



**Facultad de Psicología**

**Carrera de Psicología Clínica**

**Trastorno de estrés postraumático en pacientes con consumo problemático de sustancias en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cuenca**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Licenciadas en Psicología Clínica

Autoras:

**Camila Massiel Silva Groenow**

**Anahí Julissa Torres Cadmilema**

Directora:

**Sonia Viviana Vázquez Castro**

**Cuenca - Ecuador**

**2024**

**Dedicatoria**

Dedico este trabajo a mis padres, ustedes han sido mi más grande inspiración en la vida para llegar a ser la mejor versión de mí. A mi hermano, por ser mi mejor amigo, y guiarme en el camino correcto hacia mis metas. A mi abuela, por siempre estar para mí, hacerme comida y cafecitos como muestra de su cariño cuando me ve que estoy estresada. A Rony, Lola, Gastón, Leo, Bambam y Luna, mis hijos perrunos y gatuno quienes me han devuelto la vida con sus pelitos de felicidad. Y a ti, por tu paciencia, por tu amor y por nunca rendirte.

Camila Silva

A mis padres, que han estado conmigo apoyándome en todos los sueños y metas que me he  
propuesto desde que era una niña.

A mi hermana, que me ha demostrado que el amor, el coraje y la valentía van de la mano.  
A Pablo, que me demuestra lo que es el amor incondicional diariamente, calmando tormentas  
con solo una palabra.

Anahí Torres

## Agradecimiento

Quiero agradecer a mi padre, Juan Ramón Silva, de ti he aprendido que la disciplina y el amor a la profesión es lo que nos hace extraordinarios en el campo y en la cancha. A mi madre, Katheryne Groenow, de ti he aprendido la paciencia, el esfuerzo y la dedicación, gracias por darme la mano y caminar conmigo en cada paso de mi vida, eres la mayor razón por la cual soy quién soy.

Quiero agradecer a mi tío, Ing. Gustavo Blum, sin su gran apoyo, mi sueño profesional no se hubiera hecho realidad, le quedo eternamente agradecida por su altruismo y por creer en mí.

Quiero agradecer a Anahí, por su dedicación, por su paciencia, por su compañía, su amistad y por su esfuerzo, estoy segura de que serás tan buena profesional como eres mi amiga.

Quiero agradecer a mi hermano Juan Ramón Silva, y a mis amigos, Javier, Daniel, Ricardo, Michelle y Adriana, ustedes me motivan a ser mejor cada día.

Y por último me gustaría agradecerte a ti, por tu capacidad de superación, por tus infinitas ganas de lograr tus sueños, por tu amor, por las noches largas de estudio, por ser tú el mayor soporte y por permitirnos ser quienes somos hoy en día.

Camila Silva

Agradezco a mis padres y a mi hermana, por impulsarme y motivarme a dedicarme a una carrera universitaria que amo. Han sido el mayor motor en mi vida, mostrándome que en las adversidades se aprende de lo hermosa que es la valentía.

A Camila, que se convirtió en una persona fundamental en mi vida gracias a este trabajo, agradezco su paciencia, motivación y resiliencia, por enseñarme a respirar antes de tomar grandes decisiones.

A Tamara, que, a lo largo de esta aventura, me han sabido dar la mano cuando lo he necesitado.

Finalmente, a Pablo, que me ha demostrado que cuando la pasión encuentra su motivación, no hay límites. Gracias por todo tu amor.

Anahí Torres

Nos gustaría agradecer a la Universidad del Azuay y a nuestros profesores, en especial a nuestra tutora Viviana y nuestro tribunal Fabricio, quienes nos han apoyado a lo largo de esta investigación, gracias por su paciencia y consejos que nos han permitido formarnos y mejorar como futuras profesionales.

Anahí y Camila

## Resumen

El Trastorno de estrés postraumático y el consumo problemático de sustancias como patología dual presentan muy pocos estudios, por lo que en la presente investigación el objetivo general fue determinar la presencia de sintomatología concordante al TEPT en pacientes con consumo problemático de sustancias. Este estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal se realizó en una muestra de 35 usuarios de un CETAD en Cuenca, Ecuador. Los participantes fueron hombres entre 18 y 65 años, que no presentaban deterioro cognitivo significativo ni brotes psicóticos. Se aplicaron los tests EGEP-5 y EGS-R, junto con una ficha sociodemográfica y una encuesta de consumo. Los resultados mostraron que la mayoría de los usuarios habían sufrido al menos un acontecimiento traumático en su vida, con mayor frecuencia se vio la presencia de los eventos traumáticos en la infancia y adolescencia; la muerte violenta de un ser querido fue la experiencia más frecuente, y el 77.1% atribuyó su consumo de sustancias a dichos eventos. Además, el 54.28% de los participantes presentó sintomatología relacionada a la patología dual de TEPT y consumo problemático, con síntomas como reexperimentación, evitación y disociación, afectando áreas clave de su vida. Las sustancias más consumidas fueron alcohol, tabaco y base de cocaína, y se observó que el consumo iniciaba, en su mayoría, a los 13 años.

*Palabras clave: tept, consumo, sustancias, pacientes internados, adicciones, trauma*

## Abstract

Post-traumatic stress disorder and problematic substance use as a dual pathology present very few studies, so in the present investigation the general objective was to determine the presence of symptomatology consistent with PTSD in patients with problematic substance use. This quantitative, descriptive and cross-sectional study was carried out on a sample of 35 users of a CETAD in Cuenca, Ecuador. The participants were men between 18 and 65 years old, who did not present significant cognitive impairment or psychotic breaks. The EGEP-5 and EGS-R tests were applied, along with a sociodemographic sheet and a consumer survey. The results showed that the majority of users had suffered at least one traumatic event in their life, the presence of traumatic events in childhood and adolescence was most frequently seen; the violent death of a loved one was the most frequent experience, and 77.1% attributed their substance use to these events. Furthermore, 54.28% of the participants presented a dual pathology of PTSD and problematic consumption, with symptoms such as reexperiencing, avoidance and dissociation, affecting key areas of their life. The most consumed substances were alcohol, tobacco and cocaine base, and it was observed that consumption began, for the most part, at 13 years of age.

*Key words: ptsd, consumption, substances, hospitalized patients. addiction, trauma.*

## Índice de contenidos:

Dedicatoria.....	II
Resumen .....	IV
Introducción.....	1
Capítulo I: Marco Teórico .....	3
1.1. Conceptualización de Consumo Problemático Según Autores.....	3
1.1.1 Droga.....	4
1.1.2 Uso .....	4
1.1.3 Abuso .....	5
1.1.5 Dependencia .....	5
1.1.4 Adicción .....	6
1.2. Factores Predisponentes al Consumo de Sustancias .....	7
1.2.1 Factores de Riesgo Familiares .....	7
1.2.2 Factores de Riesgo Comunitarios.....	8
1.2.3 Factores de Riesgo Individuales .....	9
1.3 Criterios Diagnósticos del Trastorno de Consumo de Sustancias (TCS).....	11
1.4 Índices Actuales de Consumo en Azuay y en el Ecuador .....	12
1.5 Clasificación Global de Drogas .....	14
1.6 Trastorno de Estrés Postraumático.....	15
1.7 Causas más Frecuentes del Trastorno de Estrés Postraumático.....	17
1.8 Criterios Diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático.....	18
1.9 Evolución Histórica del TEPT .....	21
1.10 Realidad en Ecuador.....	23
1.11 TEPT y su Relación con el Consumo de Sustancias .....	23
Capítulo II: Metodología .....	27
2.1 Preguntas de Investigación o Hipótesis.....	27
2.2 Objetivo General .....	27
2.3 Objetivos Específicos .....	27
2.4 Participantes.....	27
2.5 Consideraciones Éticas .....	28
2.6 Beneficios y Riesgos de la Investigación .....	28
Capítulo III: Resultados.....	31

Discusión .....	48
Conclusión.....	54
Limitaciones y recomendaciones .....	58
Referencias Bibliográficas.....	59
Anexos.....	69

### **Índice de tablas:**

Tabla 1 Frecuencias del rango de edad de los usuarios.....	32
Tabla 2 Frecuencia del Estado Civil de los participantes.....	32
Tabla 3 Frecuencia de nivel de instrucción de los usuarios .....	33
Tabla 4 Frecuencias de los acontecimientos traumáticos EGEP-5.....	34
Tabla 5 Tiempo en el que sucedió el ET por primera vez.....	35
Tabla 6 Frecuencia en que se presentó el ET .....	36
Tabla 7 Consumo de sustancias debido al ET .....	36
Tabla 8 Funcionamiento global según Test EGEP-5 .....	37
Tabla 9 Contingencia entre Consumo de sustancias debido al ET y el funcionamiento global según el test EGEP-5.....	38
Tabla 10 Descriptiva de la sintomatología según Test EGEP-5.....	39
Tabla 11 Contingencia entre variables de edad de inicio de consumo de sustancias de los usuarios y la categorización del funcionamiento global según el test EGEP-5.....	40
Tabla 12 Descriptiva del apartado de reexperimentación según el test EGS-R .....	41
Tabla 13. Descriptiva del apartado de Evitación conductual cognitiva del test EGS-R.....	42
Tabla 14. Descriptiva del apartado de Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo del test EGS-R.....	43
Tabla 15 Descriptiva del apartado del Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica del test EGS-R .....	44
Tabla 16 Frecuencia del apartado del Síntomas disociativos del test EGS-R.....	44
Tabla 17 Descriptiva de la puntuación total del test EGS-R.....	45
Tabla 18 Descriptiva sobre la cantidad de drogas de consumo de los encuestados .....	47

### **Índice de figuras:**

Figura 1 Cantidad de participantes que consumían las respectivas sustancias.....	46
--	----

## Introducción

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se conceptualiza como un trastorno incapacitante que se desarrolla después de la exposición a un evento traumático, que consiste en una amenaza inmediata a la vida propia, de otra persona, violación de la integridad física, moral propia o de otra persona (Barnhill, 2023 y Rojas, 2016). Más del 50% de la población mundial está expuesta a eventos traumáticos durante su vida, sin embargo, no todas las personas desarrollan TEPT; se presenta con mayor frecuencia en personas jóvenes, solteras de bajo nivel socioeconómico, en desempleo y baja escolaridad (Bermúdez, et al., 2020).

En 2022 Mashal Khan, conceptualiza a los trastornos por uso de sustancias como aquellos que involucran un patrón patológico de comportamientos en los que los pacientes continúan utilizando sustancias a pesar de experimentar problemas relacionados con su uso. A escala mundial, el número de personas que padecen trastornos por consumo se ha disparado hasta los 39.5 millones, lo que supone un aumento de 45% en 10 años (ONU, 2023).

Establecida la problemática, se planteó la siguiente pregunta de investigación ¿Los pacientes con consumo problemático de sustancias, tienen de forma dual sintomatología concordante con TEPT?

Se hipotetiza que existe efectivamente una relación entre el trastorno de estrés postraumático y el trastorno por consumo de sustancias, es decir, la hipótesis planteada es que la falta de resolución o tratamiento ante eventos traumáticos va a llevar al sujeto a consumir sustancias de manera problemática; y el consumo de sustancias predispone al sujeto a experimentar sucesos traumáticos.

El objetivo general de la investigación es determinar la presencia de sintomatología concordante al TEPT en pacientes con consumo problemático de sustancias. Mientras que los objetivos específicos son evaluar la presencia de sintomatología del TEPT mediante la aplicación del Test EGEP-5 en internos por consumo problemático de sustancias. Identificar la frecuencia de la sintomatología relacionada al TEPT mediante la aplicación del Test EGS-R en internos por consumo problemático de sustancias. Relacionar población identificada con sintomatología de TEPT con los datos y características asociados de la ficha sociodemográfica. Registrar el tipo de sustancia que mayor prevalencia tiene en los usuarios.

El presente trabajo de titulación está estructurado de la siguiente manera, en el capítulo 1 se aborda el marco teórico del Trastorno por consumo de sustancias y el Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Del trastorno por consumo de sustancias se encuentran conceptos, diferenciación de tipos de consumo, factores predisponentes y criterios diagnósticos. Sobre TEPT se menciona su historia, conceptos, causas y criterios diagnósticos. En el capítulo 2, acerca de la metodología, se menciona la pregunta de investigación guía, el objetivo general y los objetivos específicos, así como la muestra establecida, consideraciones éticas, beneficios y riesgos de esta investigación. En el capítulo 3 se abordan resultados obtenidos y se establecen las respectivas relaciones entre los datos. Finalmente se establece la discusión, conclusión y recomendaciones.



## **Capítulo I: Marco Teórico**

El consumo de sustancias es un fenómeno complejo que trae consigo consecuencias en la salud individual, integración familiar y en el desarrollo social; en la actualidad, se reconoce que éste impacta tanto a nivel individual como colectivo y se lo identifica como un problema de salud pública por su rol dentro de la violencia, la desintegración familiar, problemas económicos, entre otros (Scott, et al., 2015).

En este capítulo se sintetizan conceptos fundamentales para la investigación, el primer apartado hace referencia al Trastorno por Consumo de Sustancias [TCS] y todo lo que éste abarca como: concepto de droga; diferenciación entre uso, abuso y adicción; concepto de dependencia; factores predisponentes al consumo; estudios relacionados al TCS; criterios diagnósticos según DSM-V; índices actuales de consumo en el Ecuador y la clasificación global de sustancias.

En el segundo apartado, todo aquello relacionado al Trastorno de Estrés Postraumático [TEPT]: conceptualizaciones; causas más frecuentes; criterios diagnósticos según DSM-V; evolución histórica del TEPT; realidad en el Ecuador; y por último se realiza la correlación teórica entre ambos trastornos.

### **1.1. Conceptualización de Consumo Problemático Según Autores**

Becker en 1963 (como se citó en Levin, 2011) indica que puede resultar controversial categorizar como problemática una conducta debido a la sociedad donde se encuentre, cada una de éstas tiene reglas y todo aquello fuera de los parámetros establecidos socialmente se considera anormal. Desde el modelo psicosocial de Levin (2011) se conceptualiza la adicción como un síntoma de una enfermedad de tipo psicológico, en donde se debe priorizar el vínculo existente entre la sustancia y el consumidor, estos vínculos se pueden clasificar como

uso, abuso y adicción, como se ha mencionado anteriormente, en donde, el término “uso” no se considera problemático.

En este apartado se pretende conceptualizar y categorizar el consumo problemático de sustancias, se distinguirá entre el uso, abuso y adicción para un mejor entendimiento de la problemática.

### ***1.1.1 Droga***

Según la OMS (1994) una droga es toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones.

La diferencia entre una droga y un fármaco no viene dada por criterios farmacológicos, químicos o médicos, sino por dos pequeños matices de tipo instrumental y social: el que sea el propio individuo quien se administra la sustancia sin prescripción médica y que el objetivo sea distinto al de la curación de una patología (Zarco et al., 2007).

Por la misma razón en 1992, la OMS realiza la delimitación y redefinición necesaria con respecto al término droga, ahora conocido como droga de abuso a cualquier sustancia de uso no médico que tenga efectos psicoactivos y que, al ser introducida en un organismo vivo pueda generar cambios o alteraciones en la percepción, en el estado de ánimo, en la conciencia y el comportamiento.

### ***1.1.2 Uso***

Se comprende el consumo de una droga, sin que ésta produzca consecuencias negativas en el individuo o éste no las perciba, es decir, que se utilice una sustancia de forma esporádica, ocasional y social, sin que ésta afecte significativamente el funcionamiento cotidiano del individuo sin que éste desarrolle una dependencia (Becoña et al., 2010)

### ***1.1.3 Abuso***

Se utiliza para referirse al patrón de “uso” o consumo de manera excesiva, fuera de los márgenes sociales o médicamente aceptados en determinada cultura, que puede ocasionar consecuencias negativas en el funcionamiento social, laboral o académico (Becoña et al., 2010). El abuso es cualquier consumo de droga que dañe o amenace la salud física, mental o el bienestar social de un individuo o de la sociedad en general, que puede desencadenar en dependencia y graves problemas biopsicosociales (Real Colegio de Psiquiatras Británicos, 1987, como se citó en Trujillo, 2019).

### ***1.1.5 Dependencia***

La dependencia según la CIE-10 (OMS, 1992) es un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, aquello característico del síndrome de dependencia es el deseo de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales (prescritas por un médico), que muchas veces puede llegar a ser insuperable; los criterios diagnósticos de la CIE-10 sugieren la existencia de dependencia física (tolerancia, neuro adaptación y abstinencia), psicológica (aprendizaje y características personales) y social (grupos de afinidad, cultura y medio ambiente) de manera complementaria y entrelazada (Becoña et al, 2010).

Se considera fundamental el mencionar que en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, se deja de lado el término “dependencia”, debido a que su significado se utiliza tanto para sustancias perjudiciales como para aquellas que no, como es el caso de la dependencia a la insulina, por esta razón actualmente en el DSM-V se denominan “trastornos relacionados con sustancias y trastornos

adictivos” y antes se llamaban “trastornos por dependencia a sustancias” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

#### ***1.1.4 Adicción***

Según la OMS (1994, como se citó en Trujillo, 2019) se lo conceptualiza como:

El consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de intoxicación periódica o continua, muestra deseo compulsivo de consumir la(s) sustancia(s) preferida(s), tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la(s) sustancia(s) y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.

Desde la neurobiología, Fernández et al (2016), definen el término “adicción” como una enfermedad cerebral en donde se encuentra especialmente afectado el circuito de recompensa, ésta se caracteriza por la necesidad imperiosa de realizar determinada actividad buscando placer, euforia o alivio de sensaciones displacenteras a pesar de tener el conocimiento que a corto, mediano o largo plazo se producirán efectos negativos. Este circuito de recompensa está fuertemente relacionado a la dopamina, neurotransmisor encargado de regular la motivación, las emociones y los sentimientos del placer; la liberación de dopamina en este circuito de recompensa es alterada debido a las sustancias psicoactivas y esto conduce a la adicción, ya que el objetivo principal del sistema de recompensa es perpetuar las conductas que proporcionan placer, por lo cual el sujeto tiende a volver a consumir (Fernández et al., 2016; Tirapu, et al., 2005).

La adicción es una enfermedad crónica del cerebro que implica una disfunción significativa en la persona, ésta se caracteriza por la búsqueda recurrente de sustancias a pesar de las consecuencias adversas, está determinada por los cambios en la función cerebral que

persisten incluso después de cesar el uso de la sustancia (American Society of Addiction Medicine, 2011).

## **1.2. Factores Predisponentes al Consumo de Sustancias**

Un factor predisponente es un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que aumenta la probabilidad del uso y abuso de drogas, éstos no solo se muestran de manera individual, sino también como conjunto o como consecuencia de otros factores de riesgo (Clayton, 1992).

Los factores predisponentes o de riesgo se pueden clasificar en: familiares, comunitarios, entre iguales (compañeros) e individuales. Cabe destacar que tener o pertenecer a uno de estos grupos no lo hace un factor de riesgo, el mal manejo de los mismos es lo que conlleva a que se conviertan en uno.

### ***1.2.1 Factores de Riesgo Familiares***

Principalmente, los factores de riesgo en el ambiente familiar se consideran más importantes de mencionar ya que, es donde la persona se desarrolla y va formando su personalidad e identidad (Becoña et al, 2010). Como una de las características principales dentro de los factores de riesgo familiares se considera la teoría del apego de Bowlby (1998) donde se conceptualiza al apego como la forma en que los seres humanos desarrollamos vínculos afectivos con los demás, ésta infiere una tendencia estable del buscar proximidad y contacto; dentro de los tipos de apego, Gago (2014) describe los siguientes: apego seguro (tipo B); y apego inseguro, categorizado como ambivalente, evitativo o desorganizado. El apego inseguro, se relaciona con estrategias de afrontamiento inadecuadas frente al estrés emocional, por lo cual es muy probable que la persona a futuro demuestre tendencias al

consumo de sustancias como forma de evitación ante situaciones desconocidas para el mismo (Schindler, et al., 2007).

Se considera además fundamental, dentro de los factores de riesgo familiares, el estilo de crianza; la crianza se conceptualiza como nutrir, alimentar, orientar, instruir y dirigir al niño o niña a lo largo de la vida. Las pautas de esta crianza se relacionan a las normas que siguen los padres con respecto al comportamiento de los hijos, siendo éstas referentes sociales en el porvenir de los menores. Dentro de los tipos de crianza, se encuentran el autoritario, con elevado control y baja calidez; el permisivo, con bajo control y elevada calidez; el democrático, con alto control y alta calidez; y el indiferente, con bajo control y baja calidez. A excepción del tipo democrático, los otros tipos de crianza llegan a engendrar hijos rebeldes y vulnerables ante situaciones estresantes, lo que puede predisponer al consumo de sustancias por la falta de estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos ante desafíos de la vida (Aguirre, 2015; Jorge y González, 2017; Shaffer, 2000; Latendresse, et al., 2008).

Becoña, et al. (2010) mencionan que otro factor de riesgo a considerar en lo familiar, es la existencia de consumo de sustancias por parte de los padres, incluso la actitud que los mismos tengan ante ellas, ya que si se muestran favorables se asociará o incluso podría incitar el consumo de sustancias por parte de sus hijos; otros factores presentes a analizar en el ambiente familiar se consideran la forma de disciplina, lo cual se relaciona con el tipo de crianza; la estructura sistémica; y la posible presencia de psicopatologías en los padres.

### ***1.2.2 Factores de Riesgo Comunitarios***

Entre los factores de riesgo comunitarios, se reconoce que el estilo de vida, los valores predominantes y las creencias en el ambiente cultural de la persona con respecto a las drogas, puede influir tanto en la elección de sustancias como en el patrón de consumo de estas, por lo

que se reconoce como un factor importante de riesgo asociado al uso, abuso y dependencia. La percepción comunitaria sobre el riesgo de las sustancias y sus normativas legales también son determinantes; cuanto mayor sea el riesgo percibido, menor será el consumo y viceversa. Al igual que en su accesibilidad, cuando son más accesibles o baratas, suele aumentar su consumo, mientras que un aumento de precio suele reducirlo. (Becoña, 2002)

En las áreas urbanas marginales con desafíos socioeconómicos, se puede presentar falta de cohesión social y desorganización comunitaria, los cuales pueden actuar como facilitadores ante el consumo de sustancias, éstas condiciones de vida permiten al sujeto tener acceso fácil a sustancias económicamente accesibles, en dónde el consumo reiterado puede aumentar la probabilidad de desarrollar comportamientos antisociales relacionadas a la tenencia, consumo y comercialización de las drogas (Chaloupka, et al., 2002).

### ***1.2.3 Factores de Riesgo Individuales***

Dentro de los factores individuales se encuentran los factores biológicos, psicológicos y conductuales. Actualmente, se concluye que la maduración cerebral no es sólo hasta los primeros años de la infancia, si no hasta los 25 años de edad, lo que determina a la adolescencia como una etapa muy importante para el desarrollo saludable en la vida de un futuro adulto, por lo que el consumo a temprana edad, supone un daño o alteración en las funciones cerebrales; al referirse a factores biológicos podemos destacar los sustratos neuronales y su mayor o menor susceptibilidad ante los efectos de las drogas, autores mencionan que se ha relacionado a los genes con ciertas adicciones, como el consumo excesivo de alcohol, cocaína y heroína, por lo que, la predisposición de una persona hacia trastornos graves por abuso de sustancias, llega a ser un 60% genético y un 40% por causas externas (Gil, et al., 2003; León y Lázaro, 2016).

Se estima que los factores genéticos pueden explicar en gran medida el desarrollo de la adicción, desde la epigenética, los genes son unidades básicas funcionales de la herencia genética, se calcula que los humanos poseen entre 20 y 25 mil genes; el ácido desoxirribonucleico conocido como ADN, es el material hereditario de los seres humanos y éste varía tan sólo en un 0.1% en su secuencia, representado en el color de ojos, cabello, estatura, riesgo a ataques cardíacos, cáncer, demencia, adicción a sustancias, entre otras (Kendler, et al., 1994; Ortega et al., 2012).

En el caso de las adicciones, las variaciones en los genes que refutan la actividad de la serotonina y la dopamina apuntan a un endofenotipo, es decir, alteraciones a las características de la persona que confieren vulnerabilidad en las funciones bioquímicas, neurofisiológicas y cognitivas; que se caracterizan por la reactividad al estrés poco adaptativa, búsqueda de la novedad, desinhibición conductual e impulsividad, búsqueda extraordinaria de gratificación y menor autorregulación (Gorwood et al., 2012; Prom et al., 2017; Volkow y Muenke, 2012)

Por otro lado, los factores psicológicos y conductuales individuales también juegan un papel importante. Existe una relación bidireccional entre los trastornos psiquiátricos y el consumo de drogas, ya que la aparición de un trastorno puede aumentar la probabilidad de uso de sustancias desde la adolescencia (Brook et al., 2001). Además, entre los factores influyentes se incluyen la conducta antisocial, la agresión física en la infancia y adolescencia, el consumo temprano de drogas, la actitud hacia el consumo y la presencia de eventos traumáticos (Becoña et al., 2010).

La existencia de eventos traumáticos en la infancia, tales como el abuso físico y/o sexual, se asocia con el desarrollo de trastornos mentales, primordialmente con la depresión, el trastorno de estrés postraumático y el consumo de sustancias; estas personas tienen un riesgo tres veces mayor a desarrollar una dependencia (Kendler et al, 2000), lo que llega a ser



de siete a diez veces mayor, en caso de haber presentado cinco o más experiencias traumáticas (Dube et al, 2003).

En los datos del National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions [NESARC] (2001-2002), se examinó una muestra de 43.093 individuos donde se encontró que aquellos que habían experimentado dos o más eventos aversivos en la infancia como: divorcio de los padres, muerte de un padre biológico, vivir con familias de acogida o ser institucionalizado; tenían 1.37 veces más probabilidades de desarrollar dependencia al alcohol que aquellos que sólo han vivido de 0 a 1 evento aversivo (Pilowsky, et al., 2009).

### **1.3 Criterios Diagnósticos del Trastorno de Consumo de Sustancias (TCS)**

Como se mencionó anteriormente en el apartado de conceptualización del trastorno, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición [DSM-V] incluye al Trastorno de Consumo de Sustancias [TCS], para poder establecer un diagnóstico de este trastorno, es necesario contar con la presencia de al menos dos de los siguientes síntomas en un plazo de 12 meses (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

1. Consumo de drogas con frecuencia en cantidades superiores o tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o fracaso al momento de abandonar o controlar el consumo de la droga.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla y/o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias, un poderoso deseo y/o necesidad de consumir.
5. Consumo recurrente que lleva al incumplimiento o mal funcionamiento en las diferentes áreas de la vida de la persona.

6. Consumo reiterado a pesar de problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados por los efectos de la droga.
7. El consumo provoca el abandono o la reducción de actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de la droga en cuestión a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia psicoactiva.
10. Tolerancia:
  - a. Necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la droga para conseguir el efecto deseado.
  - b. Efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la sustancia.
11. Abstinencia:
  - a. Se consume la droga con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Adicional a los criterios diagnósticos, se considera relevante mencionar que el consumo prolongado de diferentes tipos de sustancias implica consecuencias para el individuo como el deterioro de diversas capacidades cognitivas, como son las funciones ejecutivas que nos permiten prever, organizar información, generar metas, planificar e incluso solucionar problemas (Agualongo y Robalino, 2020).

#### **1.4 Índices Actuales de Consumo en Azuay y en el Ecuador**

Alrededor de 250 millones de personas, es decir, aproximadamente un 5% de la población adulta mundial consumieron drogas por lo menos una vez en 2017, de esta

población el 0.6% padece un trastorno provocado por el uso de sustancias, es decir 29.5 millones de personas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017). De acuerdo a la tabla de prevalencia del uso de drogas en la población mundial, en el año 2020 se estima que 209.220 personas consumieron cannabis, es decir el 4.12% de la población mundial; 61.290 personas consumieron opioides (1.21%); 31.100 personas consumieron opiáceos (0.61%); 21.470 personas consumieron cocaína (0.42%); 34.080 personas consumieron anfetaminas y prescripciones (0.68%); y 20.040 personas consumieron éxtasis (0.39%) (UNODC, 2020).

En Ecuador, han pasado alrededor de siete años desde que se originó la última Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas a la población en general, en el 2014 la Secretaría Técnica de Drogas [SETED], realizó una encuesta a 10.976 personas dentro de un rango de edad de 12 a 65 años en zonas urbanas y capitales de provincias donde se obtuvo que el 0.04% de la población mantenían un consumo intenso de bebidas alcohólicas, el 0.2% tenían trastorno por consumo de sustancias y requerían de algún tipo de asistencia, el 3.7% de la población mantenían un consumo de tabaco intenso y el 5.3% de la población habían consumido cannabis al menos una vez en su vida (UNODC, 2020).

Un año después (2015), el SETED realizó una encuesta a 36.000 estudiantes de secundaria donde se encontró que la edad de inicio de consumo era de 14 años, de los cuales el 12.65% había consumido cannabis, heroína (H) y cocaína. En el 2016, la SETED estudia la población universitaria donde se encuestaron 5.000 estudiantes en un rango de edad de 18 a 25 años en la cual se registra que el 33.1% consumía alcohol, el 20.8% consumía tabaco, alrededor del 30% de los universitarios ecuatorianos habían usado sustancias ilícitas en la vida y el 12.7% había consumido sustancias en ese año (UNODC, 2020).

La encuesta más reciente relacionada al consumo de sustancias se realizó en el año 2018, ésta es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, en la misma se revela que el 7.6%

de preadolescentes y adolescentes en un rango de edad de 10 a 17 años habían consumido alcohol en los últimos 30 días previos a la Encuesta y el 4.3% habían consumido tabaco. En el año 2019, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD] usó la información anterior para realizar su informe sobre el consumo de drogas en las Américas, en donde se reconoce a Ecuador como el tercer país en Sudamérica en prevalencia de consumo de cocaína entre estudiantes secundarios y el sexto en sustancias inhalables (UNODC, 2020).

A pesar de la falta de estudios existentes dentro de la temática, existen datos a nivel nacional, los cuales se consideran fundamentales para establecer la prevalencia del consumo problemático de sustancias, siendo uno de ellos, el número de fallecidos por causas asociadas al consumo de alcohol y drogas según la CIE-10 proporcionados por el INEC en sus registros estadísticos de Defunciones Generales (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2020), poder establecer una relación de consumo problemático de sustancias con un registro sobre defunciones relacionadas al consumo de sustancias, puede resultar en vano, sin embargo, si se lo intenta se puede situar a la provincia del Azuay, como aquella provincia con mayor número de fallecidos (94) asociados al consumo de sustancias indicando así, un posible alto consumo de alcohol y drogas, al igual que altos factores de riesgo para los consumidores en esta Provincia.

### **1.5 Clasificación Global de Drogas**

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1994) las drogas ilícitas son aquellas sustancias cuya fabricación, distribución y consumo están prohibidos, pueden inducir cambios o alteraciones en el estado de conciencia, ánimo, procesos mentales y funciones motoras de los individuos que las consumen.

La Pontificia Universidad Católica de Chile [CITUC] (2019) generan como resultado de un artículo de su autoría, una figura que muestra la clasificación de las drogas ilícitas según su efecto en el sistema nervioso central, según la misma podemos distinguir entre 3 tipos de drogas según su efecto: las depresoras que disminuyen el grado de actividad del sistema nervioso central; las estimulantes que activan el sistema nervioso central y psicodélicos que producen alteraciones perceptivas. Dentro de las drogas depresoras se encuentra el fentanilo, la desomorfina, la heroína, cannabinoides sintéticos y marihuana; dentro de las estimulantes, la cocaína y las anfetaminas; las alucinógenas se encuentran la PCP, las triptaminas alucinógenas, LSA, LSD, hongos alucinógenos, y además de alucinógena, es también disociativa, la ketamina; dentro de las 2 últimas categorías (estimulantes y alucinógenas) se encuentran aquellas que tienen ambos efectos, es decir, la fenetilamina, MDPV, metilona, mefedrona, MDMA, entre otras (CITUC, 2019).

### **1.6 Trastorno de Estrés Postraumático**

Se visualiza al TEPT como más que un trastorno de ansiedad (Friedmann, et al., 2011, como se citó en Crespo, et al. 2017). Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2024), en su onceava Clasificación Internacional de Enfermedades define al TEPT como un trastorno que puede desarrollarse posterior a la exposición a uno o varios eventos que se consideren amenazantes o peligrosos.

Este trastorno se caracteriza por seis síntomas claves que están organizados en una tríada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiperalerta en respuesta a un acontecimiento traumático o varios, el que puede presentarse en cualquier sujeto sin distinción de género o edad, es decir, reexperimentación, evitación y percepción de amenaza (Carvajal, 2002; Reguera, et al., 2021).

La ansiedad y estrés son términos que fácilmente conllevan confusión, sin embargo, se considera necesario realizar diferenciación de estos para un mejor entendimiento del TEPT. Sierra, et al. (2003) consideran que la ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales no atribuibles a peligros reales; mientras que el estrés trata de un proceso adaptativo y de emergencia, reconociéndolo como un agente generador de las emociones, incluye la relación entre persona y ambiente, de qué manera el sujeto percibe demandas ambientales y si constituyen peligro para su bienestar o si igualan o exceden sus recursos de enfrentamiento, se debe visualizar al estrés desde una perspectiva psicosocial, considerando variables personales, aspecto socioeconómico, calidad de vida, entre otros.

En la quinta edición del DSM (APA, 2014) se enlista al TEPT como uno de los Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, los trastornos dentro de esta categoría implican que el origen o agravamiento de los síntomas preceden de la exposición a un evento aversivo. De la misma manera que Slaikeu (2000) establece que existen eventos que de por sí conllevan una crisis vital para la persona como puede ser el divorcio; igualmente el DSM- V establece o categoriza eventos aversivos que precipitan al desarrollo de TEPT, es decir, de por sí, son sucesos traumáticos que llenan de susceptibilidad y debilidad, como pueden ser exposición a guerra, amenaza o asalto físico real, agresión física, abuso sexual, incidentes médicos repentinos, entre otros (APA, 2014).

Un trauma según McCann y Pearlman (1990), se entiende como un suceso que ocurre inesperadamente o fuera de lo común, superando la capacidad de enfrentamiento del individuo ante la amenaza o ataque, ya que altera los marcos de referencia del individuo y otros esquemas fundamentales que la persona utiliza para comprender, adaptarse y manejarse en el mundo (como se citó en García, 2016).

La OMS (1992) en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud [CIE-10] define el TEPT como un trastorno que surge

como respuesta tardía a un acontecimiento estresante o una exposición traumática, éste se caracteriza por el embotamiento emocional, los episodios donde se revive el trauma, la evasión o hiperactividad de origen vegetativo que puede llevar adherido tanto la expresión de ansiedad como depresión.

### **1.7 Causas más Frecuentes del Trastorno de Estrés Postraumático**

En una encuesta epidemiológica realizada en 1997 y 1999 a los sobrevivientes de guerra o violencia masiva en poblaciones comunitarias de Argelia, Camboya, Etiopía y Gaza se encontró que la causa más común de TEPT en esta población, fue la tortura, seguido de la mala calidad del campamento, estrés doméstico en jóvenes, muerte o separación en la familia y abuso de alcohol en padres (de Jong, et al., 2001). En el año 2000, Van Der Kolk obtuvo en su estudio que entre las causas más frecuentes de TEPT, diferenciándolo por sexo; los hombres, en un 10.7% destacan las experiencias de combate o haber presenciado muertes o graves lesiones; y las mujeres, en un 48.4% violaciones y ataques sexuales; como causa común de ambos sexos se obtuvo el recuperar la conciencia durante alguna cirugía con el 56%.

De igual manera el estudio de Breslau, et al. (1998) establece la prevalencia de TEPT frente a determinados hechos traumáticos por sexo como; violación con un 65% en hombres y 45.9% en mujeres; abuso sexual con 12.2% en hombres y 26.5% en mujeres; asalto, 1.8% hombres y 21.3% en mujeres; combate o guerra 38.8% en hombres; muerte súbita de un ser querido, 12.6% hombres y 16.2% en mujeres.

## 1.8 Criterios Diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición [DSM-V] menciona aquellos criterios diagnósticos característicos del Trastorno de Estrés Postraumático (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

**A.** Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (por ejemplo: socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

**Nota:** El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Como segundo criterio se toma en consideración la presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).



2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (por ejemplo: escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

Como criterio número tres la evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

1. Evitar o esforzarse para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
3. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más)

de las características siguientes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

4. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
5. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.
6. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
7. Estado emocional negativo persistente (por ejemplo: miedo, terror, enfado, culpa y/o vergüenza).
8. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
9. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
10. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.

El criterio diagnóstico cuatro hace referencia a la alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), y se manifiesta por 2 o más de las características siguientes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.

4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (por ejemplo: dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

Los criterios diagnósticos restantes mencionan que la duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes, la alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento y la alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Los apartados de los síntomas disociativos mencionan la importancia de la especificación de la sintomatología presentada, ya que si se cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático, es fundamental referir sí en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las siguientes características como despersonalización, en donde la persona presenta la experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal; o desrealización, en donde la persona tiene la experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

## **1.9 Evolución Histórica del TEPT**

La conceptualización y los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático [TEPT] se considera que tienen su etiología en la Grecia Clásica, donde era manifestado e interpretado como pesadillas o terrores nocturnos (Carvajal, 2002). En 1915, Charles Samuel Myers, psicólogo de nacionalidad británica publica en “The Lancet” el primer escrito referente al Trastorno de Estrés Postraumático, él lo denominó “shell shock”

que hace referencia al término propuesto en 1884 por el neurólogo alemán Hermann Oppenheim “neurosis de guerra” (Crocq y Crocq, 2000). Años más tarde a la publicación de Oppenheim, se profundiza en la importancia de definir y diferenciar este trastorno gracias a los supervivientes de la I y II Guerra Mundial y más aún por las personas que sobrevivieron al Holocausto en 1939 (Ross, 1948).

El TEPT, toma relevancia dentro de la comunidad científica en el año 2001, después de los ataques terroristas en la ciudad de Nueva York y Washington D.C., hasta entonces se asume que el TEPT había sido subdiagnosticado y subtratado (Carvajal, 2002). Otro hito clave dentro de la historia del TEPT fue la guerra de Vietnam, en este evento se reconoce alrededor de 700.000 afectados con sintomatología característica del Trastorno de Estrés Postraumático como pesadillas, terrores nocturnos, secuelas, irritabilidad, incapacidad de expresión de sentimientos o emociones (Crocq y Crocq, 2000).

El Trastorno de Estrés Postraumático no aparece definido como tal hasta el año 1980, en la tercera edición del DSM, donde se establece al TEPT como un trastorno de ansiedad, cuya característica esencial era la reexperimentación del evento traumático, entumecimiento emocional o desinterés en el mundo externo con variedad de síntomas de carácter autonómico disfórico o cognitivo (APA, 1980).

Actualmente, para poder otorgar un diagnóstico de TEPT es indispensable realizar una historia clínica detallada enfocada en los antecedentes de la persona, específicamente en su trauma y las limitaciones que presenta debido a afectaciones en las actividades diarias, gracias a los estudios realizados en la evolución histórica de este trastorno se reconoce que un diagnóstico y tratamiento precoz son los mejores indicativos para un pronóstico favorable. De igual manera, se reconoce la importancia de un tratamiento integrativo conformado por lo farmacológico y la psicoterapia, siendo la terapia cognitiva conductual aquella más recomendada en los estudios revisados.

### **1.10 Realidad en Ecuador**

En Ecuador, no existen datos específicos oficiales de la prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático, sin embargo, según la OMS en su estudio llevado a cabo en 21 países se estima que un 3.6% de la población mundial ha sufrido TEPT por causas relacionadas a 21.8% actos de violencia, 17% accidentes, 12.5% relacionados con seres queridos y 16.2% exposición a conflictos bélicos (Gualpa, et al., 2020).

En el estudio observacional realizado por Gualpa, et al. (2020) en la ciudad de Riobamba en el año 2018, se encuestó a 270 personas después de 6 meses de haber ocurrido un acto terrorista en el territorio ecuatoriano con el objetivo de determinar si la población estudiada se sintió amenazada o afectada por dicho suceso; los resultados de la encuesta dieron un total de 110 personas con posible diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático así estableciendo una tasa de prevalencia del 40.7%, dando a conocer que en mujeres es más común el diagnóstico de TEPT (53%) que en hombres (47%), además se estudió que la causa más frecuente fue la muerte de un familiar con un 27% de los casos, en segundo puesto se encuentran los robos, accidentes de tránsito y desastres (no especifica porcentaje) y con un 20% maltrato por parte de los padres.

### **1.11 TEPT y su Relación con el Consumo de Sustancias**

Simpson, et al., (2022) indican que las personas diagnosticadas con TEPT tienen una mayor prevalencia de trastorno por consumo de sustancias en comparación con aquellas sin antecedentes, en muestras clínicas se observó que el 60% de las pacientes que buscaban atención por TCS cumplían con los criterios diagnósticos del TEPT. Andreski et al., (1998) en su estudio prospectivo encuentran que las personas con TEPT tenían cuatro veces más probabilidades de desarrollar un TCS.

Con respecto a la comorbilidad existente en las adicciones, o también denominada patología dual, Rubio y Escobar (2002) explican que la teoría de la automedicación suele establecer dependencia en el sujeto a pesar de que se deriven otros efectos perjudiciales, es decir, la patología dual puede darse debido a que los individuos que se encuentran en tratamiento por enfermedades mentales tienen más riesgo de utilizar determinadas drogas para contrarrestar los efectos secundarios de los psicofármacos y para aliviar síntomas psicopatológicos como la ansiedad o la tristeza (en Martínez y Rubio, 2002).

Existen categorizaciones al momento de indicar la presentación del diagnóstico dual en los pacientes (Rubio y Escobar en Martínez y Rubio, 2002):

- a. El trastorno psiquiátrico es primario, es decir, aparece antes y el abuso de sustancias es secundario.
- b. El trastorno por abuso de sustancias es primario y el psiquiátrico es secundario.
- c. Los trastornos son concomitantes y se dan juntos sin ningún tipo de relación causal.
- d. Los pacientes pueden tener una experiencia traumática (TEPT) a partir de la cual surge la dependencia a sustancias y otro trastorno psiquiátrico como depresión.

Actualmente, existe una ola creciente que afirma el hecho de que ambos trastornos coexisten como consecuencia y resultado del otro (Christia, et al., 2021). Martín del Moral y Lorenzo (2009) consideran que cuando los pacientes poseen previamente un trastorno psiquiátrico, como el Trastorno de Estrés Postraumático, sea o no diagnosticado, este puede dar inicio al consumo de drogas y posteriormente a la adicción. El TEPT sería el diagnóstico primario tanto por su patología como por el tiempo de aparición, de tal manera la

comorbilidad existente del trastorno relacionado con sustancias y trastornos adictivos con el TEPT se denomina patología dual (Martín del Moral y Lorenzo, 2009).

Investigaciones recientes indican que el TEPT es uno de los trastornos más comórbidos con mayor prevalencia en los trastornos de conducta alimentaria, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno por uso de sustancias (Aguirre et al., 2022; Torrens et al., 2021). Se destaca el estudio comparativo de Pabón, et al., (2023) sobre “La Polivictimización, la presencia de síntomas de TEPT y la Afectación en la Funcionalidad de las Personas que son Víctimas del Desplazamiento Forzado” en Colombia. Este estudio se realizó con el objetivo de evaluar la presencia de signos y síntomas relacionados con TEPT siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014), se contó con la participación de 1.368 sujetos con una media de edad de 40 años, mediante la aplicación del Test EGEP-5 (Crespo, et al. 2017), se identificaron 624 personas con criterios para diagnóstico de TEPT, de esta muestra identificada el 25.5% ha consumido de manera más elevada alcohol o drogas, además de afectación de otros aspectos de su vida (Pabón, et al. 2023).

En el estudio comparativo sobre la morbilidad psiquiátrica de la población ecuatoriana, basado en un análisis de las publicaciones durante el período del año 2000 al año 2019, realizado por Cárdenas y Vicente en 2021, se registraron 13 estudios, 4 encuestas, 2 estudios nacionales sobre consumo de drogas, 1 de prevalencia psiquiátrica y 6 de tamizaje de trastornos mentales en poblaciones con edades de 13 a 75 años, se obtuvo que los trastornos más frecuentes en la población ecuatoriana fueron la ansiedad, la depresión, el trastorno de estrés postraumático con un 18.1% y trastorno del comportamiento debido al consumo de drogas.

En las publicaciones antes mencionadas se destaca el estudio de Cevallos, et al. (2017) a personas mayores de 18 años residentes de un albergue en Manabí, Ecuador después del terremoto del 16 de abril del 2016, se descubre que 8 de cada 10 personas que se

encontraban en el albergue presentaban síntomas de estrés, el 80.72% indicó reexperimentación acompañado de flashback diurnos y en sueños, el 75.90% disociación y alteraciones de la alerta el 50.60%, además de que el 80% de los casos presentaba trastornos asociados como depresión, crisis de pánico y abuso de alcohol semanas después del evento traumático.



## **Capítulo II: Metodología**

### **2.1 Preguntas de Investigación o Hipótesis**

¿Los pacientes con consumo problemático de sustancias, tienen de forma dual sintomatología concordante con TEPT?

### **2.2 Objetivo General**

Determinar la presencia de sintomatología concordante al TEPT en pacientes con consumo problemático de sustancias.

### **2.3 Objetivos Específicos**

- Evaluar la presencia de sintomatología del TEPT mediante la aplicación del Test EGEP-5 en internos por consumo problemático de sustancias.
- Identificar la frecuencia de la sintomatología relacionada al TEPT mediante la aplicación del Test EGS-R en internos por consumo problemático de sustancias.
- Relacionar población identificada con sintomatología de TEPT con los datos y características asociados de la ficha sociodemográfica.
- Registrar el tipo de sustancia que mayor prevalencia tiene en los usuarios.

### **2.4 Participantes**

Se llevó a cabo una investigación cuantitativa con alcance descriptivo de corte transversal en una población serán 35 usuarios de un CETAD de la ciudad de Cuenca, que cumplan con los siguientes criterios de inclusión: (1) personas con un rango de edad de 18 a 65 años, (2) que no presenten brotes psicóticos ni deterioro cognitivo significativo, y (3) que se encuentren actualmente en internamiento en CETAD.

Aquellos usuarios que presenten características no relacionadas a los criterios de inclusión antes mencionados, no serán considerados para la investigación y aplicación de los Test, conformando así parte de la muestra de exclusión del estudio.

Como primer paso de la investigación, se presentó la solicitud para tramitar permisos de ingreso y aplicación de reactivos en el CETAD de elección; en segundo lugar, se les entregó a los participantes el consentimiento informado; luego, la ficha sociodemográfica con el objetivo de obtener una visión más profunda del público objetivo seleccionado, donde el usuario especifica su género, edad, estado civil, escolaridad, además de unas preguntas adicionales sobre el consumo previo que mantenían; finalmente, se aplicó los test EGEP-5 y EGS-R. Los datos obtenidos de la aplicación de los Test EGEP-5 y EGS-R se codificaron y tabularon mediante un Software de análisis estadístico, en conjunto con los manuales de cada test mencionado.

## **2.5 Consideraciones Éticas**

Según la Organización Panamericana de la Salud (S/A), en toda investigación biomédica con sujetos humanos, el investigador debe obtener el consentimiento informado del presunto sujeto; se informó mediante el mismo a los sujetos que la participación era libre y voluntaria, podían retirarse en el momento que deseen, no se dio remuneraciones de ningún tipo por la participación, además se declaró que la información presentada es utilizada para fines académicos en un proyecto de grado, en el cual se manejó en todo momento el anonimato de los participantes.

## **2.6 Beneficios y Riesgos de la Investigación**

Dentro de los beneficios para la población de estudio y el abordaje para la patología dual se considera el principio ético de la búsqueda del bien; al realizar esta investigación

cuantitativa se pudo identificar la existencia de usuarios del CETAD con sintomatología concordante al Trastorno de Estrés Postraumático. Esto puede aportar a crear protocolos de ingreso que consideren la posibilidad de la patología dual y que contemplen en el tratamiento, intervenciones dirigidas a esta problemática. El diagnóstico temprano y tratamiento eficaz acorde a la sintomatología postraumática considera un gran beneficio a los pacientes actuales y futuros.

Por la misma razón, se plantea la creación de charlas de psicoeducación que proporcionen una base sólida para el abordaje, comprensión y mejora efectiva de los usuarios en su proceso de recuperación. Se tratarán temas donde se establezca qué es el trauma, cómo se manifiesta y cómo éste afecta a la vida de una persona, de igual manera, se relacionará el trauma con el consumo de sustancias, ya que este puede ser un factor para el desarrollo de una conducta problemática. Además, se examinarán las diferentes formas de afrontamiento y respuesta a eventos traumáticos; se pretende fomentar la exploración y desarrollo personal como proceso de autoconocimiento y autoaceptación. Como resultado de la charla se les brindará a los usuarios herramientas para identificación y gestión emocional asociadas al trauma, reconstrucción de la confianza en uno mismo, búsqueda de recursos personales y fortalezas individuales que conlleven resiliencia, aumento de la conciencia y manejo de emociones.

En los riesgos de la investigación, se consideró riesgo mayor que el mínimo, debido a la posible desestabilización del estado mental o emocional de la población en estado vulnerable, posible reexperimentación de sucesos traumáticos en el caso de éstos estar presentes, posible revictimización de los usuarios y afectación a la sensibilidad de los participantes. Se logró la minimización de los riesgos antes, durante y después de la aplicación de los reactivos; antes, se notificó al personal del CETAD lo que se iba a realizar en la investigación, para que los mismos anticipen a los usuarios sobre el proceso que se iba a

llevar, con lo que se logró estén aptos a la realización de los test; durante, se solicitó la presencia del personal del CETAD para la detección de cambios en el comportamiento de los participantes; posterior a la aplicación, se recomendó al CETAD que se tenga prioridad para dar atención psicológica a aquellos que se hayan sentido afectados de alguna manera por la investigación.

### **Capítulo III: Resultados**

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos y el análisis de los mismos a través de la aplicación de los Test EGEP-5 y Test EGS-R, además de la ficha sociodemográfica y encuesta breve de consumo a la población objetivo. En la aplicación se contó con 35 usuarios internos de sexo masculino en el CETAD de elección.

Este capítulo está organizado de la siguiente manera; primero, las tablas descriptivas correspondientes a la ficha sociodemográfica, los datos que se incluyen son: edad, estado civil y nivel de instrucción. Segundo, los resultados del Test EGEP-5, que incluyen: tipos de acontecimientos traumáticos, tiempo en el que sucedió el evento traumático (ET) por primera vez, forma en que se presentó el ET, respuesta a la pregunta de ¿Usted consume sustancias debido a este ET?, funcionamiento global, gravedad de sintomatología y edad de inicio de consumo.

Tercero, los resultados del Test EGS-R, que incluyen la puntuación y análisis de los apartados: Reexperimentación, Evitación conductual/cognitiva, Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo, Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica y Presencia de síntomas disociativos. Cuarto, las tablas de relación entre variables que se consideran fundamentales para el desarrollo de la presente investigación; y por último la información adicional sobre el consumo previo de sustancias que los usuarios mantenían.

**Tabla 1***Frecuencias del rango de edad de los usuarios*

<b>Rango edad (años)</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>19-25</b>	<b>8</b>	<b>22.9 %</b>	<b>22.9 %</b>
<b>26-35</b>	<b>12</b>	<b>34.3 %</b>	<b>57.1 %</b>
<b>36-45</b>	<b>9</b>	<b>25.7 %</b>	<b>82.9 %</b>
<b>46-55</b>	<b>6</b>	<b>17.1 %</b>	<b>100.0 %</b>

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

A partir de los datos obtenidos en la ficha sociodemográfica, vemos en la tabla 1 que predomina el rango de edad de los encuestados de entre 26 a 35 años con 12 personas que corresponden al 34.3%; sigue el 25.7% en el rango de 36 a 45 años; el 22.9% entre 19 a 25 años y el 17.1% entre 46 a 55 años de edad.

**Tabla 2***Frecuencia del Estado Civil de los participantes*

<b>Estado Civil</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>Soltero</b>	<b>16</b>	<b>45.7 %</b>	<b>45.7 %</b>
<b>Divorciado</b>	<b>5</b>	<b>14.3 %</b>	<b>60.0 %</b>
<b>Unión Libre</b>	<b>6</b>	<b>17.1 %</b>	<b>77.1 %</b>
<b>Separado</b>	<b>2</b>	<b>5.7 %</b>	<b>82.9 %</b>
<b>Casado</b>	<b>5</b>	<b>14.3 %</b>	<b>97.1 %</b>
<b>Viudo</b>	<b>1</b>	<b>2.9 %</b>	<b>100.0 %</b>

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

En la tabla 2 podemos observar que en el estado civil de los encuestados predomina Soltero con el 45.7%; le sigue el 17.1% que se encuentra en Unión libre; Divorciado y Casado ambos con el porcentaje del 14.3%; Separado el 5.7% y finalmente Viudo un 2.9%.

**Tabla 3**

*Frecuencia de nivel de instrucción de los usuarios.*

<b>Nivel de instrucción</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>No estudió</b>	<b>2</b>	<b>5.7 %</b>	<b>5.7 %</b>
<b>Primaria</b>	<b>5</b>	<b>14.3 %</b>	<b>20.0 %</b>
<b>Secundaria</b>	<b>20</b>	<b>57.1 %</b>	<b>77.1 %</b>
<b>Universidad</b>	<b>8</b>	<b>22.9 %</b>	<b>100.0 %</b>

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

Se observa que más de la mitad de los encuestados, es decir, el 57.1% llegó a estudiar hasta la secundaria; el 22.9% llegó a terminar la universidad; el 14.3% terminó solamente la primaria y el 5.7% no estudió.

**Tabla 4**

*Frecuencias de los acontecimientos traumáticos EGEP-5.*

<b>Acontecimientos traumáticos</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>Otros acontecimientos</b>	<b>4</b>	<b>11.4 %</b>	<b>11.4 %</b>
<b>Violación, abuso o ataque sexual</b>	<b>7</b>	<b>20.0 %</b>	<b>31.4 %</b>
<b>Otro tipo de accidente (laborales, industriales, domésticos, actividades de ocio...)</b>	<b>1</b>	<b>2.9 %</b>	<b>34.3 %</b>
<b>Acoso (sexual, en el trabajo, en antiguas relaciones...) o maltrato psicológico</b>	<b>1</b>	<b>2.9 %</b>	<b>37.1 %</b>
<b>Encarcelamiento, detención o cautividad forzosa</b>	<b>1</b>	<b>2.9 %</b>	<b>40.0 %</b>
<b>Accidentes de medios de transporte (coche, tren, avión, barco...)</b>	<b>2</b>	<b>5.7 %</b>	<b>45.7 %</b>
<b>Muerte accidental o violenta de una persona o de un ser querido</b>	<b>12</b>	<b>34.3 %</b>	<b>80.0 %</b>
<b>Violencia física (ataques, asaltos, maltrato...)</b>	<b>5</b>	<b>14.3 %</b>	<b>94.3 %</b>
<b>Actos terroristas o tortura</b>	<b>2</b>	<b>5.7 %</b>	<b>100.0 %</b>

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

La tabla realizada en base a los resultados del Test EGEP-5, muestra que el 34.3%, es decir, 12 de los 35 encuestados marca como evento traumático a muerte accidental o violenta de una persona o de un ser querido; el 20% ha sufrido de violación, abuso o ataque sexual; el 14.3% ha estado expuesto a sucesos de violencia física (ataques, asaltos, maltrato...); el 11.4% ha marcado como otro tipo de acontecimiento sin especificar; 5.7% ha vivido o experimentado actos terroristas o tortura; 5.7% ha estado involucrado en accidentes de medio de transporte; se encontró el porcentaje de 2.9% tanto para encarcelamiento, detención o cautividad forzosa, a acoso (sexual, en el trabajo, en antiguas relaciones...) o maltrato psicológico y a otro tipos de accidentes (laborales, industriales, domésticos, actividades de ocio). Por lo tanto, la muerte accidental o violenta de una persona o de un ser querido, siguiéndole el haber sido víctima de violación, abuso o ataque sexual, son eventos que



tuvieron mayor relevancia para los usuarios y generó un gran impacto emocional hasta la actualidad.

**Tabla 5**

*Tiempo en el que sucedió el ET por primera vez.*

Quando sufrió el acontecimiento por primera vez	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
En la infancia/adolescencia	18	51.4 %	51.4 %
Hace más de 3 meses	11	31.4 %	82.9 %
Hace más de 1 mes pero menos de 3 meses	5	14.3 %	97.1 %
En el último mes	1	2.9 %	100.0 %

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos. **ET:** Evento Traumático.

En la tabla 5 se puede visualizar que más de la mitad de la población encuestada, es decir, el 51.4% refieren que sufrieron el acontecimiento traumático por primera vez en la infancia y/o adolescencia; el 31.4% que fue hace más de 3 meses; el 14.3% hace más de un mes, pero menos de tres meses y el 2.9% en el último mes. Se puede concluir que la infancia y la adolescencia es la etapa más frecuentemente asociada a eventos traumáticos.

**Tabla 6***Frecuencia en que se presentó el ET*

Forma en que se presentó el ET	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Único episodio	22	62.9 %	62.9 %
2 o más ocasiones a lo largo de la vida	7	20.0 %	82.9 %
De manera sistemática	6	17.1 %	100.0 %

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos. **ET:** Evento Traumático.

A partir de la presencia del acontecimiento traumático, se analiza la frecuencia en la que se presentó el evento traumático, en donde el 62.9% marcó como episodio único; el 20% 2 o más ocasiones a lo largo de la vida y el 17.1% que se presentó de manera sistemática, es decir repetida. Nos demuestra que las personas a pesar de haber tenido un episodio único del evento traumático, se ha presentado como un evento influenciador en su vida, sin minimizar al 37.1% que sufrió un acontecimiento traumático dos o más veces o de manera sistemática. Cabe destacar que todos los 35 participantes presentaron al menos un acontecimiento traumático en su vida.

**Tabla 7***Consumo de sustancias debido al ET.*

¿Consume sustancias debido a este ET?	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Sí	27	77.1 %	77.1 %
No	8	22.9 %	100.0 %

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos a la pregunta del Test EGEP-5: ¿Usted consume sustancias debido a este ET? **ET:** Evento Traumático.

Se hace énfasis en que los usuarios a los que se les aplicaron los reactivos mantienen o mantenían consumo problemático de sustancias, razón por la cual están en internamiento en un centro de rehabilitación, de esta población en la aplicación del EGEP -5, un 77.1% indican que han consumido sustancias debido al acontecimiento traumático, mientras que el 22.9% manifiesta que no lo relacionan al ET.

### Tabla 8

#### *Funcionamiento global según Test EGEP-5*

Funcionamiento EGEP-5	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Problemático	24	68.6 %	68.6 %
No problemático	11	31.4 %	100.0 %

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos. **ET:** Evento Traumático.

En el Test EGEP-5 se mide también cómo ha afectado el TEPT o su sintomatología como tal en el funcionamiento de todas las áreas de su vida laboral, académica, relaciones sociales, familiares y/o de pareja, es decir, la afectación negativa a cualquier aspecto que considere importante el sujeto; en este apartado, el 68.6% muestra que ha tenido o mantiene un funcionamiento problemático, mientras que el 31.4% no.

**Tabla 9**

*Contingencia entre Consumo de sustancias debido al ET y el funcionamiento global según el test EGEP-5*

Consumo de sustancias debido al ET	Funcionamiento global según el Test EGEP-5		Total
	Problemático	No problemático	
Sí	19	8	27
No	5	3	8
Total	24	11	35

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos. **ET:** Evento Traumático.

Correlacionando las tablas 7 y 8, se obtuvo que de los 27 usuarios que consumen sustancias debido al ET, 19 usuarios mantienen un funcionamiento global problemático y 8 no problemático; y de los 8 que consumen sustancias, pero no lo vinculan al ET, 5 personas mantienen un funcionamiento global problemático y 3 son no problemático.

**Tabla 10**

*Descriptiva de la sintomatología según Test EGEP-5.*

	Sintomatología según Test EGEP-5
N	35
Media	35.5
Mediana	41
Desviación estándar	22.5
Mínimo	1
Máximo	84
W de Shapiro-Wilk	0.955
Valor p de Shapiro-Wilk	0.162

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

El test EGEP-5 evalúa la presencia de síntomas relacionados con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). En este caso, el puntaje máximo posible que se puede obtener en esta prueba es de 88 puntos. Esto significa que cuanto más cerca esté una persona de este valor, más síntomas de TEPT presenta.

De las personas que completaron el test, quien obtuvo el puntaje más alto fue de 84 puntos, lo cual indica que tiene una cantidad muy alta de síntomas de TEPT. Por otro lado, la persona con el puntaje más bajo obtuvo solo 1 punto, lo que sugiere que prácticamente no presenta síntomas de TEPT. En promedio, las personas obtuvieron 35.5 puntos en el test, lo que refleja una presencia leve o moderada de sintomatología.

**Tabla 11**

*Contingencia entre variables de edad de inicio de consumo de sustancias de los usuarios y la categorización del funcionamiento global según el test EGEP-5.*

Funcionamiento EGEP-5	Edad de inicio de consumo										Total
	7	11	12	13	14	15	16	17	18	22	
Problemático	1	1	1	8	5	4	1	1	1	1	24
No problemático	0	0	0	2	1	2	1	2	3	0	11
Total	1	1	1	10	6	6	2	3	4	1	35

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

En la tabla 11, se relaciona la edad de inicio de consumo con un funcionamiento problemático o no según el EGEP-5. 34 personas empezaron un consumo temprano, es decir, en la infancia o en la adolescencia; 24 de esas personas en la actualidad tienen un funcionamiento problemático en todas las áreas de su vida, y 11 consideran que no tienen inconvenientes en su funcionamiento. Se puede visualizar que los 13 años es la edad que más predomina. No se minimiza a la persona que inició su consumo en la adultez temprana, siendo a los 22 años, que también demuestra un funcionamiento problemático en su presente.

**Tabla 12**

*Descriptiva del apartado de reexperimentación según el test EGS-R.*

<b>Reexperimentación EGS-R</b>	
<b>N</b>	<b>35</b>
<b>Media</b>	<b>7.09</b>
<b>Mediana</b>	<b>5</b>
<b>Desviación estándar</b>	<b>4.69</b>
<b>Mínimo</b>	<b>0</b>
<b>Máximo</b>	<b>15</b>
<b>W de Shapiro-Wilk</b>	<b>0.930</b>
<b>Valor p de Shapiro-Wilk</b>	<b>0.028</b>

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

En la tabla 12, empezamos con los resultados del test EGS-R, está dividido en 5 apartados, empezando con el apartado de reexperimentación. Teniendo en cuenta que la puntuación máxima en este apartado es de 15, la media de todos los participantes es de 7.09, lo cual se interpreta como un nivel moderado de gravedad del núcleo sintomático de reexperimentación.

**Tabla 13.**

*Descriptiva del apartado de Evitación conductual cognitiva del test EGS-R.*

<b>Evitación conductual cognitiva EGS-R</b>	
<b>N</b>	<b>35</b>
<b>Media</b>	<b>5.11</b>
<b>Mediana</b>	<b>5</b>
<b>Desviación estándar</b>	<b>2.56</b>
<b>Mínimo</b>	<b>0</b>
<b>Máximo</b>	<b>9</b>
<b>W de Shapiro-Wilk</b>	<b>0.951</b>
<b>Valor p de Shapiro-Wilk</b>	<b>0.125</b>

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

El siguiente apartado en el test EGS-R es la evitación conductual cognitiva, la puntuación máxima en este caso es de 9, la media de las puntuaciones totales es de 5.11, lo que nos indica que la mayoría de los encuestados presenta una evitación conductual cognitiva de moderada a grave, es decir, los usuarios evitan personas, lugares, situaciones o actividad que puedan revocar recuerdos.



**Tabla 14.**

*Descriptiva del apartado de Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo del Test EGS-R.*

<b>Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo EGS-R</b>	
<b>N</b>	<b>35</b>
<b>Media</b>	<b>9.74</b>
<b>Mediana</b>	<b>9</b>
<b>Desviación estándar</b>	<b>6.67</b>
<b>Mínimo</b>	<b>0</b>
<b>Máximo</b>	<b>21</b>
<b>W de Shapiro-Wilk</b>	<b>0.937</b>
<b>Valor p de Shapiro-Wilk</b>	<b>0.046</b>

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

En la tabla 14, se analiza el apartado de alteraciones cognitivas y estado de ánimo, teniendo en cuenta que la puntuación máxima en este apartado es de 21, la media de todos los participantes es de 9.74, lo cual se interpreta como un nivel leve-moderado de gravedad del núcleo sintomático, es decir que los usuarios pueden mostrar alteraciones en la memoria, pueden presentar creencias negativas sobre sí mismos, los demás y el futuro, experimentan de manera leve/moderada un estado de ánimo negativo como ira, terror, culpa o vergüenza.

**Tabla 15**

*Descriptiva del apartado del Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica del Test EGS-R.*

<b>Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica EGS-R</b>	
<b>N</b>	<b>35</b>
<b>Media</b>	<b>8.29</b>
<b>Mediana</b>	<b>6</b>
<b>Desviación estándar</b>	<b>6.03</b>
<b>Mínimo</b>	<b>0</b>
<b>Máximo</b>	<b>18</b>
<b>W de Shapiro-Wilk</b>	<b>0.906</b>
<b>Valor p de Shapiro-Wilk</b>	<b>0.006</b>

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

En la tabla 15, se continúa con el apartado de Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica, siendo la calificación máxima, 18. La media de las puntuaciones totales de los usuarios en este apartado es de 8.29 indicándonos que en promedio no se presentan de una manera grave síntomas como irritabilidad, explosiones de ira sin motivos aparentes, estado de alerta de manera permanente, sobresaltos y dificultades para conciliar o mantener el sueño.

**Tabla 16**

*Frecuencias del apartado de Síntomas disociativos del test EGS-R.*

<b>Síntomas disociativos EGS-R</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>Sí</b>	<b>24</b>	<b>68.6 %</b>	<b>68.6 %</b>
<b>No</b>	<b>11</b>	<b>31.4 %</b>	<b>100.0 %</b>

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

En el último apartado del test EGS-R, se pregunta a los encuestados si presenta síntomas disociativos como el sentir que su cuerpo no les pertenece, que las personas u objetos son irreales, que si al mirarse al espejo no se sienten ellos y si consideran que lo que les ocurre es una especie de fantasía o sueño; por ende, las 24 personas que fueron categorizadas con el “Sí” es porque presentan dos o más de estos síntomas disociativos mencionados anteriormente.

**Tabla 17**

*Descriptiva de la puntuación total del Test EGS-R.*

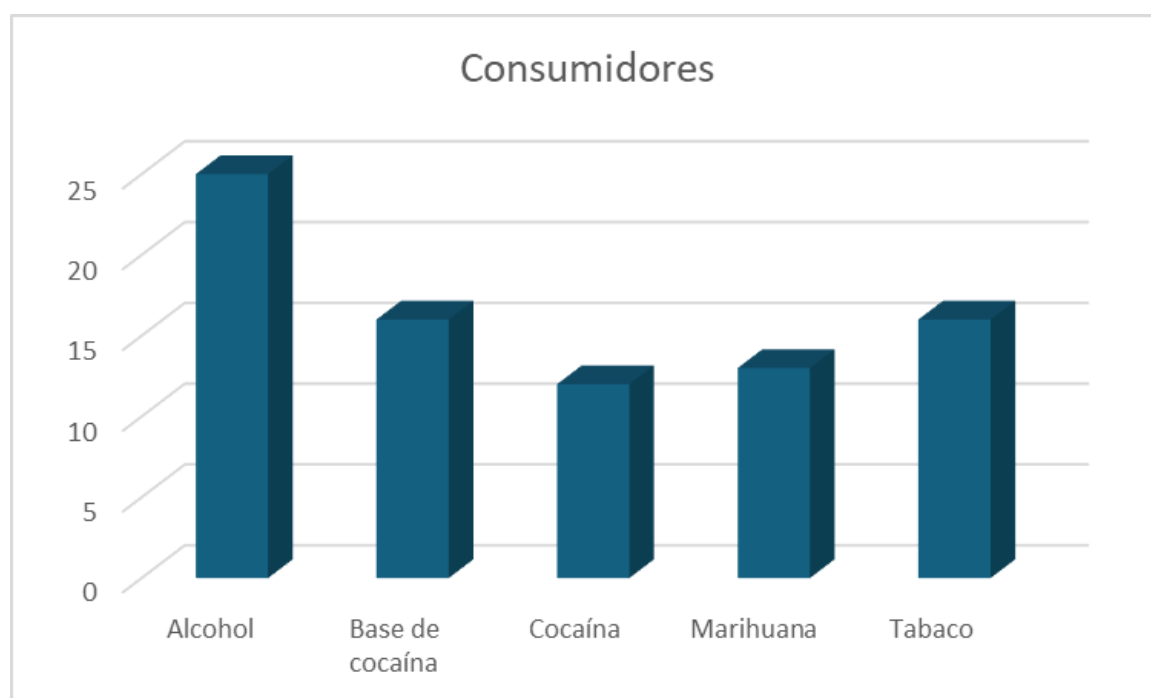
	<b>Puntuación total EGS-R</b>
<b>N</b>	<b>35</b>
<b>Media</b>	<b>30.2</b>
<b>Mediana</b>	<b>26</b>
<b>Desviación estándar</b>	<b>18.8</b>
<b>Mínimo</b>	<b>0</b>
<b>Máximo</b>	<b>63</b>
<b>W de Shapiro-Wilk</b>	<b>0.934</b>
<b>Valor p de Shapiro-Wilk</b>	<b>0.037</b>

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

En la tabla 17 se suman los puntajes de todos los apartados del test EGS-R y se toma en cuenta la puntuación total de la sintomatología presente, donde la puntuación máxima es de 63. El promedio de puntuaciones en este caso es de 30.2, al estar un poco por debajo de la media nos muestra que los participantes presentan de manera leve a moderada sintomatología concordante a reexperimentación de sucesos traumáticos, evitación conductual cognitiva, alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo, aumento de la activación y reactividad psicofisiológica, además de síntomas disociativos.

**Figura 1**

*Cantidad de participantes que consumían las respectivas sustancias.*



*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

Para responder nuestro cuarto objetivo específico, se registró las drogas de preferencia de los usuarios al momento de consumir, los resultados de la encuesta fueron que el alcohol lo prefieren 24 de los 35 consumidores; el tabaco y la base de cocaína, 15 consumidores; marihuana, 13; y finalmente la cocaína, 12. Estas cinco sustancias fueron las que más altos porcentajes mostraron con respecto a las 26 sustancias a escoger en la encuesta sobre sustancias de preferencia en la ficha sociodemográfica.

**Tabla 18**

*Descriptiva sobre la cantidad de drogas de consumo de los encuestados.*

<b>Cantidad de drogas consumidas</b>	
<b>N</b>	<b>35</b>
<b>Media</b>	<b>4.31</b>
<b>Mediana</b>	<b>2</b>
<b>Desviación estándar</b>	<b>4.00</b>
<b>Mínimo</b>	<b>1</b>
<b>Máximo</b>	<b>15</b>
<b>W de Shapiro-Wilk</b>	<b>0.813</b>
<b>Valor p de Shapiro-Wilk</b>	<b>&lt; .001</b>

*Nota.* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

Se registró, además, la cantidad de sustancias que consumían los usuarios con el objetivo de complementar la información que se brinda en la figura 1. En la encuesta sobre consumo se les nombró un total de 26 drogas donde debían elegir aquellas que los usuarios consumían previo a su internamiento, como cantidad mínima de sustancias consumidas fue 1 que en la mayoría de los casos era el alcohol; y como valor máximo se obtuvo 15 sustancias.

De esta manera, se procede a unificar la información obtenida utilizando la media de consumo de sustancias entre todos los encuestados, dando un valor promedio de 4.31 sustancias consumidas por participante.

## Discusión

Lo obtenido a través de la ficha sociodemográfica, el Test EGEP-5 y Test EGS-R han proporcionado información relevante con respecto a la relación del Trastorno de Estrés Posttraumático y el consumo problemático de sustancias. En el apartado de resultados se incluyó las tablas donde se relacionó las puntuaciones de los reactivos en conjunto con la ficha sociodemográfica y la encuesta sobre consumo, cumpliendo con nuestro tercer objetivo específico planteado de correlacionar los datos, por lo que en este apartado, se discutirán las implicaciones de los hallazgos principales de esta investigación.

Con respecto a la ficha sociodemográfica, se obtuvo que la mayoría de los usuarios de sexo masculino del centro de rehabilitación se encontraban en un rango de edad de 26 a 35 años, con estado civil soltero y escolaridad media superior, esta información coincide con los resultados descriptivos de la investigación de Romero, et al. en el 2022, sobre “Perfiles de personalidad, droga de impacto y seguimiento de pacientes atendidos en un centro de rehabilitación al noreste de México”; en donde los participantes tuvieron una edad media de 30 años, estado civil soltero, escolaridad media superior y como dato adicional se encontraban en estado de desempleo. Bermúdez, et al. (2020) menciona que, más del 50% de la población mundial está expuesta a eventos traumáticos durante toda su vida, sin embargo, no todas las personas desarrollan TEPT; ya que, se asocia con mayor riesgo a las personas jóvenes, solteras de bajo nivel socioeconómico, en desempleo y baja escolaridad, lo que coincide con la población de la presente investigación, en donde 24 de las 35 personas evaluadas presentaban sintomatología de estrés post traumático a modo de patología dual con consumo problemático de sustancias.

Con respecto al acontecimiento traumático experimentado, un 34.3% marcó la muerte accidental o violenta de una persona o de un ser querido como aquel evento que mayor impacto tuvo en su vida, esto se relaciona con el estudio realizado por Mendoza, et al., (2017)

donde encuestaron a 1000 estudiantes mexicanos, y el 40.7% indicaron que la muerte accidental de una persona o un ser querido fue aquel ET que más resonó en ellos. Además, coincide con lo mencionado por Slaikeu (2000) en la segunda edición de su libro “Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación” en donde señala que la muerte súbita, accidental e inesperada de un ser querido, es uno de los eventos con mayor potencial de crisis psicológica, al ser universalmente devastador, se considera que casi siempre son capaces de precipitar una crisis psicológica. Los datos encontrados discrepan de los de Pabón, et al. (2023) quien buscó caracterizar por sexo las situaciones debidas al desplazamiento forzado de personas que cumplieron con criterios diagnósticos de TEPT, la muestra fue conformada por 588 sujetos de entre 18 a 70 años, evaluados con el test EGEP-5. Diferenciando por sexos, obtuvieron que las mujeres estuvieron más expuestas a situaciones de abuso sexual y los hombres por el otro lado a actos terroristas o de tortura.

En referencia a la etapa o el tiempo en el que sufrió el acontecimiento por primera vez, se obtuvo que la mayoría de los usuarios (51.4%) habían experimentado el evento traumático en la infancia y/o adolescencia, coincidiendo con el estudio de Medina, et al. (2005) sobre la prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana, donde se encontró que para la mayoría de participantes del estudio los sucesos traumáticos relacionados con violencia, accidentes y los asaltos o amenazas con armas, se manifestaban con mayor presencia en la adolescencia; y eventos como haber sido testigo de violencia doméstica, violaciones o abuso sexuales se presentaban con mayor frecuencia en edades más tempranas.

Los encuestados indicaron que muchos de ellos iniciaron el consumo de sustancias en la infancia o adolescencia, la mayoría a la edad de 13 años. En el estudio longitudinal realizado por Oliva, et al., en el 2008 sobre el “Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias en el ajuste psicológico”; los resultados

indican que los adolescentes que habían iniciado su consumo a los 13 años, extrañamente en la adolescencia tardía mostraron puntuaciones altas en autoestima y bajas en problemas internalizantes; esto discrepa de la información obtenida ya que, aunque la edad de inicio de consumo es la misma, la ingesta se volvió problemática y ha generado dificultades en la mayoría de las áreas de vida de los participantes del estudio.

De entre las publicaciones mencionadas en el marco teórico se destaca el estudio de Cevallos, et al. (2017) a personas mayores de 18 años residentes de un albergue en Manabí, Ecuador después del terremoto del 16 de abril del 2016, en éste se menciona que 8 de cada 10 personas que se encontraban en el albergue presentaban síntomas de estrés y el 80% de los casos presentaba trastornos asociados y abuso de alcohol semanas después del evento traumático, coincidiendo con los resultados de la presente investigación en donde 54,28% de los participantes comentaron haber empezado su consumo a raíz del ET. Kessler et al. (1995) analizaron una muestra de 8,098 adultos en Estados Unidos, encontrando que el 27,3% de los individuos con diagnóstico de TEPT presentaban trastornos relacionados al uso de sustancias, en este estudio se aplicó una entrevista estructurada del DSM-III-R para evaluar los síntomas.

En otro estudio presentado por Ouimette, et al. (2000) con una muestra de 150 pacientes con historial de traumas, se reportó que el 49% cumplía criterios para un trastorno por uso de sustancias, utilizando una entrevista diagnóstica estructurada (SCID) para la evaluación. Finalmente, Boden y Miller (2015) llevaron a cabo un meta-análisis, en donde compilaron datos de múltiples estudios que resaltan que aproximadamente el 37% de los individuos con diagnóstico de TEPT presentan comorbilidad con trastornos por uso de sustancias. Estos resultados coinciden con los obtenidos en la presente investigación en la que 27 (77.1%) de los 35 participantes indican que han consumido sustancias debido al acontecimiento traumático, atribuyendo el inicio o la continuación de consumo al evento



vivenciado, respaldando así la hipótesis de que existe una relación entre el consumo problemático de sustancias con la sintomatología congruente con Trastorno de Estrés Postraumático.

La información proporcionada acerca de los resultados de la ficha sociodemográfica, relacionada junto con investigaciones de otros autores, permite una perspectiva integral sobre la presencia de patología dual y el consumo problemático. Se establece entonces que el 100% (N=35) de los participantes tienen consumo problemático de sustancias, de ellos un 54.28% muestra presencia de patología dual con sintomatología de TEPT; este hallazgo se diferencia del estudio realizado por Blanco (2021) sobre el trauma psicológico y las adicciones en España, donde obtuvo que el 21% de los pacientes que tenían patología dual, presentaban sintomatología congruente con TEPT, la diferencia de estos porcentajes es significativa y quizás se debe a la diferencia en la población ya que en la presente investigación los participantes estaban internados dentro de un centro de rehabilitación por consumo de sustancias y en el estudio de Blanco (2021), los participantes era personas hospitalizadas en 3 unidades de patología dual, sin que esta se refiera necesariamente a consumo de sustancias.

A continuación, se exponen los hallazgos en base a los reactivos aplicados con respecto a la presencia de sintomatología relacionada al TEPT en los participantes. Se empieza con el Test EGEP-5 con las afectaciones en las áreas fundamentales de la vida de la persona, donde se encontró que 24 de 35 usuarios reconoce su funcionamiento problemático en lo laboral, académico, relaciones sociales, familiares y/o de pareja; es importante destacar que este funcionamiento puede verse afectado tanto por TEPT como por el consumo problemático de sustancias. De los 24 que obtuvieron un funcionamiento problemático, 19 de los internos también presentan sintomatología de TEPT. Además, en la presente investigación se encontró que un 37.1% (13) de los 35 participantes sufrió más de un acontecimiento traumático en su vida, lo que pudo afectar mayormente su funcionamiento, lo que se

relaciona con el estudio de Pabón, et al. (2023) que en sus resultados menciona que a más situaciones traumáticas vivenciadas, más síntomas de TEPT experimentaron los participantes y más áreas de funcionamiento se vieron afectadas.

Con relación a la puntuación general referente a la sintomatología relacionada al TEPT, se obtuvo una media de 35.5 que se interpreta como la presencia leve/moderada de síntomas, a pesar de que la puntuación obtenida no sea clínicamente significativa o grave es importante destacar que tan solo 1 participante no presentó sintomatología de TEPT. Los datos coinciden parcialmente con los datos obtenidos a partir del otro test aplicado EGS -R en donde se obtuvieron puntuaciones de grado leve moderado en alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo, sin embargo, se presentó un grado moderado/ grave de sintomatología como: reexperimentación y la evitación conductual cognitiva. 24 de los 35 participantes presentaron más de dos síntomas de activación y síntomas disociativos, como que al mirarse al espejo no se sentían como ellos mismos y que su cuerpo no les pertenecía.

Se puede relacionar los hallazgos sobre síntomas con lo expuesto por Matteo y Martínez (2020) en su estudio sobre “Experiencia de recaída en el consumo de alcohol en personas con síntomas disociativos y experiencias traumáticas”, donde se establece la relación directa en cómo la sintomatología relacionada al TEPT lleva a la persona a planificar su consumo de alcohol a pesar de haber tenido un proceso exitoso dentro de un centro de rehabilitación, ya que la creciente carga emocional negativa que representa el trauma en la vida de los consumidores los lleva a la reexperimentación de memorias que están ligadas a aquello que ellos mismos denominan como traumático, en consecuencia a esto cuestionan su capacidad de funcionar de manera óptima por lo que se dificulta el poder mantener su abstinencia y empiezan el consumo nuevamente, calificando así como consumidores problemáticos.

Para contestar al último objetivo específico planteado sobre qué sustancia se consume con mayor frecuencia entre los usuarios, los resultados de la encuesta indican que: el alcohol, el tabaco y la base de cocaína son las de mayor consumo, además se registra que el consumo mínimo de sustancias era 1 droga, en su mayoría el alcohol; y como consumo máximo de sustancias, 15 drogas. En la investigación de Matteo, N. y Martínez, D. (2020) en su estudio sobre “Experiencia de recaída en el consumo de alcohol en personas con síntomas disociativos y experiencias traumáticas” obtuvieron que el sexo masculino reflejaba preferencia al consumo de alcohol; al ser esta investigación en la misma ciudad de la presente, se podría inferir que en los CETADs de Cuenca se prefiere el consumo del alcohol.

## **Conclusión**

En la presente investigación previo a la titulación, se contó con una población de 35 hombres que se encontraban en internamiento en un Centro de Rehabilitación de Adicciones de la ciudad de Cuenca, Ecuador. El promedio de edad estuvo comprendido entre los 26 a 35 años, con una predominancia de 45.7% que han marcado estado civil soltero y con un 57.1% que han terminado la secundaria.

Los resultados obtenidos a través de la ficha sociodemográfica y las pruebas EGEP-5 y EGS-R establecen que efectivamente existe una relación entre el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y el consumo problemático de sustancias. Las personas que se encuentran bajo la influencia de sustancias o drogas presentan una mayor predisposición a experimentar sucesos traumáticos; de la misma manera que los sucesos traumáticos pueden llevar al consumo problemático por la falta de tratamiento psicológico ante el trauma y el poco desarrollo de la capacidad de resolución de conflictos.

A partir de los datos obtenidos se pudo determinar con un resultado de 34.3% que la muerte accidental o violenta de los seres queridos fue una experiencia traumática significativa para muchos de los participantes internos por consumo, en donde también, el 62.9% marcó que el ET fue un episodio único. Del 100%, el 77.1% relacionan su consumo al evento traumático, especialmente cuando se determinó que estos eventos ocurrieron con mayor frecuencia (51.4%) en la infancia o adolescencia, etapa de mayor vulnerabilidad para la presentación de estos trastornos.

Se obtuvo también que 34 de los 35 encuestados empezaron un consumo temprano, es decir, en su mayoría específicamente a los 13 años; 24 de esas personas en la actualidad tienen un funcionamiento problemático en todas las áreas de su vida; 27 de 35 usuarios señalaron que consumen sustancias debido al ET, de estos 27 usuarios, 19 mantienen un funcionamiento global problemático hasta el momento de la aplicación de los reactivos, lo

cual nos permite establecer la relación efectivamente existente entre el consumo, el trauma y el funcionamiento global de la vida del individuo.

En cuanto a los resultados obtenidos en el test EGEP-5, las personas obtuvieron 35.5 puntos en el test, lo que refleja de manera leve o moderada la presencia de sintomatología concordante a la patología dual de Trastorno de Estrés Postraumático y consumo problemático de sustancias.

En el test EGS-R, en la división de reexperimentación, la media de la puntuación de los participantes fue de 7.09 siendo la puntuación máxima de 15, lo cual se interpreta como un nivel moderado de gravedad del núcleo sintomático de reexperimentación. En cuanto a la evitación conductual cognitiva, la puntuación mayor era 9 y la media de las puntuaciones fue de 5.11, lo que nos indica que la mayoría de los encuestados presenta una evitación conductual cognitiva de moderada a grave, es decir, los usuarios evitan personas, lugares, situaciones o actividad que puedan revocar recuerdos. En las alteraciones cognitivas y estado de ánimo, teniendo en cuenta que la puntuación máxima en este apartado es de 21, la media de todos los participantes es de 9.74, lo cual se interpreta como un nivel leve-moderado de gravedad del núcleo sintomático, es decir que los usuarios pueden mostrar alteraciones en la memoria, presentar creencias negativas sobre sí mismos, los demás y el futuro.

Continuando con el aumento de la activación y reactividad psicofisiológica, siendo la calificación máxima, 18, la media de las puntuaciones totales de los usuarios en este apartado es de 8.29 indicándonos que en promedio no se presentan de una manera grave síntomas como irritabilidad, explosiones de ira sin motivos aparentes, estado de alerta de manera permanente, sobresaltos y dificultades para conciliar o mantener el sueño.

En cuanto a los síntomas disociativos, 24 personas (68.6%) que fueron categorizadas con el "Sí" es porque presentan dos o más de estos síntomas, los 11 restantes presentaron menos de dos síntomas disociativos o no lo presentan. Esto significa el sentir que su cuerpo

no les pertenece, que las personas u objetos son irreales, que si al mirarse al espejo no se sienten ellos y si consideran que lo que les ocurre es una especie de fantasía o sueño.

Finalizando con el test EGS-R, se sumaron los puntajes de todos los apartados del test y se toma en cuenta como la puntuación total, donde la puntuación máxima es de 63. La media en este caso es de 30.2, al estar un poco por debajo de la mitad nos muestra que los participantes presentan una sintomatología de leve a moderada.

Se observa también que la mayoría de los participantes (54.3%) manifiesta algún grado de sintomatología relacionada con el TEPT, lo que sugiere que el consumo de sustancias podría estar relacionado con la forma en que las personas enfrentaron los síntomas relacionados con el trauma, particularmente se destacan aquellos que experimentan síntomas disociativos (68.6%), lo cual se considera aquella sintomatología más alarmante en la población objetiva.

Se continúa con las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, donde sorprendentemente se obtuvo una media del promedio de la puntuación de todos los participantes de 9.74, lo cual se interpreta como un nivel leve-moderado de gravedad del núcleo sintomático; es decir que los usuarios pueden mostrar alteraciones leves en la memoria, baja frecuencia en la presentación de creencias negativas sobre sí mismos, los demás y el futuro; además de un estado de ánimo negativo leve/moderado como ira, terror, culpa o vergüenza.

Como información adicional en esta investigación, gracias a los resultados de la encuesta de consumo de sustancias con respecto a las sustancias de preferencia de los internos, se obtuvo que al alcohol lo prefieren 24 de los 35 consumidores; el tabaco y la base de cocaína, 15 consumidores; marihuana, 13; y finalmente la cocaína, 12. Estas cinco sustancias fueron las que más altos porcentajes mostraron con respecto a las 26 sustancias a escoger en la encuesta sobre sustancias de preferencia en la ficha sociodemográfica, se

sustrajo además que como valor mínimo en cantidad de drogas consumidas está el 1; en la mayoría de los casos los usuarios que solo consumían 1 droga era el alcohol; y como valor máximo de cantidad de sustancias consumidas por participante, 15.

En conclusión, la investigación demostró que existe una relación significativa entre el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y el consumo problemático de sustancias, destacándose que el consumo puede ser tanto una consecuencia como un factor predisponente de los eventos traumáticos. Los hallazgos subrayan que la mayoría de los participantes relacionaron su consumo con experiencias traumáticas ocurridas principalmente en la infancia o adolescencia, etapas de alta vulnerabilidad. Además, se identificaron altos niveles de sintomatología asociada al TEPT, como reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas y de estado de ánimo, y síntomas disociativos, siendo estos últimos los más alarmantes. La preferencia por el consumo de alcohol y otras sustancias refuerza la complejidad de la patología dual. Estos resultados enfatizan la necesidad de un enfoque integral para el diagnóstico temprano y tratamiento adecuado, considerando tanto el TEPT como el consumo de sustancias para mejorar el funcionamiento global de los afectados.

### **Limitaciones y recomendaciones**

Al realizar el presente trabajo de investigación previo a la titulación, la mayor limitación fue la cantidad de participantes que conformaban la población objetivo. Se considera que se tuvo que haber tenido una muestra mayor de los diferentes CETADs de la ciudad de Cuenca para obtener un mejor mapeo con respecto a la pregunta de investigación planteada.

Se recomienda crear protocolos de ingreso en los centros de rehabilitación, para que consideren la posibilidad de la patología dual y que contemplen en el tratamiento, intervenciones dirigidas a esta problemática, ya que el diagnóstico temprano y tratamiento eficaz acorde a la sintomatología postraumática considera un gran beneficio a los pacientes actuales y futuros. Por la misma razón, se plantea la creación de charlas de psicoeducación que proporcionen una base sólida para el abordaje, comprensión y mejora efectiva de los usuarios en su proceso de recuperación.

Ante la escasez de estudios e investigaciones previas específicas sobre el TEPT y el consumo de sustancias, la investigación presentó una mayor complejidad al momento de establecer comparaciones que confirmen o nieguen la hipótesis planteada.



## Referencias Bibliográficas

American Society of Addiction Medicine (2011) Definición de adicción.

<https://www.yourbrainonporn.com/es/miscellaneous-resources/the-american-society-for-addiction-medicine-new-definition-of-addiction-august-2011/asams-definition-of-addiction-frequently-asked-questions-2011/>

Agualongo, J., y Robalino, D. (2020). Consecuencias del consumo de drogas en las Funciones Ejecutivas en adolescentes y jóvenes adultos. *Revista Scientific*, 5, 127–145. <https://doi.org/10.29394/SCIENTIFIC.ISSN.2542-2987.2020.5.E.6.127-145>

Aguilar, A., Beneit, J., Doadrio, J., Escobar, Y., Fraile, A., Galdámez, E., García, C., Hernández, C., Ladero, J. M., Manzanares, J., Martínez, M., Mínguez, P., Pascual, J., Rubio, G., Rubio, M., y Salado, J. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería*. 276. Ediciones Díaz de Santos, S. A.

Aguirre, E. (2015). Prácticas de crianza, temperamento y comportamiento prosocial de estudiantes de educación básica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(1), 223-243. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v13n1/v13n1a14.pdf>

Aguirre, M., Sidera, F., Rostan, C., y Onandia, I. (2022). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación diagnóstica con el Trastorno por estrés postraumático infantil: Una revisión sistemática. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(1), 2340–8340. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2022.09.1.1>

American Psychological Association. (1980). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ra. Ed.)

American Psychological Association. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta. Ed.) Editorial Médica Panamericana.

- Andreski, P., Chilcoat, H. y Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Research*, 79(2), 31–138. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(98\)00026-2](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(98)00026-2)
- Barnhill, J. (2023) Trastorno de Estrés Postraumático. Manual MSD. <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/trastorno-de-estr%C3%A9s-postraum%C3%A1tico-tept>
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Plan Nacional sobre drogas.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., Llorente, J., López, A., Madoz, A., Martínez, J., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, Á. y Villanueva, V. (2010). Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación. Socidrogalcohol.
- Bermúdez, L., Barrantes, M. y Bonilla, G. (2020) Trastorno por estrés postrauma. *Revista Médica Sinergia* 5(9). <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.568>
- Blanco, L. (2021) Trauma psicológico y adicciones. [Tesis de doctorado]. Universitat de Barcelona.
- Boden, J., y Miller, M. (2015). The relationship between posttraumatic stress disorder and substance use disorders: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 35, 16-27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.002>
- Bowlby, J. (1998). El apego. Ediciones Paidós Ibérica. (1)
- Breslau, N., Kessler, R., Chilcoat, H., Schultz, L., Davis, G. y Andreski, P. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. 55, DOI: 10.1001/archpsyc.55.7.626

- Brook, J., Brook, D., de la Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E. y Montoya, I. (2001). Adolescent illegal drug use: The impact of personality, family and environmental factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 183-203.
- Cárdenas, E. y Vicente, B. (2021). Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en el Ecuador. *Gaceta Médica Espirituana*. 23(2), 53-65.  
<https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/2239>
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 20–34. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- Cevallos, E., Ramírez, G. y Menéndez, C. (2017). Efectos en la salud mental de las personas albergadas por el terremoto en Ecuador. *Alternativas*, 18(1), 38-42.
- Chaloupka, F., Cummings, K., Morley, C. y Horan, J. (2002). Tax, price and cigarette smoking: Evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies. *Tobacco Control*, 11(1), 62-73.
- Christia, T., Kazani, A., Stylianidis, S., Tepetzikioti, M., Tritari, M. y Tzeferakos, G. (2021). Prevalence of trauma, PTSD and psychotic symptomatology in relation to suicidality and quality of life in substance users. *Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health*, 4(1), 18-29. <https://doi.org/10.26386/obrela.v4i1.147>
- Clayton, R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse*. 15-51. American Psychological Association.
- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. (2014). *IV Estudio nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años*. (4ta. ed.)
- Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. (2020). Número de fallecidos por causas asociadas al consumo de alcohol y drogas según CIE-10.  
<http://indicadores.igualdad.gob.ec/DatosIndicadores-39-6-89>

- Crespo, M., Gómez, M. y Soberón, C. (2017). EGEP-5. Evaluación Global de Estrés Postraumático. TEA Ediciones. <https://web.teaediciones.com/EGEP-5-Evaluacion-Global-de-Estres-Postrumatico.aspx>
- Crocq, M., y Crocq, L. (2000). *From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology*. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 47–55. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22033462>
- de Jong, J., Komproe, I. y Ommeren, M. (2001). Acontecimientos de la vida y trastorno de estrés postraumático en cuatro contextos posconflictos. 286(5), 555-562. doi:10.1001/jama.286.5.555
- Dube, S., Felitti, V., Dong, M., Chapman, D., Giles, W. y Anda, R. (2003). *Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study*. *Pediatrics*, 111, 564-572.
- Echeburúa, E., Amor, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado, F. y Muñoz, J. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica* 34(2), 111-128. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>
- Fernández, C., León, L., Lázaro, Ó., García, A. y Gutiérrez, V. (2016). *Cerebro y Sustancias Psicoactivas. Elementos Básicos para el Estudio de la Neurobiología de la Adicción*. Centro de Integración Juvenil, A.C.
- Gago, J. (2014). Teoría del apego. El vínculo. *Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar*. 11, 1-11.
- García, J. (2016). Los traumas y sus efectos psicológicos. [Psicoterapeutas.com](https://psicoterapeutas.com). <https://psicoterapeutas.com/trastornos/traumas/>

- Gil, J., Pastor, J., De Paz, F., Barbosa, M., Macías, J., Maniega, M., Rami, L. y Cañizares, S. (2003). Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso. *Revista de Neurología*, 36(4), 361-365. <https://doi.org/10.33588/rn.3604.2002052>
- Gorwood, P., Le Strat, Y., Ramoz, N., Dubertret, C., Moalic, J. y Simonneau, M. (2012). Genetics of dopamine receptors and drug addiction. *Human Genetics*, 131, 803-822. doi:10.1007/s00439-012-1145-7
- Gualpa, G., Choca, E. y Basantes, D. (2020). Trastorno de estrés Postraumático; experiencias en Ecuador en la población de Riobamba. *Polo del Conocimiento*, 5(2), 643-654. [10.23857/pc.v5i2.1302](https://doi.org/10.23857/pc.v5i2.1302)
- Jorge, E. y González, C. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes Psicológicos*, 17(2), 39-66. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a02>
- Kendler, K., Bulik, C., Silberg, J., Hettema, J., Myers, J. y Prescott, C. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953-959.
- Kendler, K., Neale, M., Heath, A., Kessler, R. y Eaves, L. (1994). A twin-family study of alcoholism in women. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 707-715. doi:10.1176/ajp.151.5.707
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C., y Walters, E. (1995) posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
- Khan, M. (2022) Trastorno por uso de sustancias. Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-relacionados-con-sustancias/trastornos-por-uso->

de-sustancias

- Latendresse, S., Rose, R., Viken, R., Pulkkinen, L., Kaprio, J. y Dick, D. (2008). Parenting mechanisms in links between parents' and adolescents' alcohol use behaviors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(2), 322–330.  
<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00583.x>
- León, L., y Lázaro, Ó. (2016). Factores neurobiológicos y genéticos. En *Cerebro y sustancias psicoactivas. Elementos básicos para el estudio de la neurobiología de la adicción*. 9. Centros de Integración Juvenil.
- Levin, L. (2011). *Las adicciones como construcción social: conocimientos, posicionamiento público e implementación estatal de tratamientos* [Tesis de doctorado]. Universidad Nacional de Quilmes.
- Martín del Moral, M. y Lorenzo, P. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J. y Lizasoain, I. (3) *Drogodependencias*. 1-25. Editorial Médica Panamericana.
- Matteo, N. y Martínez, D. (2020) Una aproximación fenomenológica a la experiencia de recaída en el consumo de alcohol en personas con síntomas disociativos y experiencias traumáticas. *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología Limite*, 15. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-50652020000100207>.
- Medina, M., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J. y Fleiz, C. (2005) Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Revista de Salud Pública de México*, 47(1).
- Mendoza, S., Márquez, O., Veyta, M., Ramos, L. y Orozco, R. (2017) Eventos potencialmente traumáticos y sintomatología postraumático en estudiantes de preparatoria. *Revista de Salud Pública de México*, 59(6).  
<https://doi.org/10.21149/8716>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017). Informe mundial sobre las drogas: resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. 9.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2020). Prevalencia del uso de drogas en la población en general. [https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2022\\_annex.html](https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2022_annex.html)

Oliva, A., Parra, Á. y Sánchez, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 153-169.

Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico.

Organización Mundial de la Salud (1994). En definición de términos: drogas ilícitas. 34.

Organización Mundial de la Salud (2024). Trastorno de estrés postraumático.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>

Organización Panamericana de la Salud. (S.f).

<https://www3.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/res-pahoerc.pdf>

Ortega, M., Calva, J., Flores, A., Leff, P. y Antón, B (2012). Las adicciones, hallazgos genómicos. *Salud Mental*, 35, 129-135.

Ouimette, P., Goodwin, E., y Brown, P. (2000) PTSD and the development of substance use disorders. *Psychological Bulletin*, 126(1), 66-79. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.1.66>

Pabón, D., Barchelot, L., Galván, G., Vázquez De la Hoz, F., Guerrero, M. y Salas, L. (2023). Situaciones traumáticas en víctimas de desplazamiento forzado en Colombia con diagnóstico de TEPT: inicio, tipos, frecuencias, gravedad e impacto. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(1), 25-35.

- Pilowsky, D., Keyes, K. y Hasin, D. (2009). Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. *American Journal of Public Health*, 99, 258-263.
- Pontificia Universidad Católica de Chile [CITUC] (2019) Figura sobre clasificación de drogas ilícitas según su efecto en el sistema nervioso central.  
<https://www.scielo.cl/img/revistas/rmc/v147n12//0717-6163-rmc-147-12-1613-gf01.jpg>
- Prom, E., Ebejer, J., Dick, D. y Bowers, M. (2017). The genetic epidemiology of substance use disorder: A Review. *Drug and Alcohol Dependence*, 180, 241-259. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.06.040
- Reguera, B., Altungy, P., Cobos, B., Navarro, R., Gesteira, C., Fausor, R., Morán, N., García, M. y Sanz, J. (2021). Desarrollo de una versión breve de la PTSD Checklist (PCL) basada en la definición de trastorno de estrés postraumático de la CIE-11. *Ansiedad y Estrés*, 27, 57–66. <https://doi.org/10.5093/anyes2021a8>
- Romero, D., Andaverde, A., Ybarra, J. y Orozco, L. (2022). Perfiles de personalidad, droga de impacto y seguimiento de pacientes atendidos en un centro de rehabilitación al Noreste de México. *Acta universitaria*, 32, e3327. Epub 24 de octubre de 2022. <https://doi.org/10.15174/au.2022.3327>
- Rojas, M. (2016) Trastorno de Estrés Postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 73(619), 233-240.
- Ross, N. (1948). *War Stress and Neurotic illness*. By Abram Kardiner, MD with the Collaboration of Herbert Spiegel, MD Second Edition of *The Traumatic Neuroses of War*. (H. (col. Spiegel, Ed.) (2da ed., Vol. 17). Paul B. Hoeber. <https://doi.org/10.1080/21674086.1948.11925710>



- Rubio, G. y Escobar, Y. (2002). Comorbilidad psiquiátricas y abuso de drogas. En Martínez. M. y Rubio, G. Manual de drogodependencias para enfermería. 276-281. Díaz de Santos, S.A.
- S.A. (2021). Ecuador a palos de ciego: 7 años sin un estudio sobre consumo de drogas. Plan V. <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/ecuador-palos-ciego-7-anos-sin-un-estudio-sobre-consumo-drogas#:~:text=Seg%C3%BAAn%20sus%20cifras%2C%20en%20el,y%20200%20toneladas%20de%20drogas>
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P., Gemeinhardt, B. y Küstner, U. (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family patterns of attachment. *Attachment & Human Development*, 9, 111-126.
- Scott, M., Noh, S., Brands, B., Hamilton, H., Gastaldo, D., Wright, M. da Gloria, M., Cumsille, F. y Khenti, A. (2015). Influencia de pares, familia, espiritualidad, entretenimiento y consumo de drogas en estudiantes de Universidad en Manabí, Ecuador. *Texto y Contexto - Enfermagem*, 24(Esp), 154–160. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001180014>
- Shaffer, D. (2000). *Social and personality development*. Belmont: Wadsworth
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Simpson, T., Kaysen, D., Fleming, C., Rhew, I., Jaffe, A., Desai, S., Hien, D., Berliner, L., Donovan, D. y Resick, P. (2022). Terapia de procesamiento cognitivo o prevención de recaídas para el trastorno de estrés postraumático comórbido y el trastorno por consumo de alcohol: un ensayo clínico aleatorizado. *PloS One*, 17(11), e0276111–e0276111. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276111>

- Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. Manual Moderno.*
- Tirapu, J., Muñoz, J., Pelegrín, C. y Albéniz, A. (2005). Propuesta de un protocolo para la evaluación de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 41, 177-186.
- Torrens, M., Tirado, J., Fonseca, F., Farré, M., González, A., Arrojo, M., Bernardo, M., Arranz, B., Garriga, M., Sáiz, P., Flórez, G., Goikolea, J., Zorrilla, I., Cunill, R., Castells, X., Becoña, E., López, A. y San, L. (2021). Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con depresión y un diagnóstico comórbido de trastorno por uso de sustancias. *Adicciones*, 20(10), 1–20.  
<https://doi.org/10.20882/adicciones.1559>
- Trujillo, M. (2019). La adicción y sus diferentes conceptos. *Centro Sur* 3(2)  
<https://doi.org/10.37955/cs.v3i2.18>
- Van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2, 7-22.
- Volkow, N. y Muenke, M. (2012). The genetics of addiction. *Human Genetics*, 131, 773–777.  
[doi:10.1007/s00439-012-1173-3](https://doi.org/10.1007/s00439-012-1173-3)
- Zarco, J., Caudevilla, F., Cabezas, C. y Navarro, C., (2007). En Casado, V., Calero, S y Cordón, (Eds.) *Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria*. 1201-1264.

## Anexos

### Anexo 1. Solicitud al CETAD

Cuenca, (Fecha).

Psic. XXXX XXXX XXXX

**Director Técnico CETAD**

Reciba un cordial saludo,

Mediante la presente, nosotras, **Camila Massiel Silva Groenow** y **Anahí Julissa Torres Cadmilema** con cédula de identidad **0925472896** y **0106481815**, respectivamente, en nuestra calidad de estudiantes de **Psicología Clínica** de la **Universidad del Azuay**; nos dirigimos a usted muy comedidamente con la intención de solicitar su autorización para la investigación de tesis de grado con el tema “**Trastorno de Estrés Postraumático en Pacientes con Consumo Problemático de Sustancias**” que corresponde a la tesis dirigida por **Mgt. Viviana Vásquez**.

Se realiza la misma con el objetivo de evaluar la presencia de sintomatología concordante al TEPT en usuarios con consumo problemático de sustancias. Se les entregará una ficha sociodemográfica en donde se especifica la edad, etnia, estado civil y nivel de instrucción; además, una encuesta breve sobre la cantidad de internamientos, edad de inicio de consumo y sustancias de consumo previo. Por último, se aplicarán los reactivos EGEP-5 y EGS-R que miden sintomatología y frecuencia del TEPT, respectivamente.

Los mismos están relacionados a responder la siguiente pregunta de investigación, ¿Los pacientes con consumo problemático de sustancias, tienen de forma dual sintomatología concordante con TEPT?

Este estudio se realiza únicamente con fines de investigación, en la cual se preservará el anonimato de las personas quienes participarán de manera voluntaria. A los usuarios seleccionados se les entregará un consentimiento informado, el cual deberán firmar previo a la aplicación de las encuestas y reactivos.

Se cuenta con los siguientes criterios de inclusión:

- Personas con un rango de edad de 18 a 65 años

- Que no presenten brotes psicóticos ni deterioro cognitivo significativo
- Que se encuentren actualmente en internamiento en CETAD

Por tal motivo, hemos seleccionado su CETAD que representa su persona, seguros de contar con su participación y autorización, siendo esta investigación requisito indispensable para la obtención de nuestra titulación, quedamos desde ya, agradecidas.

Una vez obtenidos los resultados de la aplicación de los reactivos, nos comprometemos a compartir los datos globales con usted.

Saludos cordiales,

---

**Camila Massiel Silva Groenow**  
**Estudiante**  
C.I.: 0925472896

---

**Anahí Julissa Torres Cadmilema**  
**Estudiante**  
C.I.: 0106481815

---

**Mgt. Viviana Vásquez**  
**Directora de Tesis**  
sv.vasquez@uazuay.edu.ec

## **Anexo 2. Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento es explicar de una manera clara y concisa la naturaleza de la investigación, así como su rol en la misma como participante.

La presente investigación es conducida por Camila Silva y Anahí Torres, en calidad de estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es determinar si existen síntomas relacionados al Trastorno de Estrés Postraumático en los participantes del CETAD.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá aproximadamente 1 hora de su tiempo donde deberá responder: una ficha sociodemográfica, donde se especifique: su edad, estado civil, etnia y nivel de instrucción; una encuesta sobre consumo, donde se especifique: cantidad de internamientos y sustancias de preferencia. Además, se le aplicará el Test EGEP-5 y Test EGS-R para medir la presencia de sintomatología postraumática y su frecuencia, respectivamente.

La información que se recoja será confidencial, no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Su participación en este estudio es voluntaria, las respuestas a la ficha, y cuestionarios que usted proporcione serán codificadas, por lo tanto, anónimas.

Usted está en su derecho de retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique de alguna manera. No se darán remuneraciones de ningún tipo por la participación en la investigación. Si tiene alguna pregunta sobre este proyecto, puede realizarla en cualquier momento durante su participación en el mismo, estaremos dispuestas a responder.

El beneficio para los usuarios del CETAD que se obtendrá de esta investigación, será mejorar el diagnóstico y tratamiento psicológico para aquellas personas que presenten sintomatología que concuerde al Trastorno de Estrés Postraumático, esto supone un alivio emocional y psicológico a los usuarios con estrés por trauma.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Camila Silva  
INVESTIGADORA

---

Anahí Torres  
INVESTIGADORA

He sido informado sobre la meta de este estudio y de los beneficios del mismo. Me han indicado que tendré que responder una ficha sociodemográfica, una encuesta y dos reactivos relacionados a la sintomatología y su frecuencia con respecto al Trastorno de Estrés Postraumático.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial, no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto me perjudique a mi persona.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por Camila Silva y Anahí Torres.

---

Firma del Participante

### Anexo 3. Ficha de datos sociodemográficos y encuesta breve sobre consumo

En esta primera ficha, usted debe reflejar algunos datos personales, con estos datos no pretendemos identificarlo o revelar su anonimato. De igual forma, se le pide responder a 4 preguntas relacionadas al consumo de sustancias. El propósito de esta sección es poder relacionar los datos obtenidos en esta sección para establecer características similares relacionadas a la sintomatología del estrés por trauma.

Le agradecemos su sinceridad tanto en esta ficha como en las siguientes. Por favor proporcione los siguientes datos:

**1. Sexo:**

- Femenino
- Masculino
- Otro: \_\_\_\_\_

**2. Edad:** (Coloque la respuesta en números en el espacio en blanco)

Tengo \_\_\_\_\_ años.

**3. Procedencia:** (Señale con una X la respuesta)

- Ecuatoriano
  - Región Costa
  - Región Sierra
  - Región Oriente
  - Región Insular o Galápagos
- Otra: \_\_\_\_\_

**4. Etnicidad con la que se identifica:** (Señale con X la respuesta)

<input type="checkbox"/>	Mestiza	<input type="checkbox"/>	Montubia
<input type="checkbox"/>	Blanca	<input type="checkbox"/>	Negra
<input type="checkbox"/>	Indígena	<input type="checkbox"/>	Otra: _____
<input type="checkbox"/>	Afroecuatoriana	<input type="checkbox"/>	

**5. Estado Civil:** (Señale con X la respuesta)

<input type="checkbox"/>	Soltero	<input type="checkbox"/>	Divorciado
--------------------------	---------	--------------------------	------------

<input type="checkbox"/>	Unión libre	<input type="checkbox"/>	Separado
<input type="checkbox"/>	Casado	<input type="checkbox"/>	Viudo

**6. Nivel de instrucción:** (Señale con X la respuesta)

<input type="checkbox"/>	No estudió	<input type="checkbox"/>	Universidad
<input type="checkbox"/>	Primaria	<input type="checkbox"/>	Posgrado
<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Otro: _____

**7. ¿Actualmente usted es usuario de un CETAD, es la primera vez que usted ingresa o es ingresado a un Centro de Rehabilitación?** (Señale con una X la respuesta)

- Sí
- No

**8. En el caso de que su respuesta fuera NO. Indique el número de veces que ha sido usuario de un CETAD.** (Coloque la respuesta en números en el espacio en blanco)

En \_\_\_\_\_ ocasiones.

**9. Indique por favor: ¿A qué edad empezó usted a consumir sustancias?** (Coloque la respuesta en números en el espacio en blanco)

A los \_\_\_\_\_ años.



**10. Usted fue ingresado por consumo problemático de sustancias. Por favor indique qué sustancia era de su preferencia al momento de consumir.**

(Si es más de una, coloque una X por cada respuesta que usted considere)

	Ácidos		Flunitrazepam
	Alcohol		Heroína
	Anfetaminas		Hongos
	Ayahuasca		Jarabes para la tos (Codeína)
	Base de Cocaína		Ketamina o Keta
	Base de Crack		Lorazepam
	Clonazepam		Marihuana
	Clordiazepóxido		Nitrazepam
	Cocaína		Pepas
	Crack		Popper
	Diazepam		Tabaco/ Nicotina
	Disolventes		Triazolam
	Fentanilo		Tusi (Cocaína Rosa)
Otros:			
_____			