100,0

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo con La Tabla 29, del nivel de sueño de los pacientes, la mayoría fueron sujetos con mal dormir con el 85,7%, seguido de sujetos con buen dormir con el 14,3%.

3.6. Aspectos éticos

3.6.1. Consentimiento informado

Conceptualización: El consentimiento informado es un proceso ético que implica proporcionar información completa y comprensible a los participantes antes de su participación en el estudio. En este caso, se debe informar a los participantes del propósito, procedimientos, beneficios y posibles riesgos asociados con la investigación.

Cumplimiento: Se cumple al obtener el consentimiento voluntario y consciente de los participantes del CETAD CRADUN, asegurándose de que estén completamente informados sobre la naturaleza y los objetivos del estudio, así como de sus derechos y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas.

3.6.2. Confidencialidad

Conceptualización: La confidencialidad implica proteger la privacidad de los participantes y la información que proporcionan durante el estudio. Esto es especialmente crítico cuando se investiga sobre trastornos psicológicos y consumo de sustancias.

Cumplimiento: Se cumple al garantizar que la información recopilada se mantenga de manera segura y solo sea accesible para los investigadores autorizados. Se deben utilizar códigos o identificadores en lugar de nombres reales para preservar la confidencialidad.

3.6.3. Beneficio y no maleficencia

Conceptualización: Los investigadores deben buscar maximizar los beneficios y minimizar los riesgos potenciales para los participantes y la sociedad en general.

Cumplimiento: Se cumple al diseñar el estudio de manera que pueda aportar conocimientos significativos sobre la relación entre trastornos psicológicos y consumo de sustancias, contribuyendo así a la comprensión y tratamiento de estos problemas. Se deben tomar medidas para evitar daños innecesarios a los participantes.

3.6.4. Responsabilidad social y cultural

Conceptualización: Los investigadores deben ser sensibles a las diferencias culturales y contextuales, reconociendo la diversidad y evitando la imposición de perspectivas occidentales en poblaciones no occidentales.

Cumplimiento: Se cumple al adaptar los métodos de investigación y la interpretación de los resultados a la cultura específica del CETAD CRADUN, mostrando respeto y consideración hacia las particularidades culturales de la comunidad.

CAPÍTULO IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

A continuación, se detallan los resultados encontrados en el análisis correlacional a través de la prueba Rho de Spearman, se clasificaron de acuerdo al tipo de trastorno mental asociado a los distintos factores en estudio.

4.1.1 Depresión

Tabla 30

Correlación de factores con la depresión

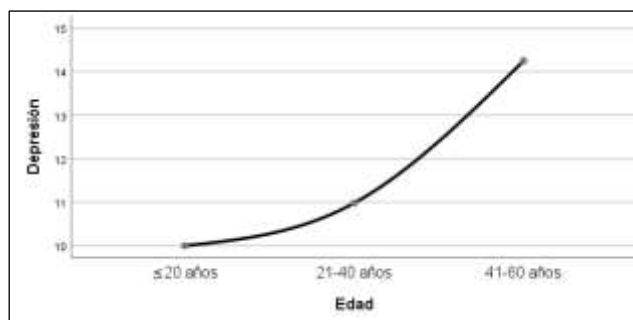
Factor	Depresión	
	Significancia	Coefficiente de correlación
Edad	0,045	0,240
Estado civil	0,049	0,236

Nota. Prueba de correlación, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 30, de la correlación de los distintos factores con la depresión, se determinó que este trastorno psicológico no se encontró asociado a ninguna de las sustancias psicoactivas en estudio, pero sí a factores sociodemográficos como la edad y el estado civil. Los coeficientes de correlación en ambos casos corresponden a una correlación positiva media; adicionalmente, se puede mencionar que los niveles de depresión aumentaron en función de la edad, como se ve en la Figura 1, y que las personas divorciadas tienen más alto nivel de depresión.

Figura 1

Relación de la depresión con la edad



Nota. Prueba de correlación, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

4.1.2 Ansiedad

Tabla 31

Correlación de factores con la ansiedad

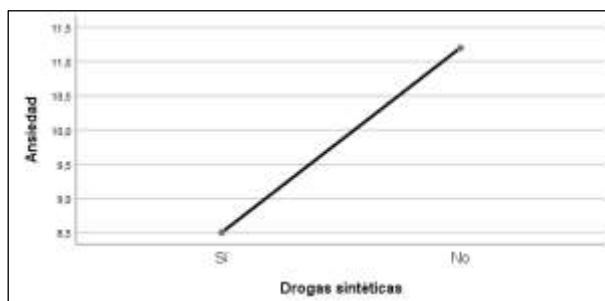
Ansiedad		
Factor	Significancia	Coefficiente de correlación
Drogas sintéticas	0,039	0,247

Nota. Prueba de correlación, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 31, de la correlación de los distintos factores con la ansiedad, se encontró que este trastorno estuvo asociado al uso de drogas sintéticas con una correlación positiva media. Pero, ocurre el caso contrario al esperado, los pacientes que consumieron este tipo de sustancia psicoactiva no presentan niveles altos de ansiedad, fueron los pacientes que no las consumieron los que muestran mayores niveles de este padecimiento, como se ve en la Figura 2.

Figura 2

Relación de la ansiedad con las drogas sintéticas



Nota. Prueba de correlación, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

4.1.3 Estrés

Tabla 32

Correlación de factores con el estrés

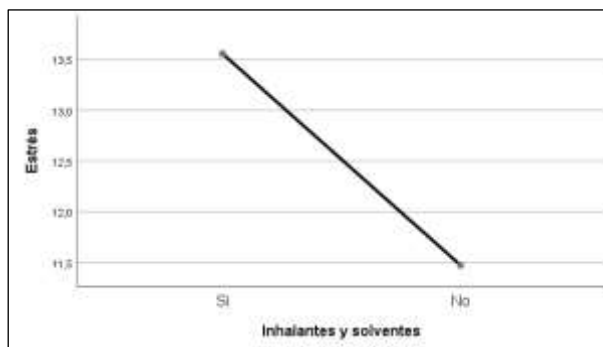
Estrés		
Factor	Significancia	Coefficiente de correlación
Inhalantes y solventes	0,041	-0,245

Nota. Prueba de correlación, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 32, de la correlación de los distintos factores con el estrés, se determinó este trastorno psicológico se asocia con el consumo de inhalantes y solventes con una correlación negativa media. Según la Figura 3, los que sí consumieron esta sustancia psicoactiva presentan mayores niveles de estrés.

Figura 3

Relación del estrés con inhalantes y solventes



Nota. Prueba de correlación, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

4.1.4 Sensación de soledad

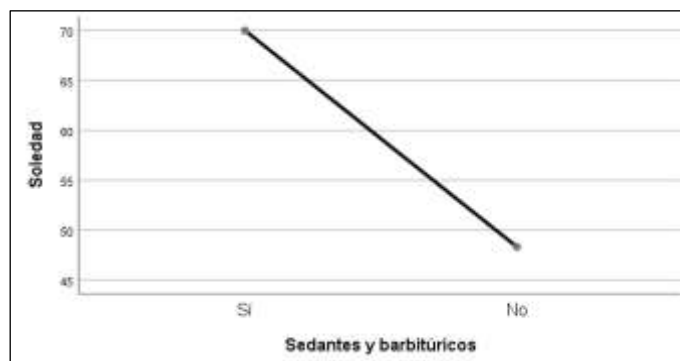
Tabla 33

Correlación de factores con la sensación de soledad

Factor	Significancia	Soledad
		Coefficiente de correlación
Residentes en casa	0,005	0,332
Tranquilizantes y ansiolíticos	0,040	0,246
Ketamina	0,040	0,246
Sedantes y barbitúricos	0,021	-0,275
Gasto semanal	0,032	0,257

Nota. Prueba de correlación, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 33, de la correlación de los distintos factores con la soledad, se determinó que este trastorno psicológico está asociado a sustancias psicoactivas como los tranquilizantes y ansiolíticos, la ketamina, los sedantes y barbitúricos, además, a otros factores como los residentes en casa y el gasto semanal que realizaban cuando consumían estas drogas. Los coeficientes de correlación mostraron niveles medios. El resultado más relevante mostrado en la Figura 4 menciona que los pacientes que consumieron sedantes y barbitúricos presentan mayores niveles de sensación de soledad.

Figura 4*Relación de soledad con sedantes y barbitúricos*

Nota. Prueba de correlación, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

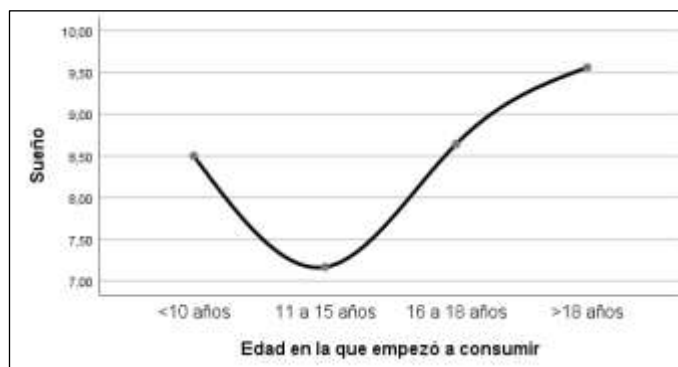
4.1.5 Calidad del sueño

Tabla 34*Correlación de factores con la calidad del sueño*

Factor	Significancia	Sueño
		Coefficiente de correlación
Alcohol	0,025	0,267
Edad en la que empezó a consumir	0,042	0,244
Frecuencia de consumo	0,000077	0,454

Nota. Prueba de correlación, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

De acuerdo al Tabla 34, de la correlación de los distintos factores con el sueño, se determinó que este trastorno psicológico estuvo asociado al consumo del alcohol, la edad en la que empezó a consumir sustancias psicoactivas y la frecuencia con la que lo hacía en un nivel de correlación positivo medio. La mala calidad de sueño aumenta dependiendo de la edad en la que empezó a consumir estas sustancias, como lo muestra la siguiente figura.

Figura 5*Relación del sueño con la edad de inicio de consumo*

Nota. Prueba de correlación, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

4.1.6 Entre trastornos

Tabla 35*Correlación entre trastorno*

Trastorno		
Trastorno	Significancia	Coefficiente de correlación
Depresión		
Ansiedad	1,11E-07	0,584
Estrés	0,000309	0,419
Soledad	0,089	-
Sueño	0,183	-
Ansiedad		
Estrés	0,013	0,296
Soledad	0,033	0,255
Sueño	0,866	-
Estrés		
Soledad	0,578	-
Sueño	0,350	-
Soledad		
Sueño	0,611	-

Nota. Prueba de correlación, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

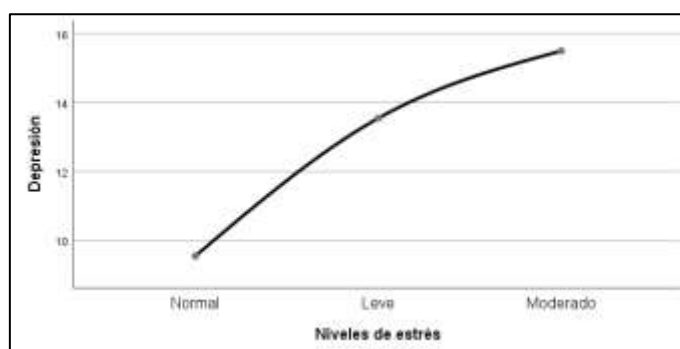
Adicionalmente, se cruzaron valores de los trastornos psicológicos para determinar una nueva posible asociación entre ellos o reafirmar conocimientos previos. La Tabla 35 demostró que la depresión estuvo asociada con la ansiedad en una correlación positiva considerable, con

el estrés en una correlación positiva media, la ansiedad con el estrés y la soledad en un nivel positivo medio. Los demás trastornos no mostraron correlación estadística entre ellos.

En la Figura 6 se puede observar que a mayores niveles de estrés es mayor el valor del índice de depresión; igualmente, en la Figura 7 se evidencia que a mayores niveles de estrés son mayores los valores del índice de ansiedad. Mostrando una asociación entre estos trastornos psicológicos.

Figura 6

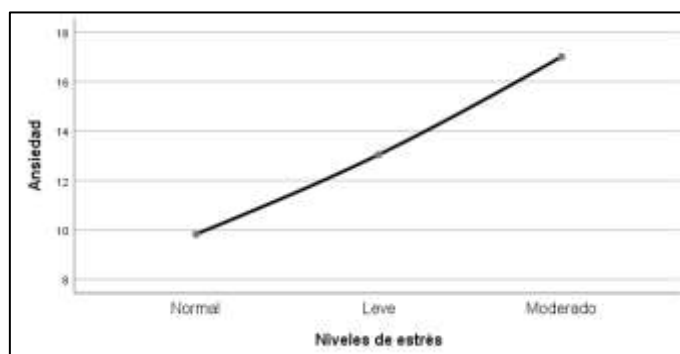
Relación de la depresión con los niveles de estrés



Nota. Prueba de correlación, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

Figura 7

Relación de la ansiedad con los niveles de estrés



Nota. Prueba de correlación, elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.

4.2 Discusión

En concordancia con los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta a los pacientes del CETAD CRADUN de la ciudad del Puyo, se encontró que la totalidad de los

pacientes son hombres de etnia mestiza, la mayoría ronda una edad de 21-40 años de la zona rural, su estado civil es de solteros, con una educación mayormente de nivel secundario, se encuentran desempleados, con ingresos menores al salario básico unificado (450 USD), sin hijos y que viven en una casa en la que residen entre 2-4 personas. De acuerdo con un estudio realizado en la comuna Prosperidad, Santa Elena, a una población de 38 personas sobre consumo de sustancias psicoactivas, se encontró que la mayoría se encuentran agrupados desde los 23-26 años donde mayormente son solteros, con estudios de secundaria (bachillerato), desempleados, con nivel económico bajo (ingresos menores al básico), que viven con sus padres (2-4 personas en casa) y no tienen hijos (Tomalá, 2022). Estas características concuerdan con las encontradas en la presente investigación, demostrando un patrón de incidencia en este tipo de población.

Para responder al primer objetivo “Evaluar el porcentaje de los trastornos psicológicos que aquejan a los pacientes del CETAD CRADUN” se aplicaron favorablemente los índices DASS-21, UCLA-3 y PSQI. Estos índices reportaron un nivel mayormente leve de depresión (37,1%), moderado de ansiedad (42,9%), normal de estrés (65,7%), moderado de sensación de soledad (78,6%) y sujetos con un mal dormir (85,7%). El estudio de Contreras et al. (2020), realizado en Cuba, encontró que las personas adictas a ciertas sustancias psicoactivas como alcohol, psicofármacos o marihuana, pueden presentar niveles altos de depresión con funcionamiento neurótico, además, este trastorno es más intenso en mujeres; en cuanto a la ansiedad, dicen que, a mayor tiempo de consumo, mayor puede ser el comportamiento ansioso. Estos resultados contrastan con los obtenidos en la presente investigación, se asume que las personas en rehabilitación (ex adictos) han mejorado su estado mental gracias al trabajo realizado en el CETAD CRADUN.

Con referencia al segundo objetivo de este estudio, el cual fue “Investigar las sustancias psicoactivas predominantes por las que se admitieron a los pacientes de CETAD CRADUN”, se encontró que la principal sustancia psicoactiva fue el alcohol, pero, en menor medida la marihuana y cocaína. La prevalencia de dependencia al alcohol en el 29,17% de la población en estudio fue diferente a lo reportado por Moreta et al. (2020), donde en jóvenes de 12 a 19 años de las provincias de Cotopaxi y Tungurahua mostraron una prevalencia del 15,7%. Por otra parte, un estudio realizado en una unidad educativa en Quito a adolescentes de 11 a 20 años, mostró que de cada 10 estudiantes 7 han probado el alcohol, lo que corresponde a una prevalencia de consumo del 70% (Clavijo, 2017). Guadalupe (2022) menciona una prevalencia

similar en su estudio realizado en la ciudad de Ambato a una población de 14 a 35 años con un valor alrededor del 70%, además, reporta que un 12% muestran tendencia a una conducta alcohólica marcada.

Esto demuestra que el alcohol es un serio problema social en la cultura ecuatoriana, altamente conformada por una población joven y con tasas crecientes de problemas de alcoholismo. Guadalupe (2022) menciona que el consumo de alcohol no corresponde a un origen familiar o emocional, sino que depende del entorno cultural, debido a que este se considera como una herramienta social. Además, este problema se agudiza en ciudades pequeñas que no cuentan con alternativas de diversión, un control del expendio de bebidas alcohólicas y una idiosincrasia propia de los padres que les dan las facilidades a sus hijos adolescentes para que realicen su vida social a través de la cultura del licor.

En cuanto al tercer objetivo “Correlacionar los trastornos psicológicos con el consumo de sustancias psicoactivas en el CETAD CRADUN”, se encontró que existe una relación inversa entre la ansiedad y las drogas sintéticas, una relación directa entre el estrés y el consumo de inhalantes y solventes, además de, una relación directa entre la sensación de soledad y el consumo de sedantes y barbitúricos. A continuación, se discuten algunos de los puntos más importantes de los resultados del tercer objetivo, además de otros encontrados durante el análisis estadístico:

La depresión estuvo asociada a la edad y el estado civil, evidenciando que a mayor edad es más alto el nivel de depresión, mientras que las personas divorciadas presentaron un mayor nivel de depresión. Esto mismo ocurre en el estudio de Contreras et al. (2020), el cual menciona que a una edad de 41 a 50 años los niveles de depresión fueron mayores que a grupos etarios de menor denominación.

En cuanto a la relación con los divorcios, se conoce que la separación de una pareja puede traer consecuencias no solo a la pareja en sí, sino a los hijos de estos, por lo tanto, los trastornos psicológicos sumados al consumo de drogas, pueden derivar en problemas a una población vulnerable que no tiene voz ni voto en la separación de sus progenitores, convirtiéndolo en un asunto que requiere la debida atención del profesional psicológico para derivar el tratamiento adecuado (Aydillo, 2019). A pesar de que en esta investigación no se encuentra una asociación con una sustancia determinada, se ha registrado que la depresión se

asocia a sustancias como el alcohol, drogas y psicofármacos, además del abuso y/o dependencia de ellas (Cuesta et al., 2022).

En temas de ansiedad y drogas sintéticas, se conoce que en laboratorios se están creando una gran cantidad de nuevas drogas, como los cannabinoides sintéticos (K2, incienso de hierbas, popurrí, especia) conocidos como “marihuana sintética” o “falsa marihuana”, las cuales pueden ocasionar una gran variedad de efectos secundarios, entre ellos la ansiedad extrema. Otros compuestos fabricados son los denominados catinonas, estimulantes o alucinógenos sintéticos, los cuales también pueden derivar en ansiedad. Además de las repercusiones en la salud física y mental de los consumidores, estas drogas son muy peligrosas porque son adictivas, de fácil acceso y al no estar reguladas por la ley los fabricantes cambian constantemente su estructura, lo que puede llevar a consecuencias mayores en los consumidores (Hill, 2023).

Se encontró una asociación entre la sensación de soledad y sustancias tranquilizantes como ansiolíticos, ketamina, sedantes y barbitúricos, pero existe poca información sobre estudios que asocien estos dos factores. Se puede mencionar el caso de las benzodiazepinas, las cuales son tranquilizantes menores que se usan para el tratamiento del insomnio, la ansiedad u otros problemas de salud y afectan a las personas de maneras diferentes, en algunos casos pueden ocasionar sentimientos de soledad o aislamiento (ADF, 2023). Mills et al. (2022) mencionan que las personas de la ruralidad son más susceptibles a sentir soledad y aislamiento.

En cuanto a la calidad del sueño, no se encontró una sustancia que esté directamente asociada a este factor, pero estudios mencionan que el consumo de alcohol, drogas no legalizadas (cannabis, cocaína, opiáceos, anfetaminas, etc.), tabaco y consumo de cafeína/teína pueden afectar gravemente al sueño de una persona (Ortiz, 2021). Duque (2022) dice que la mala calidad del sueño y la somnolencia diurna en adolescentes, principalmente estudiantes, afectan el rendimiento académico, la salud física y salud mental.

Además, se encontró que la depresión, ansiedad y estrés tuvieron asociación entre sí, teniendo una relación directamente proporcional, donde, si uno de los factores aumenta, el otro también lo hace en consecuencia. Esto puede depender de una gran variedad de factores, entre ellos los neurobiológicos, como por ejemplo la compartición de neurotransmisores, los tres trastornos afectan los niveles de neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y la

norepinefrina, que regulan el estado de ánimo, la energía y la cognición. Además, el estrés crónico puede desregular el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), lo que a su vez puede aumentar el riesgo de depresión y ansiedad (González et al., 2011).

Por otra parte, otros factores también pueden participar en la asociación de estos trastornos, como los psicológicos: vulnerabilidad individual, pensamientos y emociones negativas, y comportamientos de evitación; los sociales: eventos traumáticos, discriminación y estigma, y desigualdades sociales (Martins, 2022). Por lo tanto, se puede decir que, los trastornos de depresión, ansiedad y estrés están interconectados y comparten una serie de factores de riesgo. Es importante comprender esta relación para mejorar el diagnóstico, tratamiento y prevención de estos trastornos.

La relación de la ansiedad con la sensación de soledad también se encontró en el estudio de Mills et al. (2022), donde también lo asocia a la depresión por el consumo de opioides. Los hallazgos indican que la participación en la terapia ambulatoria grupal tiene el potencial de reducir la soledad y los efectos psicológicos negativos asociados. Por lo tanto, una intervención más específica para la soledad puede reducir aún más la soledad. Esto es crucial porque la soledad está relacionada con un mayor riesgo de recaída.

CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Con base en la revisión bibliográfica para el marco teórico se establecieron los índices a usarse, los cuales fueron DASS-21, UCLA-3 y PSQI, además de preguntas de carácter sociodemográfico y un análisis estadístico correlacional de estos factores con los trastornos psicológicos, se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

En el Centro de Tratamiento de Adicciones y Dependencias (CETAD CRADUN) de Puyo, predomina un nivel leve de depresión en el 37,1% de los pacientes, un nivel moderado de ansiedad en el 42,9%, un nivel normal de estrés en el 65,7%, un nivel moderado de sensación de soledad en el 78,6% y un 85,7% de sujetos con mal dormir. Pero, estos niveles son inferiores a los que podrían tener si no estuvieran en tratamiento en el CETAD, por lo que se puede decir que este centro tiene un tratamiento favorable en recuperación de trastornos psicológicos, aunque no sea su enfoque principal.

Entre los pacientes ingresados en el CETAD, las sustancias psicoactivas más consumidas fueron el alcohol por el 29,17% de pacientes, la marihuana y la cocaína por el 19,05% de los pacientes, cada uno. Otras drogas detectadas en menor medida incluyen pasta base de cocaína por el 8,93%, anfetaminas e inhalantes por el 5,36% de los pacientes, cada uno. Esto también denota que existe una gran variedad de productos psicoactivos en la ciudad del Puyo que están afectando a la población, principalmente a la juventud.

Existe una relación inversa entre la ansiedad y las drogas sintéticas, a menor consumo de esta sustancia, mayor fue el nivel de ansiedad; también, una relación directa entre el estrés y el consumo de inhalantes y solventes, los pacientes que consumieron este tipo de drogas presentaron niveles más altos de estrés. Además, una relación directa entre la sensación de soledad y el consumo de sedantes y barbitúricos.

Se presentan relaciones tanto directas como indirectas entre los factores y el consumo de drogas, entre las relaciones directas se encuentran relaciones directas e inversamente proporcionales, en las cuales destacan las relaciones directas, pues denotan la relación entre cómo el consumo de determinada sustancia repercute en cierto trastorno psicológico específico.

Finalmente, en cuanto a la hipótesis planteada, se la rechaza debido a que los niveles de los trastornos fueron bajos lo que influyó en que los coeficientes de correlación también fueran bajos. Pero, sí se presenta asociación entre algunos trastornos psicológicos y el consumo de sustancias psicoactivas.

5.2 Recomendaciones

Dado que muchos pacientes experimentan problemas de salud mental leves, es crucial establecer programas personalizados de intervención y apoyo psicológico en el CETAD CRADUN. Estos programas deben incluir terapias cognitivo-conductuales y sesiones grupales centradas en controlar el estrés, la ansiedad y la depresión.

Debido al consumo generalizado de sustancias como alcohol, marihuana y cocaína, se requieren estrategias específicas de prevención y tratamiento para cada una. Estas estrategias podrían incluir programas para superar la dependencia, información sobre los riesgos y apoyo constante para mantener la abstinencia.

Para combatir el uso de inhalantes y solventes relacionados con altos niveles de estrés, es crucial incluir en el tratamiento enfoques que aborden las causas profundas del estrés y ofrezcan alternativas saludables para controlar la ansiedad.

En cuanto al consumo de sedantes y barbitúricos asociado con el aislamiento, es esencial integrar intervenciones terapéuticas que fomenten la creación de redes sociales de apoyo y mejoren las estrategias de afrontamiento emocional.

También, es necesario educar al personal psicológico, tanto en formación universitaria como en ejercicio de su profesión, en técnicas de manejo de pacientes con antecedentes de consumo de drogas, impulsando la comprensión de las correlaciones para una mayor comprensión de las consecuencias del consumo.

Repetir el tipo estudio correlacional en los centros de rehabilitación de todo el país para encontrar patrones específicos de la localización. Además, al reunir estos datos se podrán consolidar resultados más representativos de este tipo de población.

REFERENCIAS

- ADF. (2023). *Benzodiazepines. Información Del Medicamento*. <https://adf.org.au/drug-facts/benzodiazepines/>
- Arboleda, G. (2023). *Vivencias de los consumidores de sustancias de un centro de recuperación de la ciudad del Puyo* [Tesis de grado, Universidad Indoamérica]. <https://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/5997/1/ARBOLEDA%20VILLACRES%20GENESIS%20LEONELA.pdf>
- Arrimada, M. (2023). *Los 12 instrumentos de evaluación de los trastornos de ansiedad. Psicología y Mente*. <https://psicologiyamente.com/clinica/instrumentos-evaluacion-trastornos-ansiedad>
- Astudillo, C. (2021). *Depresión y su incidencia en la salud mental de una Persona Privada de la Libertad del Centro de Rehabilitación de Babahoyo* [Tesis de grado, Universidad Técnica de Babahoyo]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/11101/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000572.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Aydillo, C. (2019). *El divorcio y la repercusión en los hijos* [Tesis de grado, Universidad Pontificia Comillas]. https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/31776/TFG_AydilloPerez%2c%20Celia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Caicedo, M. (2020). *Leyes creadas para el control y disminución del consumo de sustancias psicoactivas en la juventud de Colombia y España* [Tesis de grado, Politécnico Grancolombiano]. <https://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/1692/ENSAYO%20CORREGIDO%20-%20MARIA%20CAICEDO.pdf?sequence=1>
- Campo, Y. M., Oliveros, J. J., & Amed, E. J. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas y su relación con comportamiento violento en estudiantes universitarios. *Espacios*, 41(48), 80–92. <https://doi.org/10.48082/espacios-a20v41n48p06>
- Cárdenas, E., & Vicente, B. (2021). Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en el Ecuador. *Gaceta Médica Espirituana*, 23(2), 53–65. <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2021/gme212d.pdf>
- Carralero, P., Hoyos, F. R., Deblas, Á., & López García, M. (2013). Calidad del sueño según el Pittsburgh Sleep Quality Index en una muestra de pacientes recibiendo cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 20(2), 44–48. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2012.05.005>

- Chicaiza, Á. (2015). Prevalencia y factores de riesgo del consumo de drogas en adolescentes del sector Atenas del barrio El Recreo de Puyo. Año 2013 -2014 [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Loja.
- Clavijo, N. (2017). Prevalencia del consumo de alcohol en estudiantes de la Unidad Educativa Brethren [Tesis de grado, Universidad Central del Ecuador]. <https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/247b8f1f-a750-4a3e-8c2c-92818ae7c1ba/content>
- Contreras, Y., Miranda, O., & Torres, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(1), 71–85. <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v49n1/1561-3046-mil-49-01-e492.pdf>
- Cuesta, E., Picón, J., & Pineida, P. (2022). Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. *Journal of American Health*, 5(1), 1–11. <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/114/226>
- Czarnobay, J., Brusamarello, T., Capistrano, F. C., Marin, M. J. S., Nimtz, M. A., & Maftum, M. A. (2018). Uso de psicofármacos pelo portador de transtorno mental: percepções do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 23(1), 1–8. <https://doi.org/10.5380/ce.v23i1.52149>
- da Costa, S., Oesterle, T., Rummans, T. A., Richelson, E., & Gold, M. (2022). Psychedelic drugs for psychiatric disorders. *Journal of the Neurological Sciences*, 440, 120332. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2022.120332>
- de Barros, M., & Sosa, B. (2011). Adaptación cultural de la escala este para medir soledad en adultos mayores. *Eureka*, 8(1), 92–99. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eureka/v8n1/a10.pdf>
- Delgado, I. (2022). Trastornos psicológicos y consumo precoz de cannabis. Revisión sistemática [Tesis de grado]. Universidad de Jaén.
- Duque, M. (2022). La calidad del sueño y su relación con el rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 6(2), 57–62. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i2.407>
- Espinoza, O., Viteri, S., & Cisneros, C. (2022). Análisis pospandemia de los niveles de inseguridad ciudadana en la ciudad de Puyo, Ecuador. *Estudios Del Desarrollo Social: Cuba Y América Latina*, 10, 55–67. <https://revistas.uh.cu/revflacso/article/view/123/100>
- Fernandes, C. S. E., Lima, M. G., & Barros, M. B. de A. (2020). Problemas emocionais e uso de medicamentos psicotrópicos: uma abordagem da desigualdade racial. *Ciência &*

- Saúde Coletiva, 25(5), 1677–1688. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33362019>
- Fernandes, M. A., Feitosa, C. D. A., Mendes, P. N., Oliveira, A. L. C. B. de, & Silva, J. S. e. (2020). Hospitalizations due to psychoactive substances usage: a psychiatric hospital study. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 12, 1132–1138. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8014>
- González, C., Ángel, E., & Avendaño, B. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psychologia: Avances de La Disciplina*, 5(1), 59–72. <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v5n1/v5n1a06.pdf>
- Guadalupe, S. (2022). La Cultura alcohólica del Ecuador, un análisis de los factores sociales detrás del abuso del alcohol en la ciudad de Ambato. *Investigación y Desarrollo*, 2(4), 76–80. <https://doi.org/10.31243/id.v2.2011.1771>
- Guadamud, L. (2023). El consumo de drogas en Ecuador, por encima del promedio en Latinoamérica. *Expreso*.
- Guadamuz, J., Miranda, M., & Mora, N. (2022). Trastornos del sueño prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Medica Sinergia*, 7(7), 1–10. <https://doi.org/10.31434/rms.v7i7.860>
- Guamán, A., & Mayancela, R. (2023). Consumo de sustancias estupefacientes en adolescentes en el ecuador: Una revisión sistemática [Tesis de grado, Universidad Católica de Cuenca]. <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/fb5d4392-ec24-48b1-9608-381525b55d9c/content>
- Guiza, N. C., Aldana, O. B., & Bonilla, C. P. (2017). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19(1), 3–9. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.41785>
- Hill, R. (2023). Tratamiento del trastorno por consumo de drogas sintéticas. *Uso de Sustancias*. <https://zinniahealth.com/substance-use/synthetic-drugs>
- Lara, C., Vargas, G., & Salcedo, A. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas en profesionales de la salud (médicos y enfermeros) de dos IPS de primer nivel de atención en consulta externa de Bogotá. *Revista Ciencias de La Salud*, 10(Especial), 87–100. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/2030/1786>
- Loor, W., Hidalgo, H., Macías, J., García, E., & Scrich, A. (2018). Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(2), 130–138. <https://www.redalyc.org/journal/2111/211159713003/html/>

- Martínez, J. A., Amaya, W., Campillo, H. A., Rueda, G. E., Campo, A., & Díaz, L. A. (2007). Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004. *Revista de Salud Pública*, 9(2), 215–229. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642007000200006>
- Martínez, J., Bolívar, Y., Yanez, L., & Rey, C. (2020). Tendencias de la investigación sobre síntomas de trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Medicina UPB*, 39(2), 24–33. <https://doi.org/10.18566/medupb.v39n2.a05>
- Martins, C. (2022). Qué síntomas produce la ansiedad y en qué se diferencia de la depresión. *Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-59859112>
- Melendez, M. (2022). Trastorno de estrés postraumático y su influencia en el estado emocional en una mujer de 27 años de edad de la ciudad de Babahoyo-provincia de Los Ríos [Tesis de grado, Universidad Técnica de Babahoyo]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/13602/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000662.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Melendrez, L. (2020). Consumo excesivo de sustancias psicoactivas y su incidencia en el trastorno de ansiedad generalizada en una persona de 30 años de edad en el Centro de Privación de Libertad Masculino Bolívar Número Uno [Tesis de grado, Universidad Técnica de Babahoyo]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/10875/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000531.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Meza, M. E., & Concepción, P. (2018). Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de San Juan del Río, Querétaro. *Salud Pública de México*, 60(5), 492. <https://doi.org/10.21149/9265>
- Mills, R., Zullig, K., Theeke, L., Lander, L., Hobbs, G., Herczyk, J., & Davis, S. (2022). Assessing Loneliness among Adults Receiving Outpatient Treatment with Medication for Opioid Use Disorder (MOUD). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013481>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/05/gpc_534_depresion_adulto_avaliat_compl-1.pdf
- Mondragón, M. (2014). Uso de la correlación de Spearman en un estudio de intervención en fisioterapia. *Movimiento Científico*, 8(1), 98–104. <https://doi.org/10.33881/2011-7191.mct.08111>
- Moreta, R., Mayorga, M., León, L., & Naranjo, T. (2020). Patrones de consumo de alcohol en adolescentes ecuatorianos: ¿Estilo mediterráneo o anglosajón? *Revista Psicodebate*:

- Psicología, Cultura y Sociedad, 20(1), 30–42.
<http://www.scielo.org.ar/pdf/sideba/v20n1/v20n1a02.pdf>
- Napoletano, S., Basile, G., Lo Faro, A. F., & Negro, F. (2022). New Psychoactive Substances and receding COVID-19 pandemic: really going back to “normal”? *Acta Bio-Medica : Atenei Parmensis*, 93(2), e2022186. <https://doi.org/10.23750/abm.v93i2.13008>
- Noroña, D., Mosquera, V., & Laica, V. (2022). Análisis del consumo de drogas en estudiantes universitarios en Quito (Ecuador). *Revista de Investigación En Psicología*, 25(1), 83–98. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v25i1.21069>
- OMS. (2022). Trastornos mentales. Notas Descriptivas.
- OPS. (2022). Abuso de sustancias. <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Ortiz, A. (2021). Análisis de la calidad del sueño en estudiantes de enfermería [Tesis de grado, Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat]. <https://eugdspace.eug.es/bitstream/handle/20.500.13002/748/Analisis%20de%20la%20calidad%20del%20sue%c3%b1o%20en%20estudiantes%20de%20enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pascale, A. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia por COVID-19: implicancias toxicológicas desde un enfoque integral y desafíos terapéuticos. *Revista Médica Del Uruguay*, 36(3), 247–251. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v36n3/1688-0390-rmu-36-03-247.pdf>
- Reales, L., Robalino, G., Peñafiel, A., Cárdenas, J., & Cantuña, P. (2022). El Muestreo Intencional No Probabilístico como herramienta de la investigación científica en carreras de Ciencias de la Salud. *Universidad Y Sociedad*, 14(S5), 681–691. <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/3338/3278>
- Rios, R. (2023). Soledad y su influencia en la salud mental de un adulto mayor de 77 años de la parroquia Ricaurte. [Tesis de grado, Universidad Técnica de Babahoyo]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/13924/E-UTB-FCJSE-PSICOLOGIA-000036.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E. V. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(1), 2325–2336. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30053-9](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30053-9)
- Royo, J., Magranéb, M., Martíb, R., & Gómezb, S. (2004). Alucinógenos: ¿drogas para soñar? Una intervención preventiva y asistencial desde el ámbito de la atención primaria. *Atención Primaria*, 33(6), 331–334. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)70802-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)70802-1)

- Ruiz, C. (2007). Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno de insomnio. *Anales de Psicología*, 23(1), 109–117. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723114.pdf>
- Sánchez, H., Reyes, C., & Mejía, K. (2018). Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística (Univ. Ricardo Palma). <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>
- Serrano, R. (2018). Adaptación de la escala de soledad - Loneliness Scale UCLA- en mujeres en situación de violencia del estado de México [Tesis de grado, Universidad Autónoma del Estado de México]. http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/106120/Serrano%20Gonzalez%20Rocio_removed.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Socol, K. L. S., Terra, M. G., Padoin, S. M. de M., Ribeiro, D. B., Siqueira, D. F. de, & Canabarro, J. L. (2018). Motivos do abuso de substâncias psicoativas por mulheres assistidas em Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, 1–7. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170281>
- Sorto, D., & Sevilla, W. (2020). Relación entre la exposición a compuestos orgánicos volátiles (COVs) de la gasolina y el desempeño en pruebas de función nerviosa en los trabajadores de las gasolineras de la ciudad de León y Chinandega, Nicaragua [Tesis doctoral]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Stingo, N., Martínez, E., Espiño, G., & Zazzi, M. (2006). Diccionario de psiquiatría y psicología forense (Polemos).
- Test-stress. (2023). Tests Estrés: Los principales tests estrés (Maslach, Cohen, BMS...). <https://www.test-stress.com/es/tests-estres.php>
- Tomalá, M. (2022). Consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en la calidad de vida en los adolescentes y adultos jóvenes. Comuna Prosperidad, Santa Elena. 2022 [Tesis de grado]. Universidad Estatal Península de Santa Elena.
- Tovani, J. B. E., Santi, L. J., & Trindade, E. V. (2021). Use of psychotropic drugs by students from the health area: a comparative and qualitative analysis. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 45(3), 1–10. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20200485.ing>
- Universidad EAFIT. (2017). Tipos de sustancias psicoactivas. <https://www.eafit.edu.co/minisitios/tallerdesalud/adicciones/Paginas/tipos-sustancias-psicoactivas.aspx>
- UNODOC. (2021). Informe Mundial sobre Drogas 2021: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras los jóvenes subestiman los peligros del cannabis.

- UNODOC. (2022). El Informe Mundial sobre las Drogas 2022 de la UNODC destaca las tendencias del cannabis posteriores a su legalización, el impacto ambiental de las drogas ilícitas y el consumo de drogas entre las mujeres y las personas jóvenes. Comunicado de Prensa. <https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2022/June/unodc-world-drug-report-2022-highlights-trends-on-cannabis-post-legalization--environmental-impacts-of-illicit-drugs--and-drug-use-among-women-and-youth.html>
- Urits, I., Gress, K., Charipova, K., Li, N., Berger, A. A., Cornett, E. M., Hasoon, J., Kassem, H., Kaye, A. D., & Viswanath, O. (2020). Cannabis Use and its Association with Psychological Disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, 50(2), 56–67.
- Velarde, C., Fragua, S., & García, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 42(3), 177–183. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>
- World Rugby. (2020). Apéndice 2 - Escala de Estrés de Depresión por Ansiedad (DASS 21). <https://passport.world.rugby/es/bienestar-del-jugador/perspectiva-un-recurso-de-salud-mental-para-medicos-de-equipos/apendices/apendice-2-escala-de-estres-de-depresion-por-ansiedad-dass-21/>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA



ANEXOS

Anexo A. Formato de encuesta

<p style="text-align: center;">UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN PSICOLOGÍA</p>
TEMA: Relación entre trastornos psicológicos y consumo de sustancias psicoactivas en el CETAD CRADUN de la ciudad del Puyo, provincia de Pastaza

Lea las instrucciones detenidamente, también lea bien cada pregunta y responda acorde a lo solicitado, si tiene alguna duda consulte con el investigador.

Instrucción: Marque con una X la respuesta que se acople más a su realidad actual o inmediata anterior a su entrada al CETAD CRADUN.

Datos sociodemográficos

1. **Edad:** ≤20 años ____ 21-40 años ____ 41-60 años ____ >60 años ____
2. **Género:** M ____ F ____
3. **Etnia:** Blanco ____ Mestizo ____ Indígena ____ Afroecuatoriano ____ Montubio ____
4. **Estado civil:** Soltero ____ Casado ____ Unión libre ____ Divorciado ____ Viudo ____
5. **Nivel educativo:** Primaria ____ Secundaria ____ Tercer nivel ____ Cuarto nivel ____
6. **Ocupación:**
Desempleado ____ Independiente/formal ____ Informal ____ Servidor público ____
Servidor privado ____ Agropecuaria ____
7. **Ingresos económicos:** <450 USD ____ 450 USD ____ >450 USD ____
8. **Zona residencial:** Rural ____ Urbana ____
9. **Cantidad de hijos:** 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ ≥5 ____
10. **Residentes en casa:** 1 ____ 2-4 ____ 4-8 ____ >8 ____



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA



Anexo B. Consumo de sustancias psicoactivas

1. Tipo de sustancia psicoactiva:

Instrucción: SOLO PARA ESTE RECUADRO, seleccione máximo tres opciones.									
Alcohol		Tranquilizantes y ansiolíticos		Drogas sintéticas		Anfetaminas		Ketamina	
Productos de tabaco		Alucinógenos		Codeína derivados		Esteroides anabólicos		Anticolinérgicos	
Marihuana y derivados		Éxtasis		Cocaína		Té de ayahuasca		Heroína	
Inhalantes y solventes		Opioides		Pasta base de cocaína		Sedantes y barbitúricos		Crack	

2. Motivaciones para el consumo:

- Curiosidad _____
- Búsqueda de placer o escape emocional momentáneo _____
- Influencia de amigos o grupo social _____
- Influencia de familiares _____

3. Edad en la que empezó a consumir:

- <10 años _____
- 11 a 15 años _____
- 16 a 18 años _____
- >18 años _____

4. Frecuencia de consumo:

- 1 vez a la semana _____
- 2 veces a la semana _____
- 3-5 veces a la semana _____
- 1 vez al día _____
- Varias veces al día _____

5. Gasto semanal:

- ≤5 USD _____
- 6-10 USD _____
- 11-50 USD _____
- 51-100 USD _____
- >100 USD _____

6. Compañía con la que consumía:

- Solo _____
- Familiares _____
- Amigos _____
- Desconocidos _____

7. Sensación que le ocasionaba:

- Euforia _____
- Relajación _____
- Estimulación _____
- Desinhibición _____
- Superioridad _____
- Alucinaciones _____
- Aumento de la creatividad _____
- Somnolencia _____

8. Tiempo de ultimo consumo:

- <1 mes _____
- 1-6 meses _____
- 6-12 meses _____
- 1-2 años _____
- 2-5 años _____
- >5 años _____



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA



Anexo C. Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)

DASS21	<i>Nombre:</i>	<i>Fecha:</i>
<p>Lea cada expresión y marque con un círculo el número 0, 1, 2 o 3 que indica cuánto se aplica la expresión a usted <i>durante la última semana</i>. No hay respuestas correctas o incorrectas. No utilice demasiado tiempo en ninguna declaración.</p> <p><i>La escala de puntajes es la siguiente:</i></p> <p>0 No se aplica a mí en absoluto 1 Se aplica a mí hasta cierto punto, o parte del tiempo 2 Se aplica a mí en un grado considerable, o buena parte del tiempo 3 Se aplica mucho a mí, o la mayoría del tiempo</p>		
1 Me resulta difícil relajarme	0	1 2 3
2 Noté la sequedad en mi boca	0	1 2 3
3 Pareciera que no puedo experimentar ningún sentimiento positivo	0	1 2 3
4 Tuve dificultades al respirar (por ej.: respiración excesivamente rápida, dificultad para respirar sin ningún esfuerzo físico)	0	1 2 3
5 Me resultó difícil tener iniciativa para hacer cosas	0	1 2 3
6 Tendía a reaccionar en exceso ante las situaciones	0	1 2 3
7 Tuve temblores (por ej.: en las manos)	0	1 2 3
8 Sentí que estaba usando mucha energía nerviosa	0	1 2 3
9 Estuve preocupado por situaciones en las que podría entrar en pánico y parecer un tonto	0	1 2 3
10 Sentí que no tenía nada que esperar	0	1 2 3
11 Me encontré agitado	0	1 2 3
12 Tuve dificultades para relajarme	0	1 2 3
13 Me sentí abatido y triste	0	1 2 3
14 No toleraba nada que me impidiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1 2 3
15 Sentí que estaba cerca del pánico	0	1 2 3
16 No pude entusiasmarme con nada	0	1 2 3
17 Sentí que no valía mucho como persona	0	1 2 3
18 Sentí que estaba bastante susceptible	0	1 2 3
19 Fui consciente del trabajo de mi corazón en ausencia de esfuerzo físico (por ej.: sensación de aumento de la frecuencia cardíaca, falta de latido del corazón)	0	1 2 3
20 Sentí miedo sin ninguna razón	0	1 2 3
21 Sentí que la vida no valía nada	0	1 2 3

Anexo D. UCLA Escala de Soledad (Versión 3)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA



UCLA Escala de Soledad (Versión 3)					
Instrucciones: Las siguientes afirmaciones describen cómo se sienten las personas en algunas ocasiones. Para cada afirmación, por favor, indica con qué frecuencia te sientes de la manera descrita encerrando el número que te identifique.					
N°	Pregunta	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1	*¿Con qué frecuencia sientes que estás "en sintonía" con las personas que te rodean?	1	2	3	4
2	¿Con qué frecuencia sientes que careces de compañía?	1	2	3	4
3	¿Con qué frecuencia sientes que no hay nadie a quien recurrir?	1	2	3	4
4	¿Con qué frecuencia te sientes solo/a?	1	2	3	4
5	*¿Con qué frecuencia te sientes parte de un grupo de amigos?	1	2	3	4
6	*¿Con qué frecuencia sientes que tienes mucho en común con las personas que te rodean?	1	2	3	4
7	¿Con qué frecuencia sientes que ya no estás cercano/a a nadie?	1	2	3	4
8	¿Con qué frecuencia sientes que tus intereses e ideas no son compartidos por quienes te rodean?	1	2	3	4
9	*¿Con qué frecuencia te sientes extrovertido/a y amigable?	1	2	3	4
10	*¿Con qué frecuencia te sientes cercano/a a las personas?	1	2	3	4
11	¿Con qué frecuencia te sientes excluido/a?	1	2	3	4
12	¿Con qué frecuencia sientes que tus relaciones con los demás carecen de significado?	1	2	3	4
13	¿Con qué frecuencia sientes que nadie realmente te conoce bien?	1	2	3	4
14	¿Con qué frecuencia te sientes aislado/a de los demás?	1	2	3	4
15	*¿Con qué frecuencia sientes que puedes encontrar compañía cuando lo deseas?	1	2	3	4
16	*¿Con qué frecuencia sientes que hay personas que realmente te comprenden?	1	2	3	4
17	¿Con qué frecuencia te sientes tímido/a?	1	2	3	4
18	¿Con qué frecuencia sientes que hay personas a tu alrededor pero no contigo?	1	2	3	4
19	*¿Con qué frecuencia sientes que hay personas con las que puedes hablar?	1	2	3	4
20	*¿Con qué frecuencia sientes que hay personas a las que puedes recurrir?	1	2	3	4
Puntuación: Los ítems marcados con un asterisco deben invertirse (es decir, 1 = 4, 2 = 3, 3 = 2, 4 = 1), y luego sumarse los puntajes de cada ítem.					

Anexo E. Índice cálida de sueño de Pittsburgh



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA



Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Nombre y apellidos: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor conteste **TODAS** las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse? _____
2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes? _____
(Apunte el tiempo en minutos)
3. Durante el último mes, ¿a que hora se ha estado levantando por la mañana? _____
4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? _____
(el tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama) (Apunte las horas que cree haber dormido)

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste **TODAS** las preguntas.

5. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:
 - a) *No poder conciliar el sueño en la primera media hora:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - b) *Despertarse durante la noche o de madrugada:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - c) *Tener que levantarse para ir al sanitario:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - d) *No poder respirar bien:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - e) *Toser o roncar ruidosamente:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - f) *Sentir frío:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - g) *Sentir demasiado calor:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - h) *Tener pesadillas o "malos sueños":*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - i) *Sufrir dolores:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - j) *Otras razones (por favor descríbalas a continuación):*

 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
6. Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?
 - Bastante buena
 - Buena
 - Mala
 - Bastante mala
 7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos" para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?
 - Ningún problema
 - Un problema muy ligero
 - Algo de problema
 - Un gran problema



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA



Anexo F. Corrección del cuestionario de Pittsburgh

Instrucciones para calificar el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Componente 1: Calidad de sueño subjetiva

Examine la pregunta 6, y asigne el valor correspondiente

<i>Respuesta</i>	<i>Valor</i>
Bastante buena	0
Buena	1
Mala	2
Bastante mala	3

Calificación del componente 1: _____

Componente 2: Latencia de sueño

1. Examine la pregunta 2, y asigne el valor correspondiente

<i>Respuesta</i>	<i>Valor</i>
≤15 minutos	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
>60 minutos	3

2. Examine la pregunta 5a, y asigne el valor correspondiente

<i>Respuesta</i>	<i>Valor</i>
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

3. Sume los valores de las preguntas 2 y 5a

4. Al valor obtenido asigne el valor correspondiente

<i>Suma de 2 y 5a</i>	<i>Valor</i>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Calificación del componente 2: _____

Componente 3: Duración del dormir

Examine la pregunta 4 y asigne el valor correspondiente

<i>Respuesta</i>	<i>Valor</i>
>7 horas	0
6-7 horas	1
5-6 horas	2
<5 horas	3

Calificación del componente 3: _____

Componente 4: Eficiencia de sueño habitual

1. Calcule el número de horas que se pasó en la cama, en base a las respuestas de las preguntas 3 (hora de levantarse) y pregunta 1 (hora de acostarse)

2. Calcule la eficiencia de sueño (ES) con la siguiente fórmula:

$$[\text{Núm. horas de sueño (pregunta 4)} - \text{Núm. horas pasadas en la cama}] \times 100 = \text{ES} (\%)$$

3. A la ES obtenida asigne el valor correspondiente

<i>Respuesta</i>	<i>Valor</i>
> 85%	0
75-84%	1
65-74%	2
<65%	3

Calificación del componente 4: _____

Componente 5: Alteraciones del sueño

1. Examine las preguntas 5b a 5j y asigne a cada una el valor correspondiente

<i>Respuesta</i>	<i>Valor</i>
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

2. Sume las calificaciones de las preguntas 5b a 5j

3. A la suma total, asigne el valor correspondiente

<i>Suma de 5b a 5j</i>	<i>Valor</i>
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Calificación del componente 5: _____

Componente 6: Uso de medicamentos para dormir

Examine la pregunta 7 y asigne el valor correspondiente

<i>Respuesta</i>	<i>Valor</i>
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Calificación del componente 6: _____

Componente 7: Disfunción diurna

1. Examine la pregunta 8 y asigne el valor correspondiente

<i>Respuesta</i>	<i>Valor</i>
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

2. Examine la pregunta 9 y asigne el valor correspondiente

<i>Respuesta</i>	<i>Valor</i>
Ningún problema	0
Problema muy ligero	1
Algo de problema	2
Un gran problema	3

3. Sume los valores de la pregunta 8 y 9

4. A la suma total, asigne el valor correspondiente:

<i>Suma de 8 y 9</i>	<i>Valor</i>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Calificación del componente 7: _____

Calificación global del ICSP

(Sume las calificaciones de los 7 componentes)

Calificación global: _____

Información sociodemográfica

Figura 8

Edad

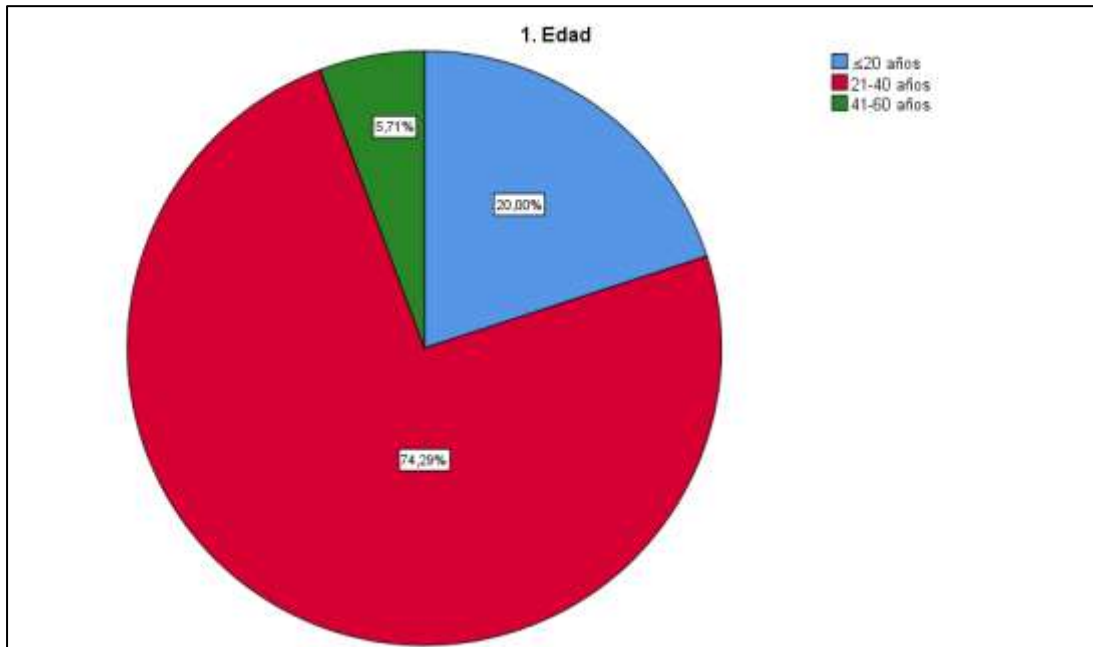


Figura 9

Género

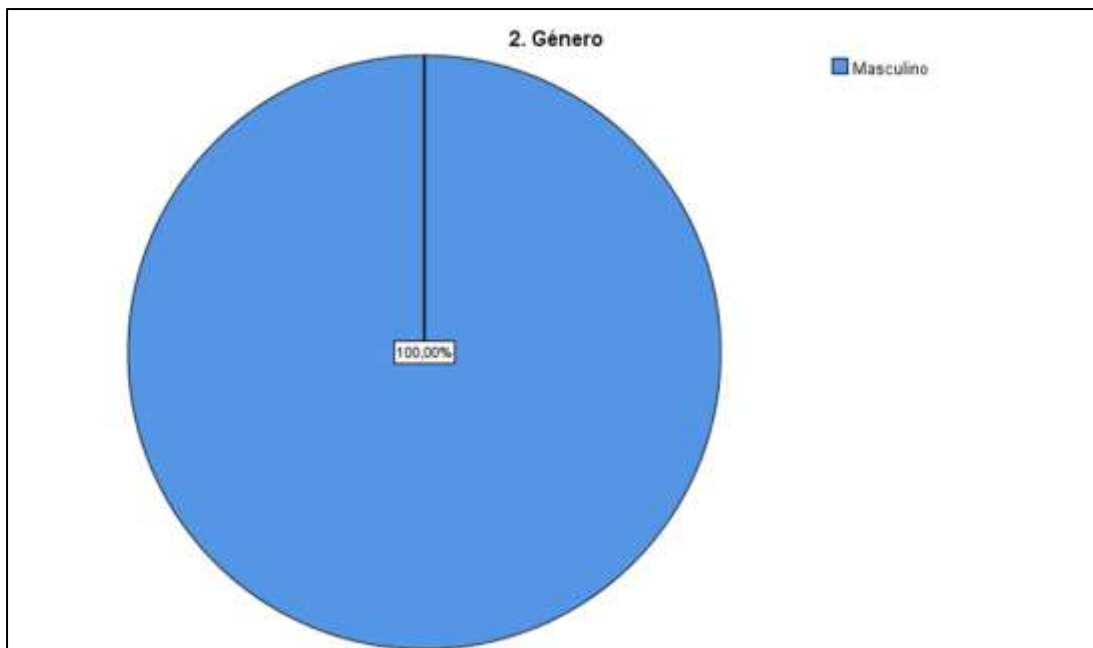


Figura 10

Etnia

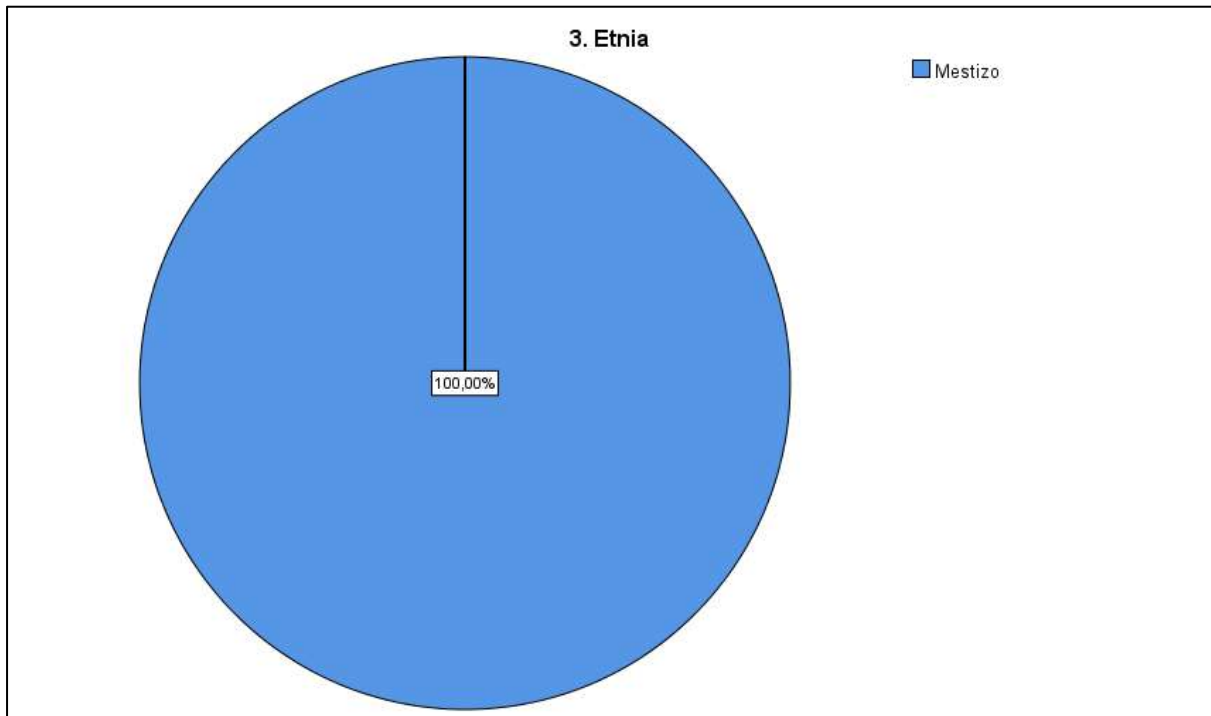


Figura 11

Estado civil

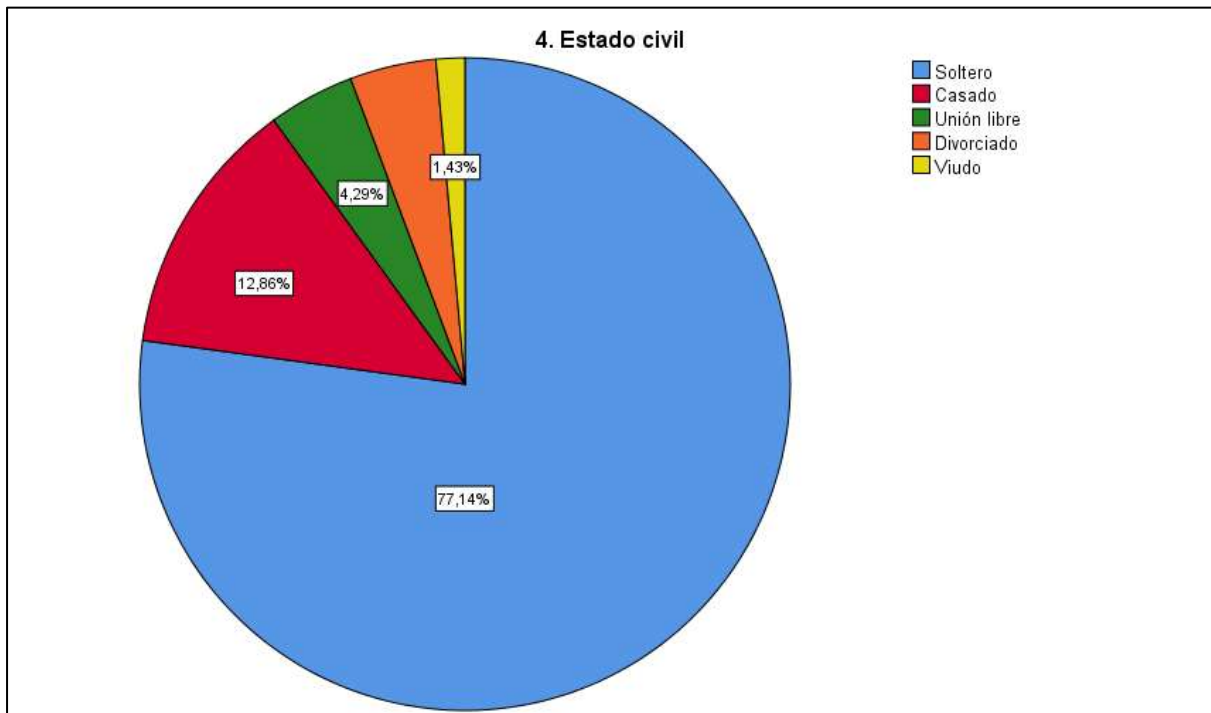


Figura 12

Nivel educativo

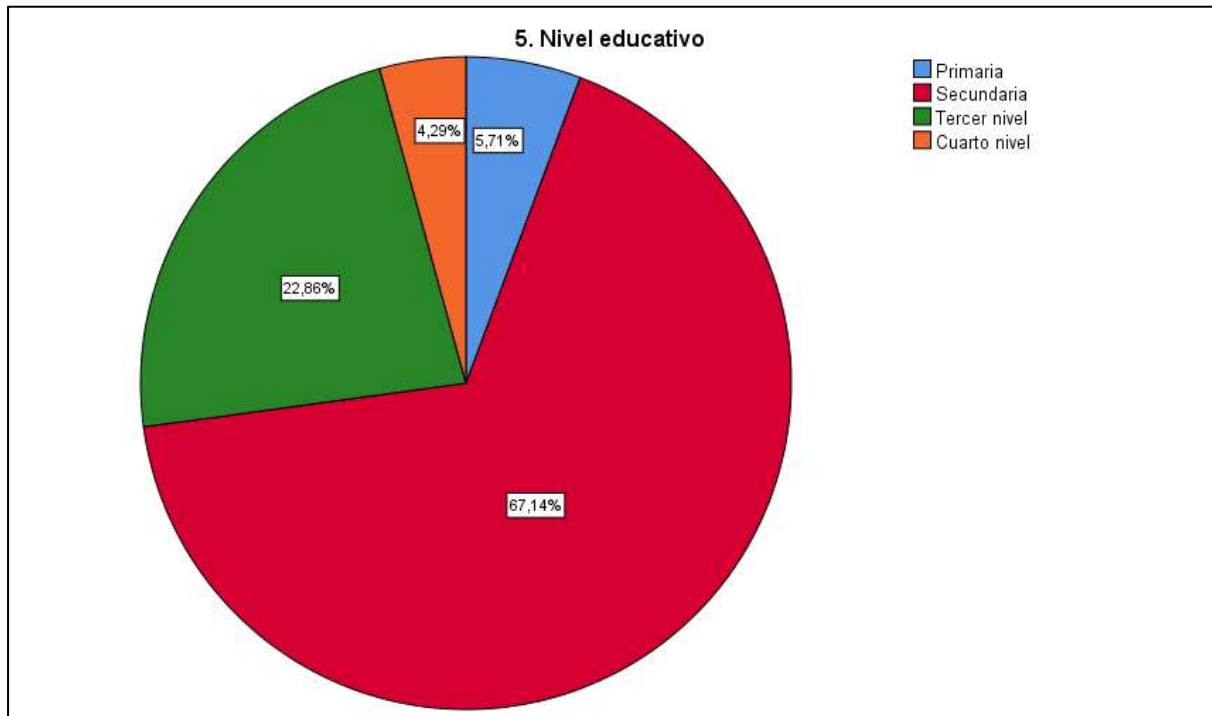


Figura 13

Ocupación

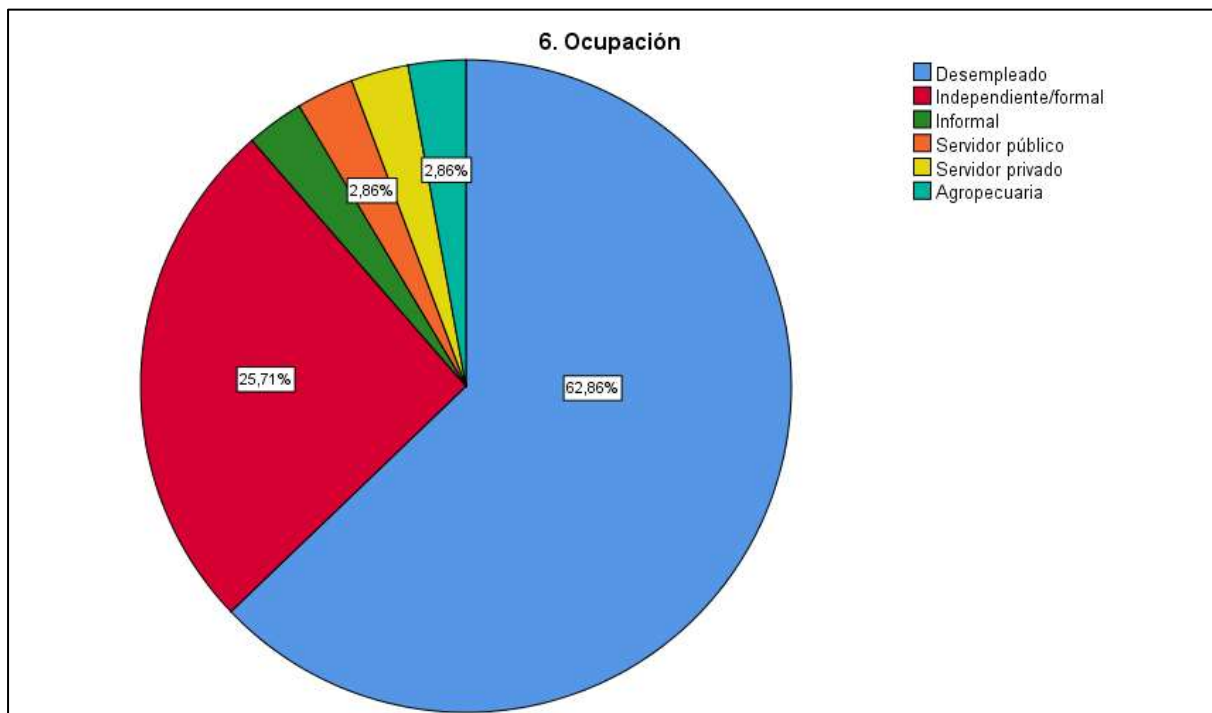


Figura 14

Ingresos económicos

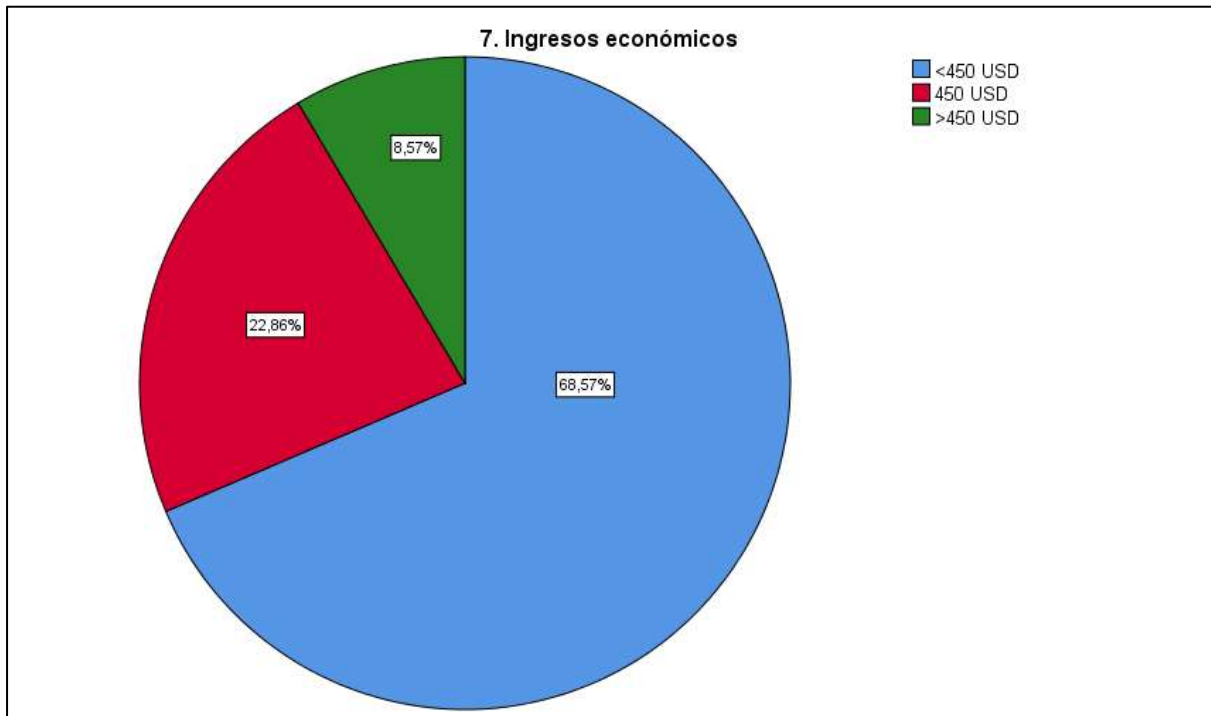


Figura 15

Zona residencial

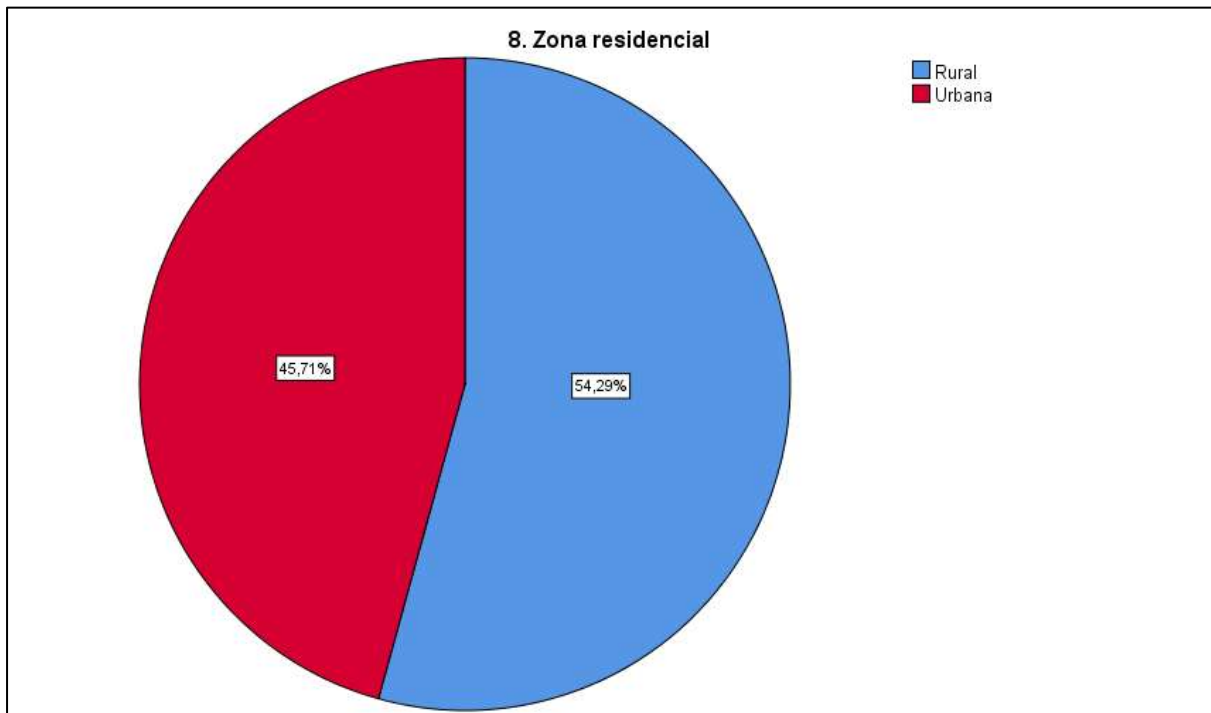


Figura 16

Cantidad de hijos

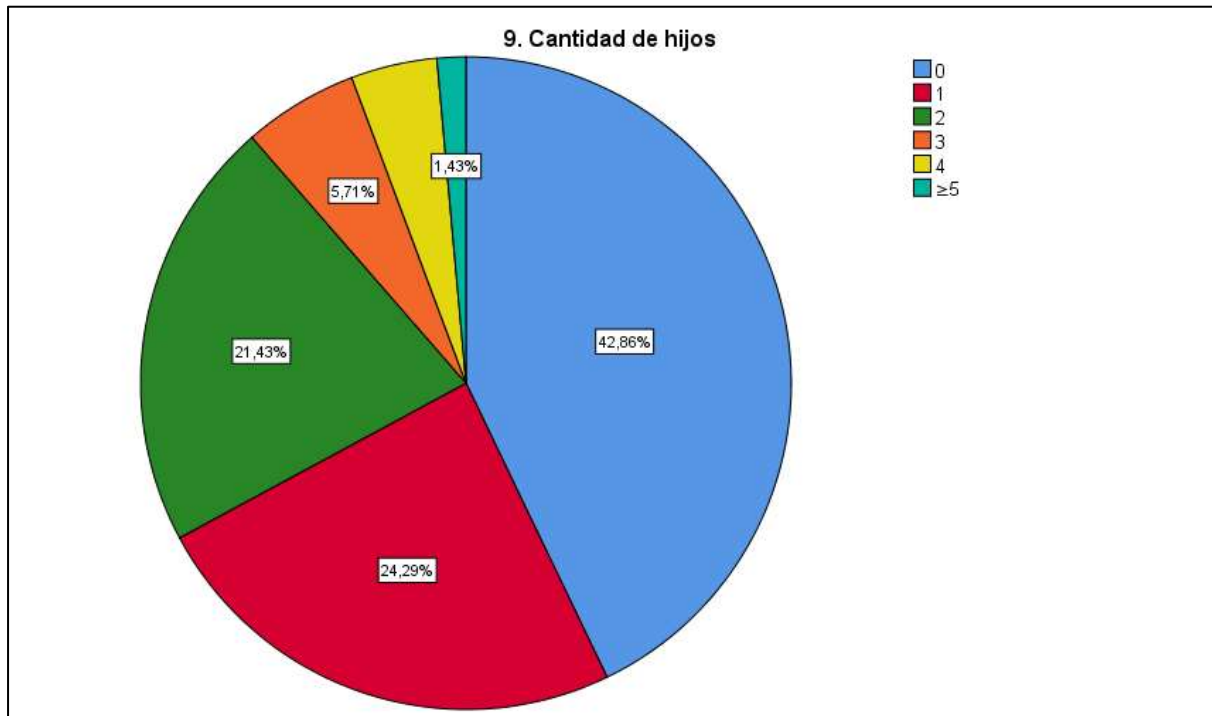
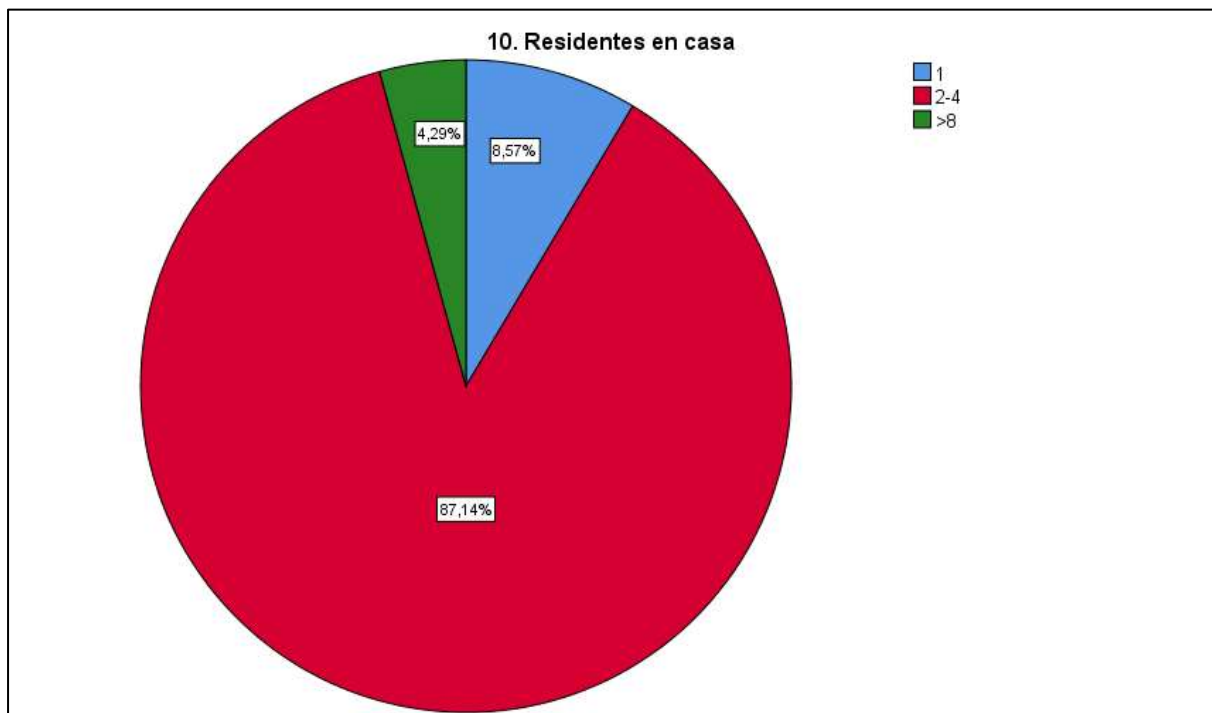


Figura 17

Residentes en casa



Información de consumo de sustancias psicoactivas

Figura 18

Tipo de sustancia psicoactiva

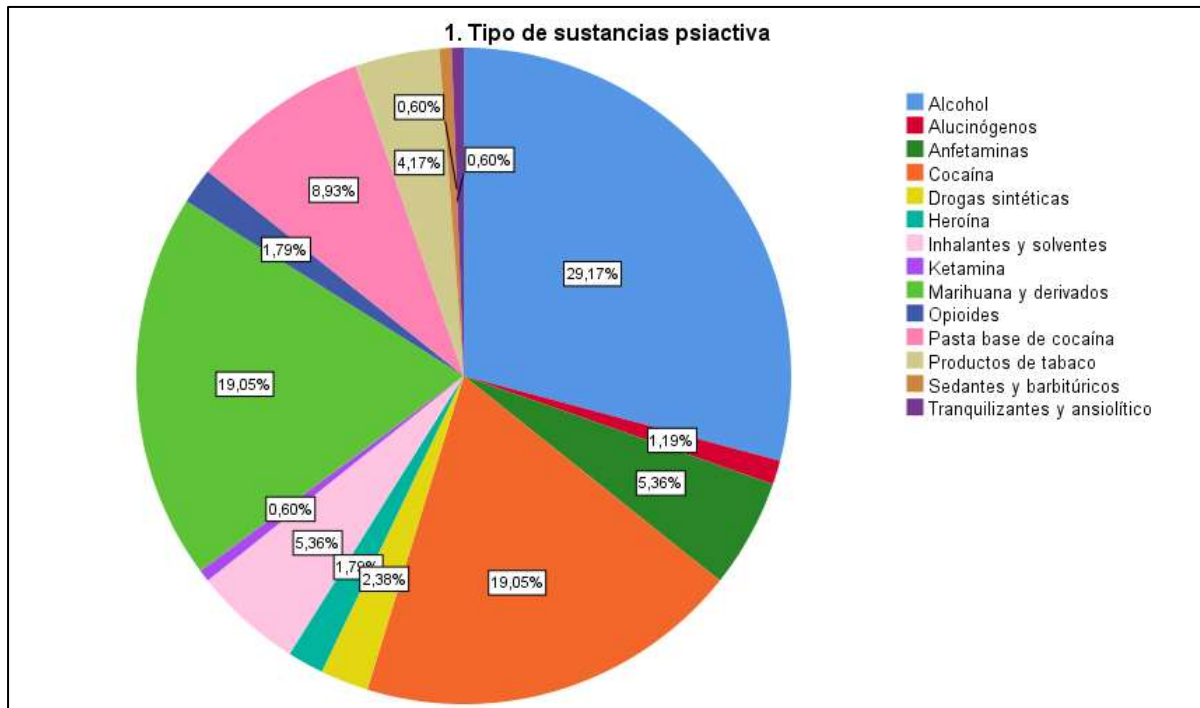


Figura 19

Motivaciones para el consumo

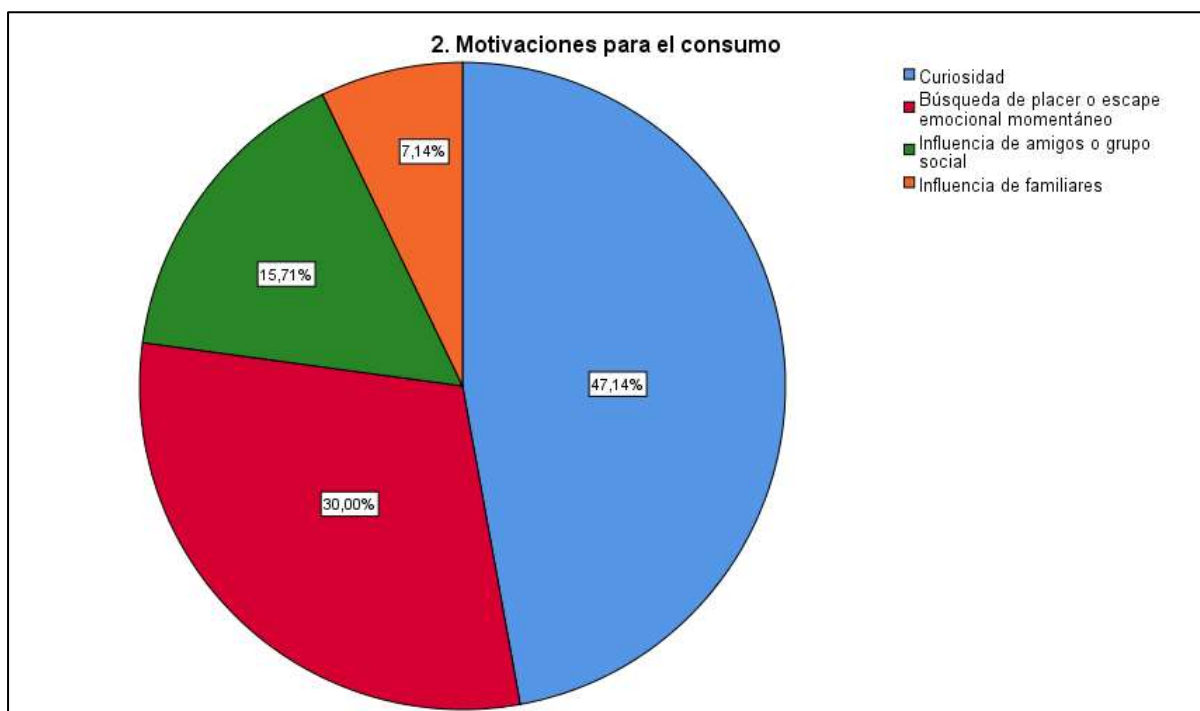


Figura 20

Edad en la que empezó a consumir

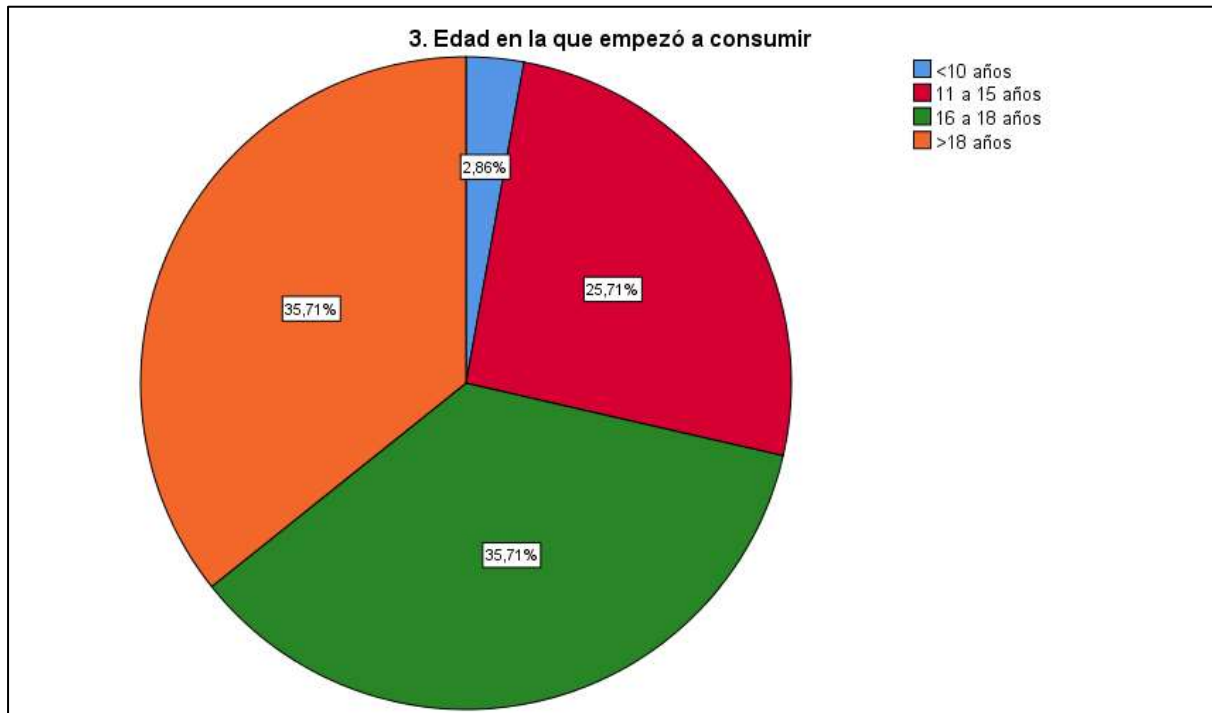


Figura 21

Frecuencia de consumo

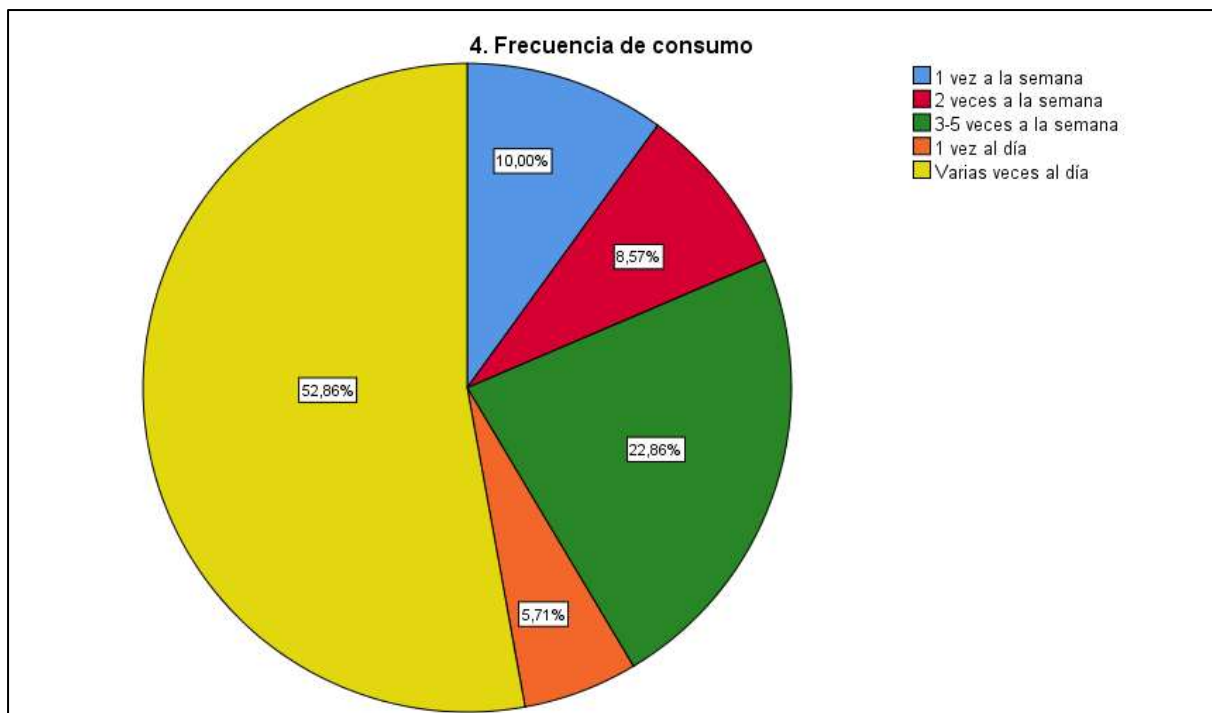


Figura 22

Gasto semanal

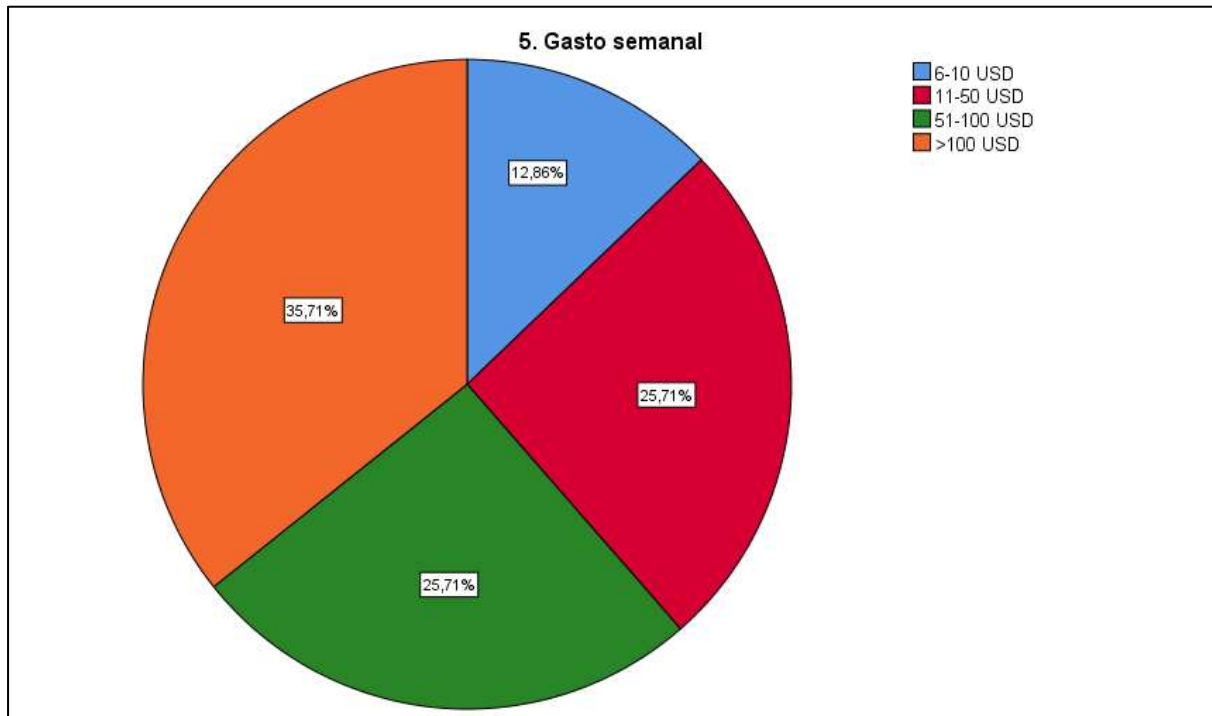


Figura 23

Compañía con la que consumía

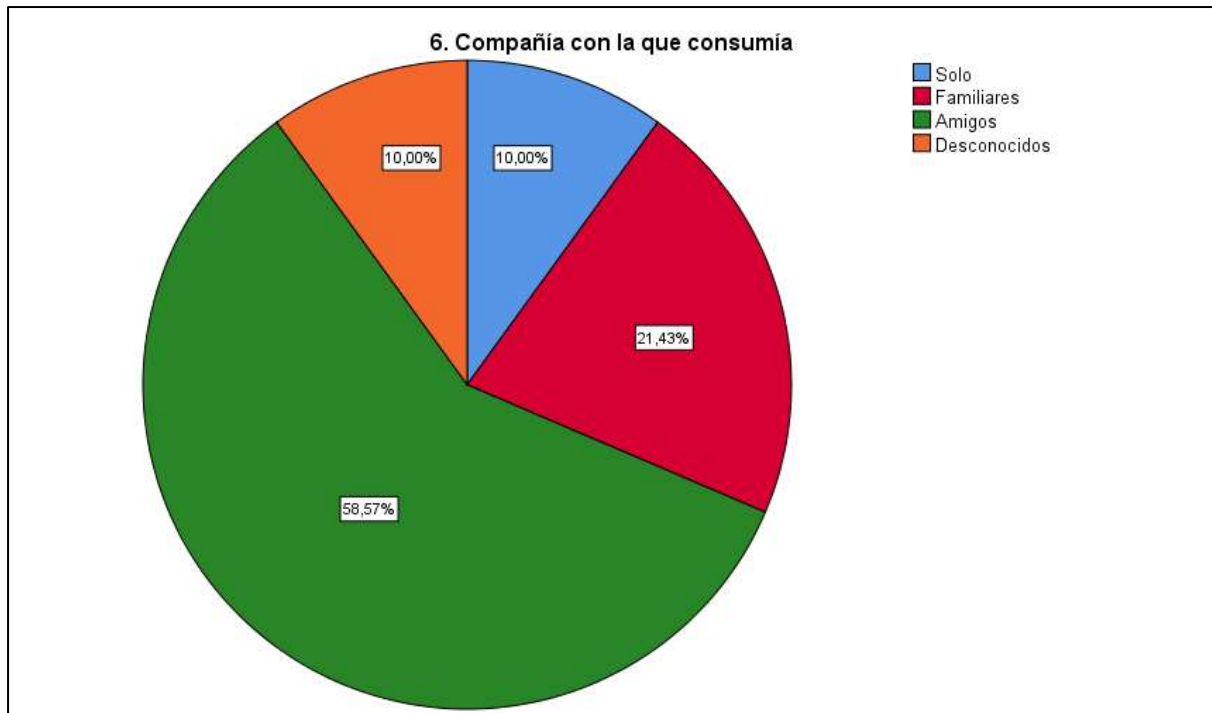


Figura 24

Sensación que le ocasionaba

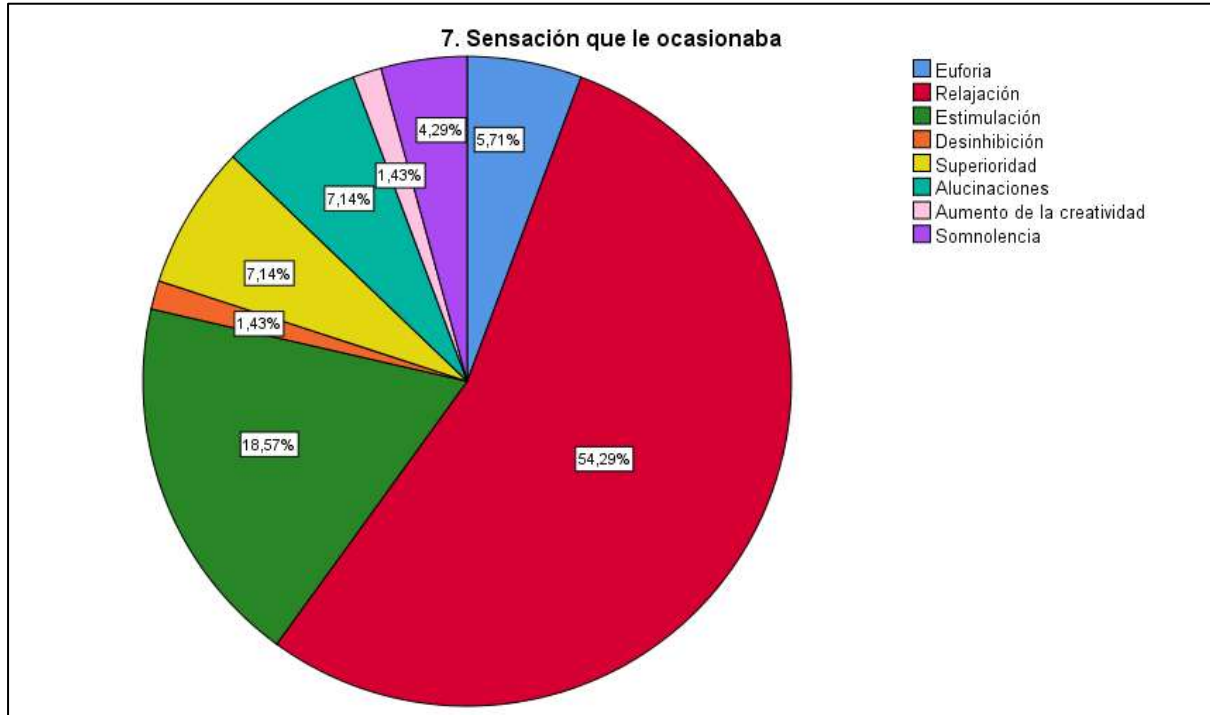
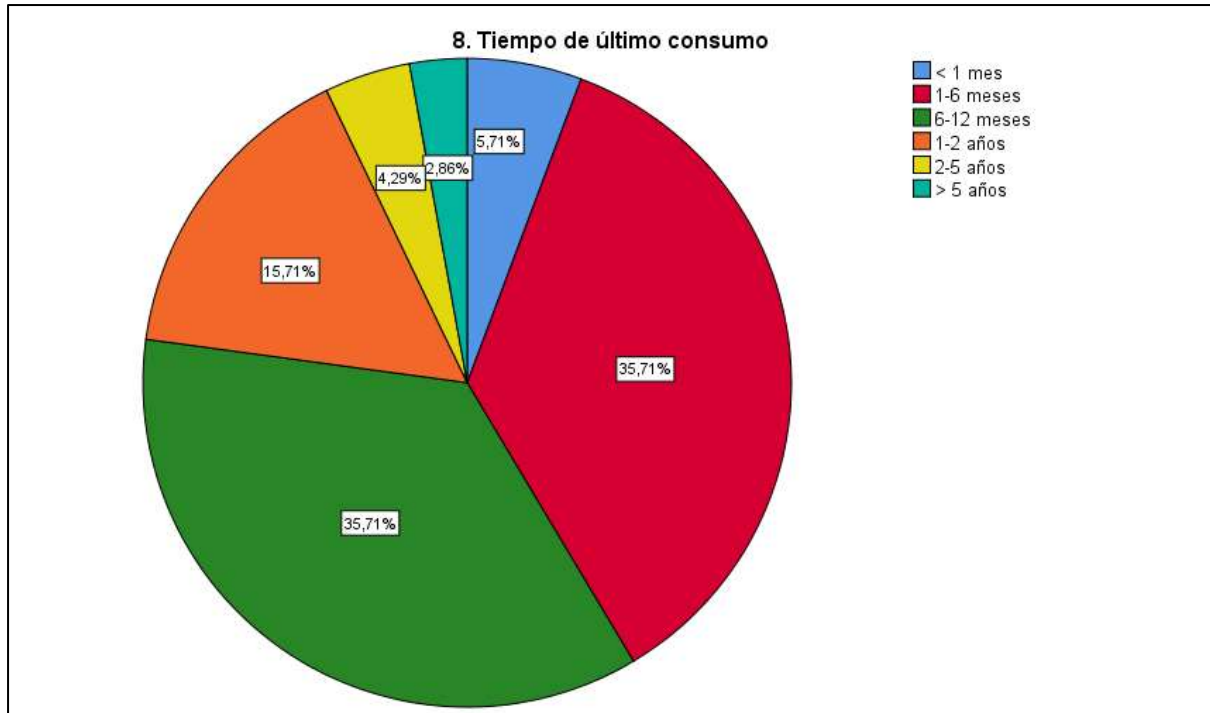


Figura 25

Tiempo de último consumo



DASS-21

Figura 26

Nivel de depresión

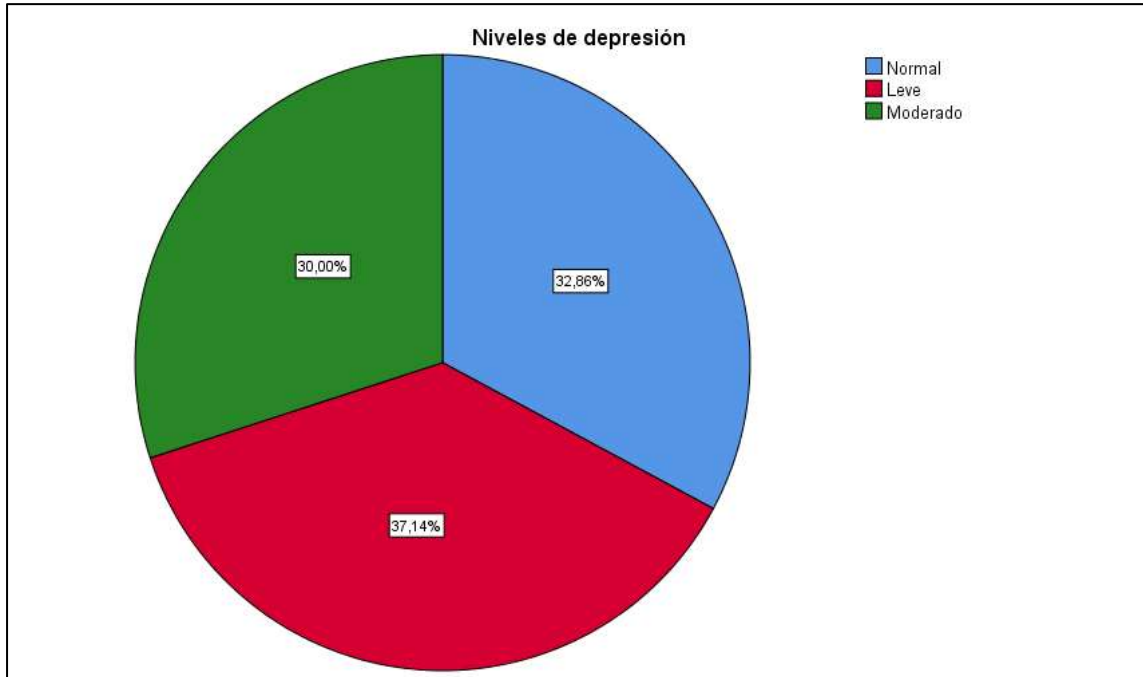


Figura 27

Nivel de ansiedad

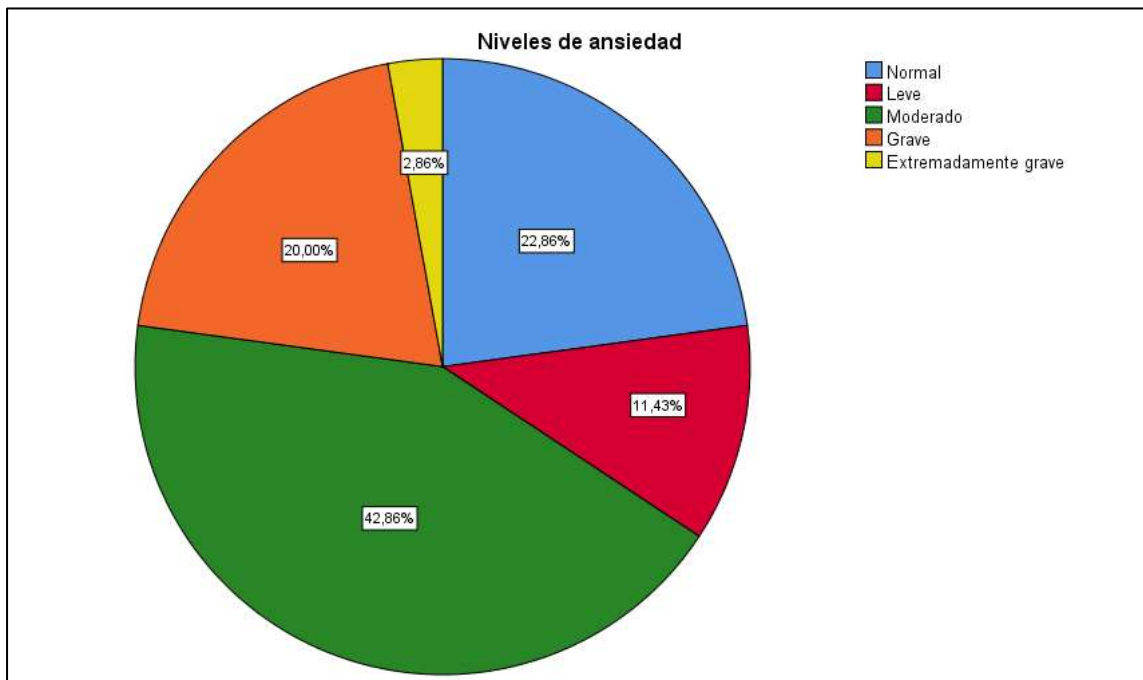
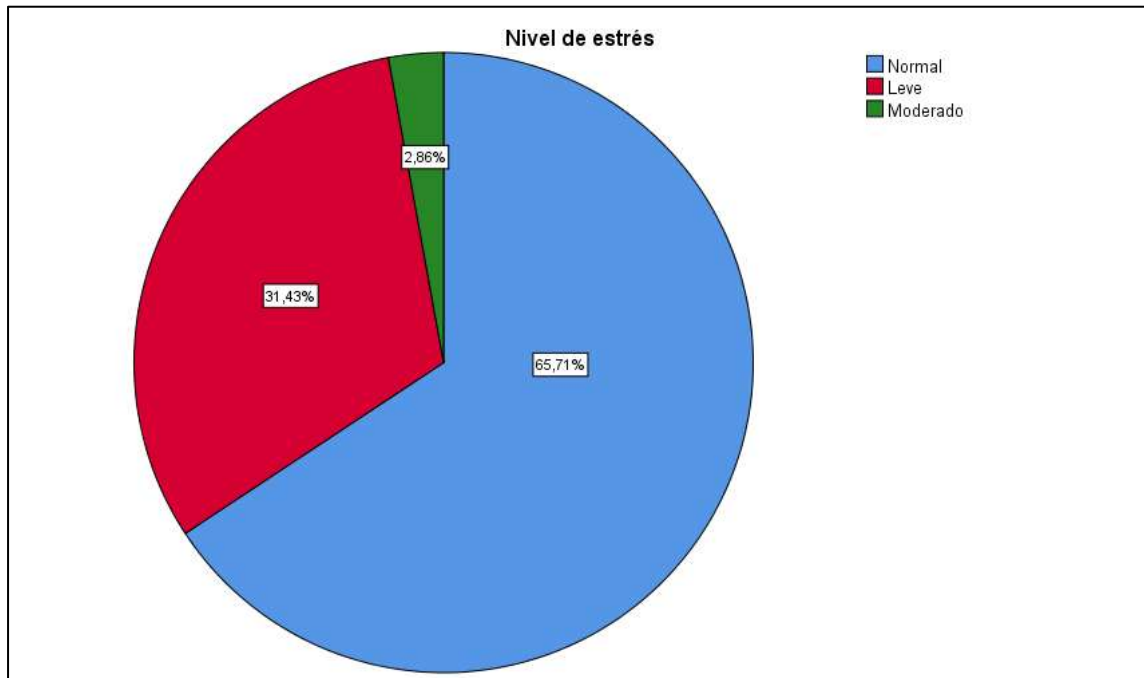


Figura 28

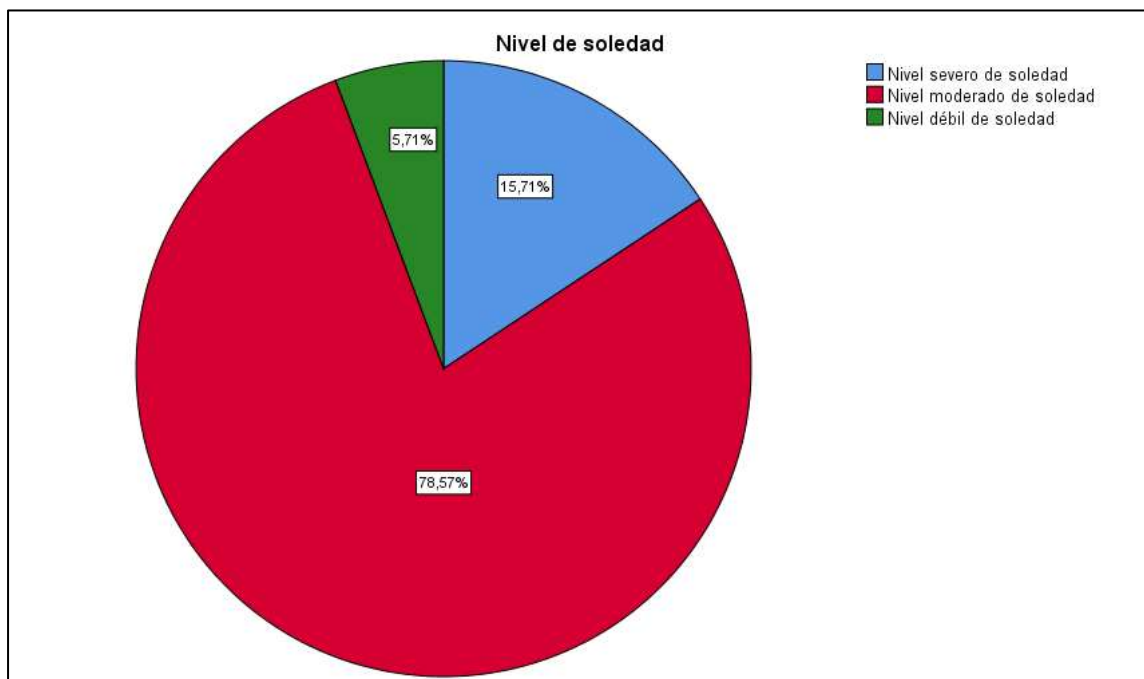
Nivel de estrés



UCLA-3

Figura 29

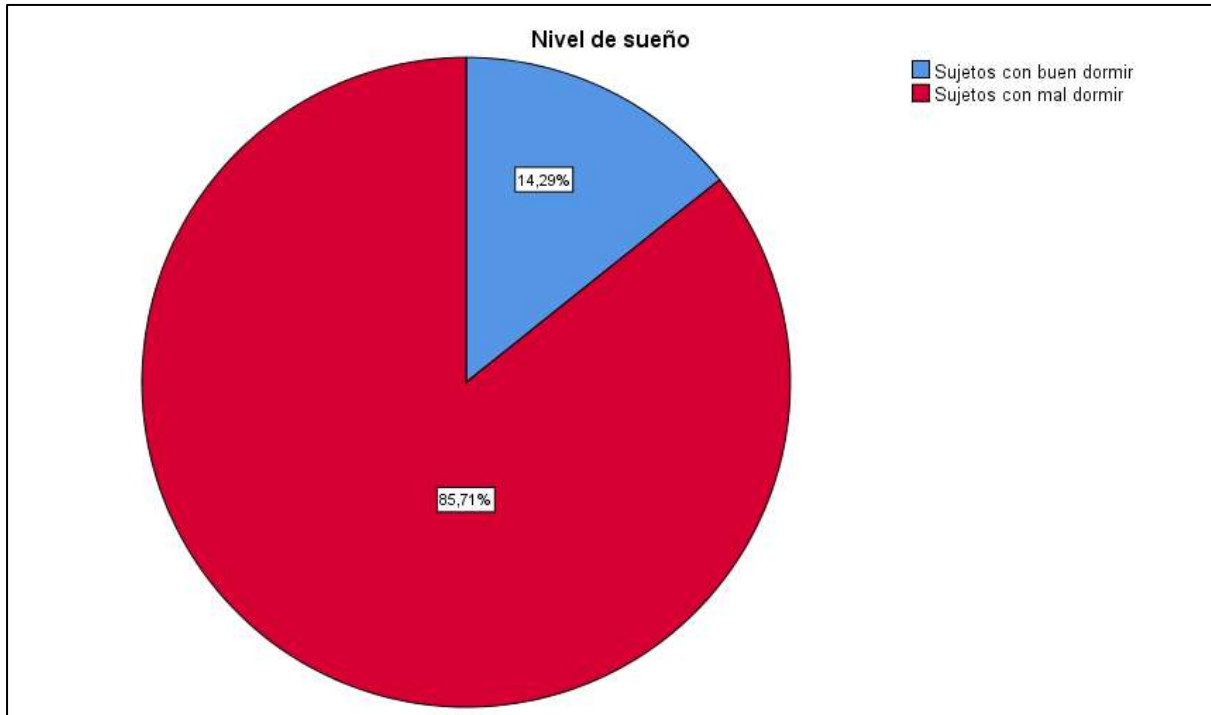
Nivel de soledad



PSQI

Figura 30

Nivel de sueño





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA



Anexo G. Presupuesto

Materiales	Cantidad	Valor unitario (USD)	Valor total (USD)
Cuestionario impreso	70	0,25	17,5
Esfero	70	0,25	17,5
Transporte	1	20	20
Imprevistos	1	20	20
Total			75

Nota. Elaborado por Urquizo Oswaldo.

Anexo H. Cronograma

Actividades	Responsable(s)	Periodo (Semanas)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Introducción	Urquizo Oswaldo Vargas Deliany	X											
Contextualización de la situación problemática	Urquizo Oswaldo Vargas Deliany	X											
Planteamiento del problema	Urquizo Oswaldo Vargas Deliany		X										
Justificación	Urquizo Oswaldo Vargas Deliany		X										
Objetivos de investigación	Urquizo Oswaldo Vargas Deliany		X										
Marco teórico	Urquizo Oswaldo Vargas Deliany		X	X									
Metodología	Urquizo Oswaldo Vargas Deliany				X								
Procesamiento de datos	Urquizo Oswaldo Vargas Deliany				X	X	X						
Resultados y discusión	Urquizo Oswaldo Vargas Deliany						X	X					
Conclusiones y recomendaciones	Urquizo Oswaldo Vargas Deliany							X					
Presentación del trabajo escrito	Urquizo Oswaldo Vargas Deliany								X	X			
Defensa oral	Urquizo Oswaldo Vargas Deliany												X

Nota. Elaborado por Urquizo y Vargas, 2024.