

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA COMO FACTOR  
DE RIESGO PARA ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS  
EN UNIVERSITARIOS**

**AUTORA: NÚÑEZ ALTAMIRANO PAULA NICOLE**

**ASESORA: RAMÍREZ ESPINOLA ANA FIORELLA**

**Trujillo – Perú**

**2020**

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente estudio a mis padres, Karina Altamirano Cabrera y Rómulo Núñez Paz, mi apoyo incondicional, quienes han estado todo el tiempo conmigo y han vivido de cerca el duro trabajo que ha involucrado esta investigación. Me han motivado a diario y lo que logre es por y para ellos.

A mi hermanito Sebastián Núñez Altamirano, por motivarme siempre, quiero que veas que todo lo que yo pueda hacer, tu puedes hacerlo mejor.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, a mis padres y a mi hermano, ellos han vivido estos años de la carrera conmigo, hemos aprendido juntos y sabiendo que no existe forma de agradecerles, quiero que sientan que el logro de todos mis objetivos también es de ellos, así como de mi mejor amiga. Gracias a todos por su constante apoyo.

Gracias a mi Asesora por compartir su experiencia y conocimientos conmigo, y por su guía y estímulo para lograr la realización de esta investigación.

Agradezco además a todas las personas que formaron parte de estudio, obsequiando minutos de su tiempo para resolver la encuesta que forma parte de el, gracias por el apoyo y buenos deseos.

## **RESUMEN:**

**Objetivo:** Determinar si el trastorno de ansiedad generalizada es un factor de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio, analítico, transversal en el que se incluyeron 228 estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo. Se les aplicó una encuesta utilizando el Cuestionario para trastorno de ansiedad generalizada del DSM IV para evaluar la presencia del trastorno de ansiedad generalizada y la prueba de detección de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST 3.0/OMS) para evaluar la presencia de abuso de sustancias psicoactivas, además se analizó la influencia de otros factores de riesgo en la asociación de estas patologías. Se aplicó el Odds Ratio de prevalencia, la prueba estadística Chi Cuadrado y un modelo de regresión logístico.

**Resultados:** De 228 estudiantes, 130 (57%) presentaron abuso de sustancias psicoactivas y 157 (68,8%) trastorno de ansiedad generalizada, la prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas en estudiantes con trastorno de ansiedad generalizada fue 62,4%, mayor a la prevalencia en estudiantes sin este trastorno (45,1%). La asociación de ambas patologías se expresó con un ORP=2,024, estadísticamente significativo ( $p=0,014 <0,05$ ). La frecuencia de abuso de bebidas alcohólicas fue 36,3%, de abuso de tabaco fue 35.7%, de abuso de sedantes 35.0% y de abuso cannabis 15.9%. El modelo de regresión logístico dio a conocer que si se presenta trastorno de ansiedad generalizada junto con factores de riesgo como trastorno depresivo mayor y afiliaciones entre pares, los 2 últimos predisponen más al abuso de sustancias psicoactivas.

**Conclusiones:** El trastorno de ansiedad generalizada es un factor de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas, siendo las bebidas alcohólicas, tabaco, sedantes y cannabis los tipos de sustancias psicoactivas de abuso que mas se asociaron a este trastorno. Sin embargo si se presenta asociado a trastorno depresivo mayor y las afiliaciones entre pares, estos resultan más influyentes que para el abuso de sustancias psicoactivas.

**Palabras clave:** *Trastornos de ansiedad generalizada, abuso de sustancias psicoactivas, factor de riesgo.*

**ABSTRACT:**

**Objective:** To determine if generalized anxiety disorder is a risk factor for psychoactive substance abuse.

**Material and methods:** An analytical, cross-sectional study was carried out in which 228 students from the Faculty of Human Medicine of the Private University Antenor Orrego, Trujillo were included. A survey was applied using the DSM IV Generalized Anxiety Disorder Questionnaire to assess the presence of Generalized Anxiety Disorder and the Alcohol, Tobacco and Substance Screening Test (ASSIST 3.0 / WHO) to assess the presence of substance abuse. psychoactive, the influence of other risk factors in the association of these pathologies was also analyzed. The prevalence Odds Ratio, the Chi Square statistical test and a logistic regression model were applied.

**Results:** Of 228 students, 130 (57%) presented psychoactive substance abuse and 157 (68.8%) generalized anxiety disorder, the prevalence of psychoactive substance abuse in students with generalized anxiety disorder was 62.4%, higher to the prevalence in students without this disorder (45.1%). The association of both pathologies was expressed with an ORP = 2,024, statistically significant ( $p = 0.014 < 0.05$ ). The frequency of abuse of alcoholic beverages was 36.3%, that of tobacco abuse was 35.7%, that of sedative abuse 35.0%, and that of cannabis abuse 15.9%. The logistic regression model revealed that if general anxiety disorder occurs Along with risk factors such as major depressive disorder and peer affiliations, the last 2 predispose more to the abuse of psychoactive substances.

**Conclusions:** Generalized anxiety disorder is a risk factor for psychoactive substance abuse, with alcoholic beverages, tobacco, sedatives and cannabis being the types of psychoactive substances of abuse that were most associated with this disorder. However, if it is associated with major depressive disorder and peer affiliations, these are more influential than for psychoactive substance abuse.

**Key words:** *Generalized anxiety disorders, psychoactive substance abuse, risk factor.*

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN:</b> .....	<b>7</b>
ENUNCIADO DEL PROBLEMA: .....	15
OBJETIVOS: .....	15
HIPÓTESIS: .....	15
<b>II. MATERIAL Y MÉTODO:</b> .....	<b>16</b>
2.1.DISEÑO DE ESTUDIO: .....	16
2.2.POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:.....	16
2.3.DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES: .....	18
2.4.PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:.....	20
2.5.PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS: .....	23
2.6.ASPECTOS ÉTICOS:.....	24
<b>III. RESULTADOS:</b> .....	<b>25</b>
<b>IV. DISCUSIÓN:</b> .....	<b>32</b>
<b>V. CONCLUSIONES:</b> .....	<b>36</b>
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b> .....	<b>37</b>
<b>VII. ANEXOS:</b> .....	<b>40</b>

## **I. INTRODUCCIÓN:**

La OMS en 2015 dio a conocer a los trastornos de ansiedad como aquellos que tienen el 6to puesto entre las patologías mentales y somáticas en el mundo; lo que indica que son de las patologías crónicas con más influencia en la calidad de vida.(1) Son de las más frecuentes en centros de salud y de las más prevalentes entre estudiantes universitarios, es bien sabido que, cuando los niveles de ansiedad están equilibrados esta resulta beneficiosa al ayudar a encarar las dificultades de la vida universitaria, por el contrario, cuando sus niveles son excesivos afecta al estudiante, disminuyendo su rendimiento académico y deteriorando sus relaciones interpersonales.(2)

Generalmente una respuesta al estrés de manera aguda puede ser adaptativa a corto plazo, pero con el tiempo, si un individuo está sujeto a estresantes agudos que se desencadenan repetidamente, la mala adaptación puede dar lugar a trastornos psiquiátricos, convirtiéndose en estrés crónico y afectando los sistemas biológicos a nivel neuroendocrino, autonómico y conductual, afectando el sistema biológico homeostático elevando el efecto del estrés en el cuerpo, por lo que al acumularse este, se desarrollan efectos adversos para la salud, como el trastorno de ansiedad generalizada (TAG).(3) La ansiedad, por tanto, sigue una función adaptativa, pero a su vez se convierte en una patología cuando la afección psicosocial y fisiológica es significativa, cuando los síntomas son severos y persistentes y se interponen con la vida diaria. (2)

La edición número 5 del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM 5) define el TAG como ansiedad asociada a excesivas preocupaciones sobre situaciones o actividades persistentes e incontrolables para los pacientes, con un mínimo de 3 síntomas que indiquen sobreactivación fisiológica, presentes casi a diario en al menos más de 6 meses. (4)

El TAG es el segundo trastorno mental más común, luego de la depresión; sin embargo el curso crónico y variable de sus manifestaciones clínicas, el

hecho de que la mayor parte de la población que lo padece no busque atención y que su identificación como trastorno en la atención primaria sea deficiente, vuelven difícil que se pueda lograr un diagnóstico y tratamiento ideal.(5) Este trastorno se caracteriza por ansiedad crónica con expectación aprensiva, angustia, irritabilidad, agitación, fatiga, insomnio y dificultad para la concentración.(6) Está determinado por una excesiva preocupación, duradera, no controlable, que se asocia a tensión muscular e hiperactividad autonómica, cuya incidencia es mayor conforme la edad.(7) La prevalencia es mayor entre las mujeres, aproximadamente 6%, siendo en hombres 3%.(8) En estos pacientes, la capacidad para inhibir las características cognitivas, conductuales y fisiológicas es menor, y se asocia con inflexibilidad además de rigidez cognitiva. (9)

Teniendo en cuenta las características neurobiológicas del TAG, se ha identificado la interrumpida coordinación de la actividad cerebral como una de ellas.(3) La amígdala, área del cerebro que se encarga del condicionamiento al miedo, recibe información sensorial del tálamo, la corteza sensorial y prefrontal, los nexos entre la amígdala y las áreas de la corteza prefrontal regulan el miedo y las respuestas psicológicas consiguientes, cuando este sistema entra en desbalance, se produce un síndrome de ansiedad clínica.(10) En la adolescencia y adultez, ocurre una baja conectividad entre la amígdala y la corteza prefrontal que se relaciona con el TAG. La corteza prefrontal resulta crucial para la regulación de las emociones, específicamente las regiones ventromediales, que se cree controlan emociones negativas como la ansiedad.(3)

Dentro de los circuitos de neurotransmisores en la amígdala implicados en el la ansiedad está el del ácido gamma-aminobutírico (GABA), que controla el estado de excitabilidad en las áreas del cerebro. El nivel de actividad neuronal es regulado por el balance entre la actividad excitatoria del glutamato y la actividad inhibitoria del GABA, la ansiedad se produce por una atenuación del sistema GABAérgico, a consecuencia de una disfunción en el funcionamiento del receptor GABA-A por cambios en la

concentración del neurotransmisor o del número de sus receptores,(11) lo que explica que las personas con TAG tengan una respuesta fisiológica hipervigilante y reactividad aumentada a la amenaza.(3) El receptor del GABA tiene un canal por cual los iones de cloruro ingresan a la célula cuando un agonista como el GABA se une a ella, el flujo de cloruro disminuye la actividad eléctrica neuronal y provoca una acción inhibitoria; las benzodiazepinas, por ejemplo, ejercen propiedades ansiolíticas, reducen las respuestas de ansiedad al actuar como moduladores alostéricos porque aumentan aún más acción inhibitoria.(10)

Se ha demostrado que hasta el 33,7% de personas padecen un trastorno de ansiedad, y este asociado al abuso de sustancias se evidencia en quienes experimentan sentimientos negativos y por consiguiente usan sustancias psicoactivas como una forma de enfrentarlos. Aquellos pacientes con TAG cuentan con una prevalencia mayor de abuso de sustancias psicoactivas si se comparan con individuos sin trastornos psiquiátricos.(12) Sin embargo, aunque cabe resaltar que otros factores como la depresión y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad exacerbaban el riesgo de consumir sustancias, es significativa la frecuencia con la que el abuso de sustancias ocurre relacionado a trastornos de ansiedad, cerca del 18% de los pacientes con historia de consumo de sustancias psicoactivas cuentan con criterios para diagnosticar un trastorno de ansiedad.(13) Actualmente, a nivel internacional se ha destacado la importancia de diagnosticar y manejar precozmente la patología ansiosa, por su trascendencia y la conexión etiológica de sus características con el consumo de sustancias. (14)

El DSM 5 refiere abuso de sustancias como un modelo desadaptativo de consumo de sustancias caracterizado por efectos adversos significativos, repetitivos asociados con el consumo reiterado de estas. Además, define dependencia como un grupo de manifestaciones cognoscitivas y del comportamiento que señalan que la persona continúa consumiendo la sustancia, aun cuando esta le genera problemas significativos, llevándolo a un patrón de autoadministración repetido que genera consumo

compulsivo, tolerancia (necesidad de requerir mayores dosis de una sustancia para obtener el efecto deseado o disminución de sus efectos por el uso continuo a la misma dosis) y abstinencia (cambio desadaptativo, asociado a aspectos fisiológicos y cognoscitivos, que ocurre cuando la concentración de una sustancia disminuye en la sangre de un individuo que la ha consumido a altas cantidades por un tiempo prolongado).(15)

Es evidente la complejidad que existe en la asociación entre los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias, razón por la cual se pone énfasis en la existencia de factores de riesgo como historia familiar de trastornos del estado de ánimo y afiliaciones entre pares como influyentes en el desarrollo de conductas de abuso. Sin importar el tipo de trastorno de ansiedad, el abuso de sustancias podría tener un inicio relativamente tardío en relación a estos, mostrándose como comportamientos que incluyan automedicarse para combatir los síntomas de la ansiedad.(16) Estas conductas suelen ser persistentes y evidenciarse en edad temprana; por lo que el consumo de sustancias en sujetos de 24 años o menos es hoy en día un problema de salud de relevancia. (17)

La comorbilidad psiquiátrica y dependencia a sustancias se presenta con mayor frecuencia entre 18 y 29 años.(18) En el caso de los hombres, con frecuencia tienen como comorbilidad asociada al trastorno de ansiedad generalizada, trastornos por abuso de sustancias, y las mujeres trastornos del estado de ánimo.(8) El término sustancias según el DSM 5 hace referencia a una droga de abuso, medicamento o a un tóxico,(15) un compuesto psicoactivo, cualquiera que sea, con la capacidad de causar problemas de salud e inconvenientes sociales y que pueden ser legales, ilegales o prescritos. (19)

El DSM 5 indica que existen 10 diferentes sustancias de abuso: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otros. Todas estas activan los sistemas de recompensa en el cerebro tras su consumo en exceso,

producen una sensación de placer intensa que puede llegar a afectar las actividades diarias del individuo.(17) A nivel fisiológico, el eje límbico-hipotalámico-hipofisario-adrenal, responsable de la reacción al estrés, se relaciona con la vía de recompensa mesolímbica, con papel crítico en la percepción del placer, por lo que las situaciones de adversidad de manera acumulada son significativamente predictivas del abuso de sustancias.(20)

El uso de sustancias como conducta probablemente se deba a la sensación de alivio que provocan en el paciente, además de la disminución de los síntomas de la ansiedad producida por las interacciones con los neurotransmisores GABA, glutamato, serotonina y noradrenalina.(12) Ya que el fin principal de este comportamiento es generar calma o alivio sobre respuestas psicofisiológicas relacionadas con una probable amenaza que provoque ansiedad, los pacientes aprenden su administración para obtener dichos efectos, y con el tiempo, se convierte en un consumo problemático.(21)

Cualquier sensación placentera es regulada por el sistema motivación – recompensa, integrado por el área tegmental ventral (ATV) y el núcleo accumbens, que reciben modulación de la amígdala, y es el sentir placer lo que nos lleva a repetir conductas. Las drogas de abuso son capaces de activar este sistema 2 a 10 veces más que un reforzador natural, con efectos más prolongados, lo que activa los sistemas homeostáticos y cada vez hay más necesidad de consumo para generar el mismo efecto.(22) Además de este sistema, contamos con otro, el sistema endocanabinoide (seCB) que aumenta y regula la sensación de placer, controla la inhibición del comportamiento, su falta de regulación puede estimular el consumo de una droga de abuso y al ser activado por estas fomenta la dependencia a las mismas. (23)

Las neuronas del ATV incrementan su actividad en respuesta a la activación dada por el reforzador y los neurotransmisores, y se puede prolongar la sensación de placer mediante el seCB y las endorfinas que

son moduladores. Las sustancias psicoactivas actúan sobre los receptores de estos neurotransmisores y neuromoduladores. El alcohol, por ejemplo, actúa sobre los receptores GABA-A, reduciendo la tensión y provocando sensación de bienestar por un aumento de la inhibición neuronal y los moduladores son responsables de sus efectos placenteros, la nicotina, ejerce su efecto sedante a través de los receptores nicotínicos colinérgicos, la marihuana actúa en los receptores a endocannabinoides, la morfina y heroína en los de endorfinas, y la cocaína y anfetaminas, a nivel del transportador de dopamina. Estas interacciones generan sensación de recompensa y placer.(22)

Resulta frecuente que se presenten síntomas psiquiátricos como antecedente a síntomas de abuso, por lo que el consumo de sustancias funciona en parte como medio de autorregulación para aminorar la clínica del trastorno de ansiedad.(18) Por ejemplo; el alcohol, al igual el cannabis, consta de propiedades ansiolíticas que desaparecen tras la intoxicación aguda, lo que puede fomentar el aprendizaje del consumo de alcohol o cannabis como respuesta conductual para mitigar la angustia emocional. Esta urgencia negativa puede explicar la conexión entre la patología ansiosa y el abuso de sustancias al generar conductas impulsivas de refuerzo negativo que pueden reducir los síntomas ansiosos a corto plazo, pero agravar la patología a largo plazo. (24)

Existe alta evidencia sobre la presentación relativamente temprana de los trastornos de ansiedad y la vulnerabilidad relacionada a trastornos posteriores como comorbilidad, en el 30% de los casos, el TAG aparece en primera instancia y luego se desarrolla el abuso de sustancias psicoactivas. (16)

Dada la etiología multifactorial de estas patologías, factores de riesgo como antecedentes familiares de depresión, de conducta problemática con alcohol o drogas, antecedente de trauma y victimización y ambiente familiar vulnerable, pueden desempeñar un rol importante en la aparición de TAG asociado al abuso de sustancias. Al rededor el 50% de las

personas que padecen TAG tienen como comorbilidad un abuso de sustancias, los individuos con TAG y abuso de sustancias tienen una elevada vulnerabilidad para desarrollar otra psicopatología, mayor discapacidad conlleva a mayor abuso para aliviar los síntomas de la ansiedad. (25)

Las afecciones vinculadas a los trastornos de ansiedad como el TAG, contribuyen dando lugar a que se tome la decisión de empezar conductas de abuso de sustancias, al tener estas la capacidad de actuar como una herramienta que ayude a evitar dicha estimulación aversiva.

La principal razón de esta investigación parte del hecho que el abuso de sustancias psicoactivas es una conducta con alta relevancia en los últimos años. Su importancia reside en que los jóvenes y adultos jóvenes resultan ser afectados con mayor frecuencia dado que las generaciones actuales están más expuestas; estudios clínicos han demostrado un aumento del desarrollo de este hábito entre los pacientes con patologías psiquiátricas, habiendo así una relación entre la intensidad del cuadro clínico y la severidad del abuso de sustancias psicoactivas. Se escogió analizar alumnos de las carreras de medicina humana, estomatología y psicología debido a que existen ya numerosas investigaciones previas orientadas a una sola carrera, al escoger una población más amplia se apertura el estudio de nuevas poblaciones con diferentes agentes influyentes y factores riesgo, se pone énfasis en la importancia de analizar una población distinta porque el TAG y el abuso de sustancias psicoactivas son problemas de salud pública que involucran pacientes pertenecientes a diferentes realidades.

A través de esta investigación se dará conocer en mayor medida el TAG y que este es capaz de fomentar el abuso de sustancias, teniendo en cuenta que se acompaña de respuestas fisiológicas, subjetivas y conductuales, lo que influye de manera negativa en la persona y afecta su calidad de vida convirtiéndose en un factor de riesgo para que se genere una conducta de este tipo, los pacientes psiquiátricos reúnen más criterios

de abuso de sustancias, teniendo una conexión directamente proporcional con la gravedad de las patologías psiquiátricas.

Matos y cols. (Brasil 2018), realizaron un estudio transversal, con 1560 adultos jóvenes con una edad promedio de 20 años, donde la prevalencia de abuso/dependencia fue del 24,9% para tabaco, 26,9% para el alcohol y 7,3% para las sustancias ilícitas. Las personas con Trastorno de estrés postraumático (TEPT) o TAG tenían mayor prevalencia de abuso de sustancias en comparación con aquellos sin estos trastornos (PR = 2,41 y PR = 1,76, respectivamente). Descubrieron que hay mayor riesgo de abuso de sustancias en sujetos así.

Marín-Navarrete y cols. (México 2013), en un estudio transversal en Centros para la atención de adicciones, evaluaron 346 personas de sexo masculino, de 18 a 29 y de 30 a 65 años, de los cuales 3/4 (75,7%) tenían criterios para diagnosticar un trastorno mental. El grupo de trastornos como comorbilidad más frecuente fue el TDHA (56,9%), y justo después, los trastornos de ansiedad (30,3%), se logró identificar que más de 2/3 (83,5%) mostraron síntomas psiquiátricos previamente a los síntomas adictivos.

Alegría y cols. (Estados Unidos 2019) dieron a conocer un estudio transversal sobre si las personas con TAG y abuso de sustancias psicoactivas difieren significativamente de las personas con TAG sin esta comorbilidad, 43 093 participantes de 18 años a más completaron entrevistas personales, y se encontró que la prevalencia de TAG y abuso de sustancias psicoactivas es de aproximadamente 2,04%. Concluyeron que las personas con TAG y abuso de sustancias psicoactivas constituyen el 50% de la prevalencia de vida del TAG y tienen alta vulnerabilidad para psicopatología adicional, discapacidad y mayor abuso de alcohol y drogas para aliviar la clínica de ansiedad.

Goodwin y cols. (Estados Unidos 2013) realizaron un estudio transversal sobre el nexo entre los trastornos de ansiedad y la dependencia de

sustancias entre los adultos de la comunidad, con 5 788 personas. Obteniendo que un historial de fobia social, TEPT o TAG predice significativamente la dependencia de sustancias de por vida (OR = 1,51 para la fobia social, 2,06 para el TEPT, 1,45 para el TAG), casi en el 30% de los casos de TAG, el desorden de ansiedad comienza por primera vez.

**Enunciado del Problema:**

¿El trastorno de ansiedad generalizada es un factor de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas?

**Objetivos:**

**Objetivo General:**

Determinar si el trastorno de ansiedad generalizada es un factor de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas.

**Objetivos Específicos:**

1. Identificar la frecuencia del trastorno de ansiedad generalizada.
2. Identificar la frecuencia del abuso de sustancias psicoactivas.
3. Identificar la frecuencia del trastorno de ansiedad generalizada asociado abuso de sustancias psicoactivas.
4. Identificar que tipo de sustancia psicoactiva de abuso se asocia con mayor frecuencia a trastorno de ansiedad generalizada.
5. Identificar el rol que tienen las variables intervinientes (edad, género, trastorno depresivo mayor (TDM), disfunción familiar, violencia familiar, antecedente familiar de abuso de sustancias psicoactivas y afiliaciones entre pares) en el consumo de sustancias psicoactivas asociado a trastorno de ansiedad generalizada.

**Hipótesis:**

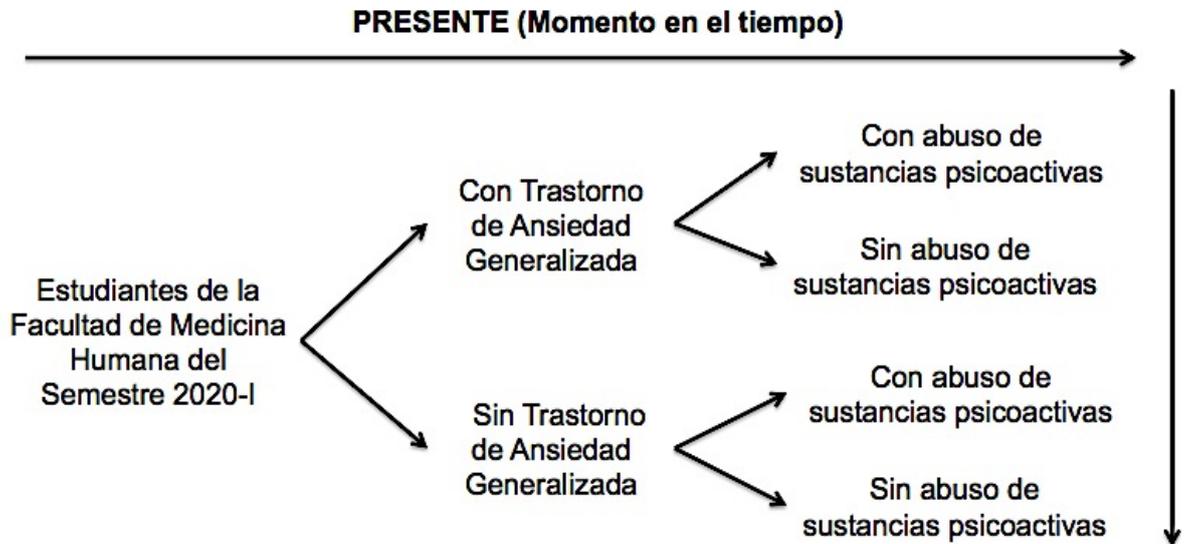
**H1:** El trastorno de ansiedad generalizada es un factor de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas.

**H0:** El trastorno de ansiedad generalizada no es un factor de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas.

## II. MATERIAL Y MÉTODO:

### 2.1. Diseño de estudio:

Analítico Transversal.



### 2.2. Población, muestra y muestreo:

#### POBLACIÓN:

**Población Diana:** Estudiantes universitarios.

**Población de Estudio:** Total de estudiantes de la facultad de medicina humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, semestre 2020 – I.

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

##### Criterios de Inclusión:

Alumnos de la facultad de medicina humana del semestre 2020 – I de la Universidad Privada Antenor Orrego.

##### Criterios de Exclusión:

Estudiantes con diagnóstico y tratamiento farmacológico para patología psiquiátrica.

Estudiantes menores de 18 años.

Estudiantes que no quieren brindar información completa.

## **MUESTRA:**

**Tipo:** Muestreo probabilístico aleatorio estratificado.

Dentro del estudio los estratos son las 3 carreras que componen la facultad de medicina humana, el número de estudiantes por escuela se divide sobre la población total, obteniendo así un valor que multiplicado por 100 nos da el porcentaje de estudiantes por escuela, valor que al ser multiplicado por el número de la muestra y dividido entre 100 nos da como resultado el número de estudiantes por escuela a quienes se les aplicará la encuesta.

**Unidad de análisis:** Alumnos de la facultad de medicina humana de la Universidad Privada Antenor Orrego del semestre 2020 – I.

**Unidad de muestreo:** las encuestas resueltas por cada uno de los estudiantes (escogidos según criterios de selección) que conforman la Escuela de Medicina Humana, de Estomatología y Psicología de la Facultad de Medicina Humana del semestre 2020 – I de la Universidad Privada Antenor Orrego.

**Tamaño Muestral:** Mediante la fórmula para estudio transversal:

$$n = \left( \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}}{e} \right)^2 P(1 - P), \text{ si la poblacion es infinita}$$

$$n_p = \frac{N_n}{N + n}, \text{ si la poblacion es finita}$$

Donde:

- P es la proporción esperada en la población.
- N es la población.
- Z es 1,96; nivel de confianza del 95%.
- e es la precisión absoluta del intervalo de confianza, 5%.

**Cálculo:** Usando EPIDAT 4.2.

**Datos:**

- Población aproximada: 2660
- Proporción: 20, 36%
- Efecto del diseño: 1,0

**Resultados:**

<b>Precisión (%)</b>	<b>Muestra</b>
5000	228

Asignación de los estudiantes según número de estudiantes por Escuela

<b>Escuelas</b>	<b>Nh</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
<b>Medicina Humana</b>	1560	58.65	134
<b>Estomatología</b>	500	18.80	43
<b>Psicología</b>	600	22.56	51
<b>Total</b>	2660	100	228

**n = 228**

**2.3. Definición operacional de variables:**

<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>REGISTRO</b>
<b>Abuso de sustancias psicoactivas</b>	Cualitativa	Nominal	Presenta No presenta
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>REGISTRO</b>
<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>	Cualitativa	Nominal	Presenta No presenta
<b>VARIABLES INTERVINIENTES</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>REGISTRO</b>
<b>Género</b>	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Ordinal	> 20 años < 20 años
<b>Trastorno depresivo mayor</b>	Cualitativa	Nominal	Presenta No presenta
<b>Disfunción Familiar</b>	Cualitativa	Nominal	Presenta No presenta
<b>Violencia Familiar</b>	Cualitativa	Nominal	Presenta No presenta
<b>Antecedente familiar de consumo de sustancias psicoactivas</b>	Cualitativa	Nominal	Presenta No presenta
<b>Afiliaciones entre pares</b>	Cualitativa	Nominal	Presenta No presenta

**VARIABLE INDEPENDIENTE:**

**TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

**Definición Operacional:**

Se identificará con puntuaciones  $\geq$  a 5,7 puntos después de aplicar el *Cuestionario para TAG del DSM IV*. (27)

**VARIABLE DEPENDIENTE:**

**ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

**Definición Operacional:**

Será identificado con resultados  $\geq$  de 4 puntos, a excepción del alcohol, cuyo abuso se identificará con puntajes  $\geq$ 11 después de aplicar la *Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST 3.0)* de la OMS.(12, 28)

**VARIABLES INTERVINIENTES:**

**TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR:**

**Definición Operacional:**

Identificado por puntajes  $\geq$  de 50 puntos tras la aplicación de la *Escala de depresión de autoevaluación de Zung*. (29)

**DISFUNCION FAMILIAR**

**Definición Operacional:**

Identificada por puntajes  $\leq$  de 16 puntos tras aplicar el cuestionario *APGAR Familiar*. (30)

**VIOLENCIA FAMILIAR**

**Definición Operacional:**

Identificada mediante una interrogante si existe o no agresión física adrede intrafamiliar, que ocasiona daño físico o patología importante, además de maltrato psicológico especificado como fracaso en proporcionar, como familia, un entorno apropiado y de apoyo, con hostigamiento verbal, críticas, insultos, y bloqueo de las iniciativas de sus miembros. (31)

## **ANTECEDENTE FAMILIAR DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

### **Definición Operacional:**

Se identificará mediante una interrogante si se conoce o no este antecedente.

## **AFILIACIONES ENTRE PARES**

### **Definición Operacional:**

Será identificada mediante una interrogante de si se refiere que los pares (personas pertenecientes al entorno social del individuo) tienen historia de consumo de sustancias psicoactivas.

## **2.4. Procedimientos y Técnicas:**

### **a) Técnica de recolección de datos.**

Observación: Sistemática.

Encuesta: Virtual.

### **b) Procedimiento para la recolección de datos:**

1. Se realizará una encuesta con la herramienta de Google Drive, Formularios Google (Anexo 1) utilizando:
  - Cuestionario para TAG estandarizado del DSM IV, donde en los ítems Sí/No, “sí” vale 1 punto y “no” vale 0, las respuestas del ítem 5 valen 1 punto y se dividen entre 3, del ítem 7 se dividen entre 3, para los ítems 8 y 9 se dividen entre 4 y los ítems omitidos se puntúan como cero, se considerarán puntuaciones  $\geq$  a 5,7 puntos.
  - La ASSIST 3.0, se considerarán resultados  $\geq$  a 4 puntos, a excepción del alcohol, cuyo abuso se identificará con puntajes  $\geq$  11.
  - Escala de depresión de autoevaluación de Zung, donde se considerarán puntajes  $\geq$  de 50.
  - El cuestionario APGAR familiar que evalúa como un individuo percibe su dinámica familiar, donde se consideraran puntuaciones  $\leq$  de 16.

- Tres interrogantes para identificar la presencia de violencia familiar, antecedente familiar de consumo de sustancias psicoactivas y afiliaciones entre pares.

Todos los cuestionarios se encuentran validados para su uso autoadministrado y en formato digital.(32, 33, 34)

La encuesta contará un aviso que indique que no se permite su resolución si el participante tiene diagnóstico y recibe tratamiento para patología psiquiátrica.

2. Después de esto, se realizará una ficha de recolección de datos (Anexo 2) donde estará especificado el puntaje de los test y escalas aplicadas y se indicará si se existe o no un trastorno o conducta determinada.
3. Se presentará una solicitud (Anexo 3) al decano de la Facultad de Medicina Humana de la UPAO/Trujillo, el Dr. Juan Díaz Plasencia, para obtener el permiso correspondiente y poder llevar a cabo la investigación con los alumnos pertenecientes a las distintas escuelas que conforman esta facultad: Escuela profesional de Medicina Humana, Estomatología y Psicología.
4. Debido al estado de emergencia por COVID-19, la encuesta será aplicada de manera virtual mediante su publicación en redes sociales u otros medios que se encuentren al alcance de estudiantes de las escuelas profesionales que conforman la facultad de medicina humana, como el grupo oficial en Facebook de la Facultad de Medicina Humana, además se hablará con aquellos estudiantes que sean delgados(as) de los distintos ciclos de las carreras profesionales para que compartan el enlace de la encuesta con sus compañeros.
5. Se publicará el enlace de la encuesta para ser resuelta por estudiantes representantes de cada ciclo académico de una determinada escuela en un período aproximado de 30 minutos (3 – 4 minutos para el cuestionario para TAG estandarizado del DSM IV, 5 – 10 minutos para la ASSIT 3.0, 10 minutos para la escala de depresión de autoevaluación de

Zung y 5 minutos para el cuestionario APGAR familiar) este proceso se llevará a cabo de igual manera para las 3 distintas escuelas hasta completar 134 alumnos de medicina humana, 43 de estomatología y 51 de psicología, llegando así a un total de 228 estudiantes, valor correspondiente a la muestra.

6. Una vez realizadas las encuestas en todos los ciclos académicos en las 3 distintas escuelas profesionales, se recolectarán los resultados que primero se clasificarán según criterios de selección, excluyéndose aquellos que no cumplan con los criterios.
7. Se calcularán los puntajes de los cuestionarios y escalas aplicadas para ser anotados en la ficha de recolección de datos y poder de esta manera definir y especificar si los estudiantes presentan o no las variables estudiadas.
8. Se obtendrá el resultado de cuantos de los alumnos tienen las variables estudiadas; TAG y/o abuso de sustancias psicoactivas, además de TDM, disfunción familiar, violencia familiar, antecedente familiar de consumo de sustancias psicoactivas y afiliaciones entre pares.
9. Una vez completos los datos de estas fichas, se recogerán los resultados con el fin de hacer una base de datos en Microsoft Excel 2019 para hacer el análisis respectivo.
10. Tras realizarse el análisis estadístico, se redactarán las conclusiones correspondientes y se concluirá con el estudio.

**c) Instrumento de la recolección de datos:**

Encuesta constituida por el Test para TAG estandarizado del DSM IV, el ASSIST 3.0, la Escala de depresión de autoevaluación de Zung, el cuestionario APGAR familiar y tres interrogantes para identificar la presencia o no de violencia familiar, de antecedente familiar de consumo de sustancias psicoactivas y de afiliaciones entre pares.

## 2.5. Plan de análisis de datos:

Se registrará en una base de datos en Microsoft Excel 2019 la información obtenida y esta será analizada con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.

### Estadística Descriptiva:

Al obtener los resultados según las variables utilizadas, las representaciones de estos serán interpretadas y representadas en gráficas circulares y tablas de contingencia.

### Estadística Analítica:

Con la prueba Chi Cuadrado ( $X^2$ ) se analizará la relación entre el TAG y el abuso de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. El *Odds Ratio (OR)*, es el estadígrafo de estudio para determinar el riesgo de presentar abuso de sustancias psicoactivas; 95% será el intervalo de confianza, y un valor p por debajo de 0.05 se tomará como estadísticamente significativo.

	Con Trastorno de ansiedad generalizada	Sin Trastorno de ansiedad generalizada
Con abuso de sustancias psicoactivas	<i>a</i>	<i>b</i>
Sin abuso de sustancias psicoactivas	<i>c</i>	<i>d</i>

**Odds ratio =  $a \times d / b \times c$**

**>1, Significativo; = 1, sin asociación; < 1, Sin significancia.**

Además se incluyeron las variables intervinientes asociadas al abuso de sustancias psicoactivas en un análisis bivariado y se realizó un análisis multivariado, a través del modelo de regresión logístico donde se incluyeron las variables significativas en el análisis bivariado.

## **2.6. Aspectos éticos:**

Este estudio cumple con lo establecido en los siguientes artículos, según la Declaración de Helsinki (26) de la Asociación Médica Mundial: **Dentro de los principios básicos, el punto 5** indica que para la investigación médica es necesaria la aplicación de normas éticas, con el fin de promover y asegurar que se respeten los derechos humanos y se proteja la salud de los involucrados.

Y según el Código de ética y deontología establecido por el Colegio Médico del Perú:

**Según el Art. 42°**, en esta investigación se respetará la normativa internacional y nacional, en relación a la investigación con personas como sujetos de estudio, se respetarán los derechos y decisiones de los incluidos en este estudio.

**Siguiendo con lo establecido en el Art. 46°**, para el desarrollo del presente proyecto se le explicará a cada participante en que consiste la investigación y de qué manera sus aportes a la misma serán utilizados, esperando su consentimiento para proceder con el análisis de los resultados que proporcionen.

**Según el Art. 47°**, teniendo en cuenta el fin diagnóstico de esta investigación, será prioridad en todo momento los beneficios sobre los riesgos para los participantes, porque la salud de estos debe estar sobre los intereses sociales y de investigación.

**Por lo determinado por el Art. 48°**, al finalizar la investigación, se presentará la información obtenida, para que sea publicada sin importar cuales sean los resultados, y se declarará el sí existe de conflicto de interés.

### III.RESULTADOS:

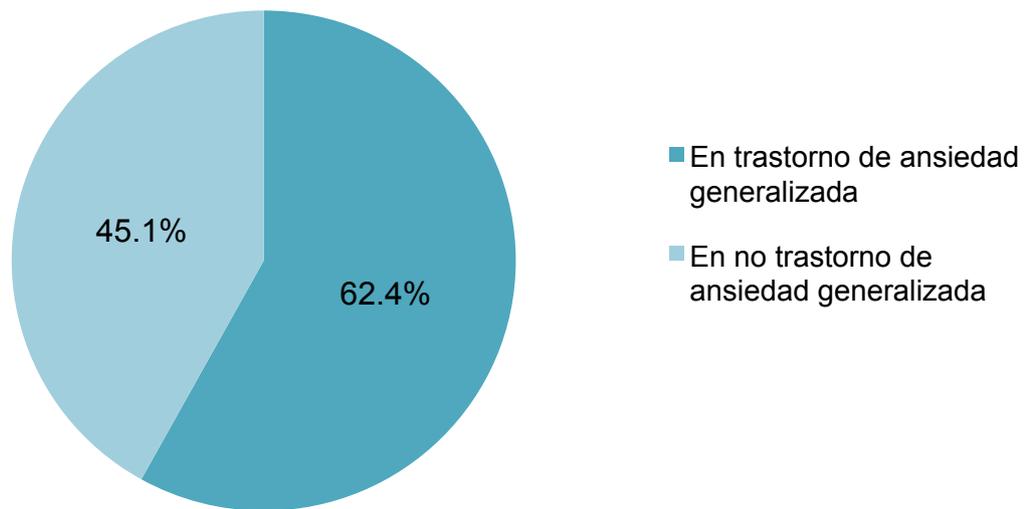
El presente estudio ha sido ejecutado en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, conformada por 3 carreras profesionales; Medicina Humana, Estomatología y Psicología, cada carrera conformada por aproximadamente 1 560, 500 y 600 estudiantes respectivamente. Se encuestaron a un total de 228 estudiantes de las 3 carreras, 134 de medicina humana, 43 de estomatología y 51 de psicología entre varones y mujeres mayores de edad, para analizar si presentan o no trastorno de ansiedad generalizada y si este es un factor de riesgo para abuso de sustancias psicoactivas.

Tras el análisis estadístico se identificó entonces que del total de 228 estudiantes, 157 presentan trastorno de ansiedad generalizada, de estos, 98 tienen además abuso de sustancias psicoactivas y 59 no presentan conducta de abuso de sustancias psicoactivas. (Tabla 1)

<b>Tabla 1. Trastorno de ansiedad generalizada y abuso de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios.</b>			
<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>	<b>Abuso de sustancias psicoactivas</b>		<b>Total</b>
	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>Si</b>	98	59	157
<b>No</b>	32	39	71
<b>Total</b>	130	98	228
<i>X<sup>2</sup> = 6.005, p = 0.014, p &lt; 0.05 significativo</i>			
<i>ORP (IC 95%): 2.024 (1.147-3.573)</i>			

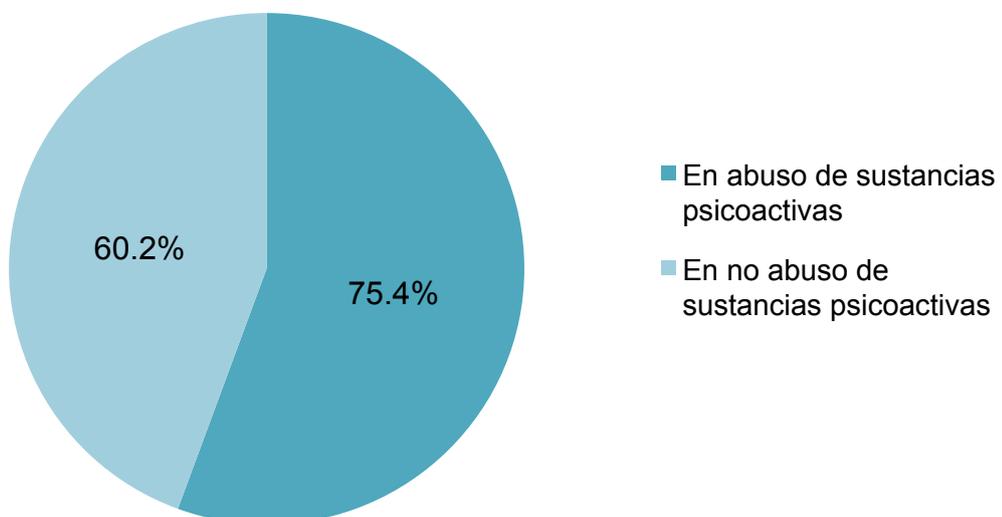
Se estableció la prevalencia del abuso de sustancias psicoactivas en estudiantes con trastorno de ansiedad generalizada, siendo esta 62,4%, y a su vez en estudiantes sin trastorno de ansiedad generalizada, siendo esta 45,1%. (Gráfico 1)

**Gráfico 1. Prevalencia del Abuso de Sustancias Psicoactivas**



De igual manera se estableció la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en estudiantes con abuso de sustancias psicoactivas, siendo esta 75,4%, y a su vez en estudiantes sin abuso de sustancias psicoactivas, siendo esta 60,2%. (Gráfico 2)

**Gráfico 2. Prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada**



Como la prevalencia del abuso de sustancia psicoactivas en toda la muestra es 57%, mayor que el 10%, entonces se decide usar el *Odds Ratio* de prevalencia como medida de riesgo, el cual es 2,024, con un intervalo de confianza tanto límite superior como inferior, mayor de 1.

<b>ORP</b>	<b>IC(95.0%)</b>		
<b>2.024</b>	1.147	3.573	(Woolf)

La razón entre estudiantes universitarios con abuso de sustancias psicoactivas versus no abuso de sustancias psicoactivas es 2,024 veces mayor en estudiantes universitarios con trastorno de ansiedad generalizada en comparación a los que no tienen trastorno de ansiedad generalizada. Lo que quiere decir que el trastorno de ansiedad generalizada es un factor de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas. Esta asociación es estadísticamente significativa, intervalo de confianza del ORP tanto límite inferior como superior mayor que 1, además la prueba Chi Cuadrado de Pearson arroja un valor de  $p = 0,01$ ,  $<$  de 0,05.

Además, se analizó el tipo de sustancias psicoactivas de abuso, para identificar cuales se asocian con mayor frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada. (Tabla 2)

Se observó entonces, que de las 10 diferentes tipos de sustancias psicoactivas de abuso, las cuales incluyen: tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína, anfetaminas u otros estimulantes, inhalantes, sedantes (tranquilizantes o tabletas para dormir), alucinógenos, opiáceos y otros; las más frecuentes en los 157 estudiantes de la facultad de medicina humana en quienes se identificó trastorno de ansiedad generalizada fueron: abuso de bebidas alcohólicas en 57 estudiantes, lo que corresponde al 36.3%, seguido por abuso de tabaco en 56 estudiantes (35.7%), abuso de sedantes (tranquilizantes o tabletas para dormir) en 55 estudiantes (35.0%) y abuso cannabis en 25 estudiantes (15.9%).

<b>Tabla 2. Frecuencia según tipo de sustancia psicoactiva de abuso asociada a Trastorno de ansiedad generalizada</b>						
<b>Tipo de sustancias</b>		<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>				<b>p</b>
		<b>Si</b>		<b>No</b>		
		<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	
<b>Tabaco</b>	<b>Si</b>	56	35.7%	24	33.8%	0.785
	<b>No</b>	101	64.3%	47	66.2%	
<b>Bebidas alcohólicas</b>	<b>Si</b>	57	36.3%	16	22.5%	0,039
	<b>No</b>	100	63.7%	55	77.5%	
<b>Cannabis</b>	<b>Si</b>	25	15.9%	11	15.5%	0.934
	<b>No</b>	132	84.1%	60	84.5%	
<b>Cocaína</b>	<b>Si</b>	3	1.9%	0	0.0%	0.241
	<b>No</b>	154	98.1%	71	100.0%	
<b>Anfetaminas</b>	<b>Si</b>	12	7.6%	2	2.8%	0.160
	<b>No</b>	145	92.4%	69	97.2%	
<b>Inhalantes</b>	<b>Si</b>	2	1.3%	1	1.4%	0.934
	<b>No</b>	155	98.7%	70	98.6%	
<b>Sedantes</b>	<b>Si</b>	55	35.0%	6	8.5%	0.000
	<b>No</b>	102	65.0%	65	91.5%	
<b>Alucinógenos</b>	<b>Si</b>	5	3.2%	0	0.0%	0.128
	<b>No</b>	152	96.8%	71	100.0%	
<b>Opiáceos</b>	<b>Si</b>	1	0.6%	0	0.0%	0.500
	<b>No</b>	156	99.4%	71	100.0%	
<b>Otros</b>	<b>Si</b>	4	2.5%	0	0.0%	0.175
	<b>No</b>	153	97.5%	71	100.0%	
<b>Total</b>		157	100.0%	71	100.0%	

Se incluyó el género, la edad, el trastorno depresivo mayor, la disfunción familiar, la violencia familiar, el antecedente familiar de consumo de sustancias psicoactivas y la afiliaciones entre pares como variables intervinientes asociadas al abuso de sustancias psicoactivas. (Tabla 3)

<b>Tabla 3. Variable intervinientes asociadas a abuso de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios.</b>						
<b>Variable intervinientes</b>		<b>Abuso de sustancias psicoactivas</b>				<b>p</b>
		<b>Si</b>		<b>No</b>		
		<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	
<b>Género</b>	Masculino	34	26.2%	26	26.8%	<b>0.912</b>
	Femenino	96	73.8%	71	73.2%	

<b>Edad</b>	>= 20	102	78.5%	67	68.4%	<b>0.085</b>
	< 20	28	21.5%	31	31.6%	
<b>Trastorno depresivo mayor</b>	Si	111	86.0%	68	69.4%	<b>0.002</b>
	No	18	14.0%	30	30.6%	
<b>Disfunción familiar</b>	Si	112	86.2%	74	75.5%	<b>0.040</b>
	No	18	13.8%	24	24.5%	
<b>Violencia familiar</b>	Si	64	49.2%	30	30.6%	<b>0.005</b>
	No	66	50.8%	68	69.4%	
<b>Antecedente familiar de consumo de sustancias psicoactivas</b>	Si	80	61.5%	45	45.9%	<b>0.019</b>
	No	50	38.5%	53	54.1%	
<b>Afiliaciones entre pares</b>	Si	92	70.8%	51	52.0%	<b>0.004</b>
	No	38	29.2%	47	48.0%	
<b>Total</b>		130	100.0%	98	100.0%	
<i>X<sup>2</sup> de Pearson, p &lt; 0.05 significativo</i>						

Se obtuvo que todas las variables se asocian al abuso de sustancias psicoactivas ( $p < 0,05$ ), excepto el género y la edad por tener valores  $p > 0,05$ . (Tabla 3)

Además se realizó un primer análisis multivariado, a través del modelo de regresión logístico donde se incluyeron las variables significativas en el análisis bivariado. (Tabla 4)

<b>Tabla 4. Modelo de regresión logístico del abuso de sustancias psicoactivas en función de sus variables significativas del análisis bivariado en estudiantes universitarios.</b>								
<b>Variabes</b>	<b>B</b>	<b>Error estándar</b>	<b>Wald</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>95% C.I. para EXP(B)</b>	
							<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>	0.327	0.334	0.959	1	<u>0.327</u>	1.387	0.721	2.669

<b>Trastorno depresivo mayor</b>	0.677	0.394	2.959	1	0.085	1.968	0.910	4.258
<b>Disfunción familiar</b>	0.262	0.387	0.460	1	<u>0.498</u>	1.300	0.609	2.772
<b>Violencia familiar</b>	0.445	0.302	2.176	1	<u>0.140</u>	1.561	0.864	2.819
<b>Antecedente familiar de consumo de sustancias psicoactivas</b>	0.224	0.316	0.503	1	<u>0.478</u>	1.251	0.674	2.322
<b>Afiliaciones entre pares</b>	0.621	0.321	3.746	1	0.053	1.860	0.992	3.487
Constante	-1.372	0.439	9.764	1	0.002	0.254		

Se observó entonces que las variables trastorno de ansiedad generalizada, disfunción familiar, violencia familiar y antecedente familiar de consumo de sustancias psicoactivas tienen valores p bastante mayores a 0,05 lo que significa que no son significativas y por lo tanto al presentarse en conjunto en un paciente no influyen en el abuso de sustancias psicoactivas, por lo que se procedió a retirarlas del modelo de regresión logístico. Manteniendo el trastorno depresivo mayor y las afiliaciones entre pares por tener un valor p no tan lejano de 0,05.

Por último se realizó un segundo análisis multivariado, a través del modelo de regresión logístico (Tabla 5), donde podemos observar que tanto trastorno depresivo mayor como afiliaciones entre pares resultaron significativos, pero la variable trastorno de ansiedad generalizada resultó no significativa ( $p > 0,05$ ), por lo que debió ser retirada del modelo de regresión logístico, pero se le conservó por ser la variable de interés, además trastorno depresivo mayor y afiliaciones entre pares también permanecen en el modelo por tener un valor  $p < 0,05$ .

Esto quiere decir que si un paciente presenta trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor y afiliaciones entre pares, las 2

últimas variables predisponen más al abuso de sustancias psicoactivas y el trastorno de ansiedad generalizada no resulta significativo para el abuso de sustancias psicoactivas, solo cuando está en presencia de trastorno depresivo mayor y afiliaciones entre pares.

<b>Tabla 5. Modelo de regresión logístico del abuso de sustancias psicoactivas en función de sus variables significativas en estudiantes universitarios.</b>								
<b>Variables</b>	<b>B</b>	<b>Error estándar</b>	<b>Wald</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>95% C.I. para EXP(B)</b>	
							<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>	0.403	0.326	1.529	1	<u>0.216</u>	1.496	0.790	2.834
<b>Trastorno depresivo mayor</b>	0.830	0.373	4.958	1	0.026	2.293	1.104	4.758
<b>Afiliaciones entre pares</b>	0.803	0.287	7.850	1	0.005	2.232	1.273	3.915
Constante	-1.145	0.373	9.406	1	0.002	0.318		

#### **IV. DISCUSIÓN:**

El abuso de sustancias psicoactivas es una conducta frecuente asociada al trastorno de ansiedad generalizada, aquellos pacientes que padecen este trastorno tienen una prevalencia más elevada de abuso de sustancias psicoactivas en comparación con pacientes que no tienen diagnóstico de patología psiquiátrica. Esta asociación se evidencia en quienes experimentan sentimientos negativos y por consiguiente usan sustancias psicoactivas como una forma de enfrentarlos, siendo los jóvenes los que están más expuestos a desarrollar esta conducta. (12, 18)

Sustancias como el tabaco, alcohol, cannabis, sedantes, etc. producen la activación de los sistemas de recompensa en el cerebro como consecuencia de su consumo excesivo, dan lugar a una sensación de placer intensa, que puede generar alteración en la calidad de vida del paciente, estos utilizan este comportamiento para generar alivio a respuestas psicofisiológicas asociadas a la ansiedad, aprenden su administración para obtener estos efectos, y más tarde esta conducta se convierte en un consumo problemático. (17, 21)

Los resultados obtenidos revelan que de los 228 estudiantes encuestados, 130 presentan abuso de sustancias psicoactivas y 157 trastorno de ansiedad generalizada, de los 157 que presentan este trastorno psiquiátrico, es mayor el número de quienes además tienen abuso de sustancias psicoactivas que son 98 estudiantes, en comparación de los 59 que presentan trastorno de ansiedad generalizada pero no conducta de abuso de sustancias psicoactivas.

Se analizó la prevalencia del abuso de sustancias psicoactivas en estudiantes con trastorno de ansiedad generalizada y se encontró que el 62,4%, presentan además abuso de sustancias psicoactivas, mayor a la prevalencia en estudiantes sin este trastorno que resultó ser de 45,1%, probablemente porque el consumo de sustancias funciona en parte como medio de autorregulación para atenuar la clínica del trastorno de ansiedad.(18)

Es pertinente dar a conocer estudios previos que respalden estos resultados, como Matos y cols. (Brasil 2018), quienes realizaron un estudio transversal, con 1 560 adultos jóvenes con una edad promedio de 20 años, donde se observó que de 152 sujetos con trastorno de ansiedad generalizada, 144, es decir el 94,7% presentaron además abuso/dependencia de sustancias. (12)

La asociación del trastorno de ansiedad generalizada y el abuso de sustancias psicoactivas, se expresó con un Odds Ratio de prevalencia (ORP) de 2,024, lo que quiere decir que la presencia de abuso de sustancias psicoactivas en aquellos universitarios con trastorno de ansiedad generalizada es 2,024 veces mayor en comparación a los que no presentan trastorno de ansiedad generalizada. Se evidencia la significancia estadística del ORP por tener un IC tanto límite superior como inferior  $> 1$ , además la prueba Chi Cuadrado de Pearson arroja un valor de  $p= 0,014 (< 0.05)$ , por lo que se concluye que el trastorno de ansiedad generalizada es un factor de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas.

También cabe resaltar lo obtenido por Goodwin y cols. (Estados Unidos 2013), quienes mediante un estudio transversal sobre el nexo entre los trastornos de ansiedad y la dependencia de sustancias entre los adultos de la comunidad, con 5 788 personas de 15 a 54 años obtuvieron que en casi el 30% de los casos el trastorno de ansiedad generalizada precede a la dependencia de sustancia, y que un historial de trastorno de ansiedad generalizada predice significativamente la dependencia de sustancias de por vida (OR = 1,45). (16)

Además, al analizar en el presente estudio el tipo de sustancia psicoactiva de abuso que más se asocia a trastorno de ansiedad generalizada, se logró identificar que la frecuencia fue mayor para abuso bebidas alcohólicas, presentándose este en 57 estudiantes (36,3%), seguido por abuso tabaco en 56 estudiantes (35,7%), abuso de sedantes (tranquilizantes o tabletas para dormir) en 55 estudiantes (35,0%) y abuso

cannabis en 25 estudiantes (15,9%). Lo cual contrasta con lo informado por Matos y cols. (Brasil 2018), quienes en relación a la frecuencia de abuso/dependencia de sustancias asociada a trastorno de ansiedad generalizada informaron que, 55 individuos (36,9%) presentaron abuso/dependencia para tabaco ( $p=0,001$ ), 49 (32,2%) para alcohol ( $p=0,139$ ), 14 (9,3%) para depresores del SNC ( $p<0,001$ ), 13 (8,6%) para cannabis ( $p=0,001$ ), 10 (6,6%) para estimulantes ( $p=0,006$ ) y 3 (1,9%) para cocaína ( $p=0,425$ ). (12)

Otra conclusión a la que llegaron Matos y cols. (Brasil 2018), fue que las personas que presentaron trastorno de ansiedad generalizada tenían una mayor prevalencia de abuso/dependencia de sustancias en comparación con aquellos sin estos trastornos (PR = 1,76 [IC 95% 1,00-31,1]), siendo significativo para abuso de alcohol (PR=1,03 [IC 95% 0,75-1,44]), y tabaco (PR=0,96 [IC 95% 0,72-1,28]).(12)

Asimismo, en el presente estudio se realizó un análisis multivariado mediante un modelo de regresión logístico del abuso de sustancias psicoactivas en función de sus variables significativas en estudiantes universitarios, de donde el trastorno de ansiedad generalizada, disfunción familiar, violencia familiar y antecedente familiar de consumo de sustancias psicoactivas (Todas  $p > 0,05$ ) resultaron no significativas y por consiguiente al presentarse en asociadas en un paciente no influyen en el abuso de sustancias psicoactivas.

Sin embargo, luego de un nuevo análisis multivariado, trastorno depresivo mayor y afiliaciones entre pares resultaron significativos, pero la variable trastorno de ansiedad generalizada resultó no significativa ( $p > 0,05$ ), lo que nos permite concluir que si un paciente presenta trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor y afiliaciones entre pares, estos 2 últimos predisponen más al abuso de sustancias psicoactivas y el trastorno de ansiedad generalizada no resulta significativo para esta conducta de riesgo, solo cuando está en presencia de trastorno depresivo mayor y afiliaciones entre pares.

Al analizar de esta manera a los estudiantes, respecto a ciertas comorbilidades, es importante mencionar que Alegría y cols. (Estados Unidos 2019) en un estudio sobre si las personas con trastorno de ansiedad generalizada y abuso de sustancias psicoactivas difieren significativamente de las personas con trastorno de ansiedad generalizada sin esta comorbilidad, en función a características demográficas, comorbilidad psiquiátrica y factores riesgo, de una muestra de 43 093, encontraron que las personas con trastorno de ansiedad generalizada y abuso de sustancias psicoactivas representan la mitad de la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada, y que estas son más propensas que aquellas sin abuso de sustancias psicoactivas a tener mayor prevalencia de antecedentes familiares de uso de sustancias psicoactivas (OR = 1,82 [IC 95% 1,47–2,25]) y baja autoestima (OR = 1,09 [IC 95% 0,84–1,42]). Concluyeron que quienes presentan trastorno de ansiedad generalizada y abuso de sustancias psicoactivas tienen alta vulnerabilidad para psicopatología adicional, discapacidad y mayor abuso de alcohol y drogas para aliviar la clínica de ansiedad. (25)

Para finalizar hay que tener en cuenta que en este estudio, así como Matos y cols. (Brasil 2018) en su estudio,(12) las limitaciones están presentes por el hecho de que aunque se ha demostrado que existe una asociación entre el trastorno de ansiedad generalizada y abuso de sustancias psicoactivas, y que este trastorno influye como factor de riesgo, no se puede descartar que el abuso de sustancias psicoactivas a su vez pueda dar lugar a manifestaciones clínicas de ansiedad en el síndrome de abstinencia. Aún así, hay que resaltar los aspectos positivos, tener en cuenta que los datos se obtuvieron utilizando herramientas de diagnóstico validadas, y que este estudio ha permitido obtener como dato la elevada prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada y abuso de sustancias psicoactivas en estudiantes de la Universidad Privada Antenor Orrego, lo que permitiría darle a la salud mental la importancia correspondiente en el ambiente universitario y servir de guía para acciones de prevención e intervención temprana de estas conductas.

## **V. CONCLUSIONES:**

En conclusión, la frecuencia de trastorno de ansiedad generalizada fue de 68,9%, la de abuso de sustancias psicoactivas fue de 57%, y la frecuencia de trastorno de ansiedad generalizada asociado a abuso de sustancias psicoactivas fue 62,4%. Asimismo las bebidas alcohólicas en un 36,3%, seguidas del tabaco, sedantes y cannabis fueron los tipos de sustancias psicoactivas de abuso que se relacionaron con mayor frecuencia a trastorno de ansiedad generalizada.

Se asociaron el trastorno de ansiedad generalizada y el abuso de sustancias psicoactivas, y se expresó esta asociación con un Odds Ratio de prevalencia (ORP) de 2,024, el cual fue significativo ( $p < 0,05$ ), lo que quiere decir que la presencia de abuso de sustancias psicoactivas en aquellos universitarios con trastorno de ansiedad generalizada es 2,024 veces mayor en comparación a los que no presentan trastorno de ansiedad generalizada, por lo que es pertinente decir que el trastorno de ansiedad generalizada es un factor de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas.

Además, al analizar algunos factores respecto a esta asociación, se concluyó que si presenta trastorno de ansiedad generalizada asociado a factores de riesgo como trastorno depresivo mayor y afiliaciones entre pares, estos resultan más influyentes para el desarrollo de abuso de sustancias psicoactivas.

Se recomienda en el futuro la realización de un estudio similar al presente para analizar otras carreras profesionales, hacer un comparativo y obtener una cifra de prevalencia a nivel universitario en general, además de la ejecución de una investigación prospectiva que permitiría analizar la relación causal del trastorno de ansiedad generalizada para el abuso de sustancias psicoactivas.

## **VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Dtsch Arztebl Int.* 2018; 115: 611-20.
2. Martínez V. Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete.* 2014; 29(2): 63-78.
3. Patriquin M, Mathew S. The Neurobiological Mechanisms of Generalized Anxiety Disorder and Chronic Stress. *Chronic Stres.* 2017; 1: 1–10.
4. Tortella M, Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *C. Med. Psicosom.* 2014; 110.
5. Amor G, Vega A, Villena A, Gómez Ocaña, C. Implicación de usuarios diagnosticados de Trastorno de Ansiedad Generalizada en la elaboración de una guía de práctica clínica. *Universitas Psychologica.* 2018; 17(2): 1-10.
6. Velázquez M, Martínez M, Padrós F. Modelos explicativos del Trastorno por Ansiedad Generalizada y de la preocupación patológica. *Revista de Psicología GEPU.* 2016; 7(2): 001-242.
7. Marjan M, Mendieta D, Muñoz M. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud Mental.* 2014; 37(6): 509 – 516.
8. Hantsoo L, Epperson C. Anxiety Disorders Among Women: A Female Lifespan Approach. *Focus.* 2017; 15:162–172.
9. Li L, Wang Y, Ye L, Altered Brain Signal Variability in Patients With Generalized Anxiety Disorder. *Front. Psychiatry.* 2019; 10:84.
10. Kehoe W, Pharm D. Generalized Anxiety Disorder. *Neurologic/Psychiatric Care.* 2017; 21.
11. Idelfonso B. Generalidades de la Neurobiología de la Ansiedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala.* 2017; 20(1).
12. Matos M, Mola C, Trettim J. Psychoactive substance abuse and dependence and its association with anxiety disorders: a population-based study of young adults in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2018; 40:349–353.

13. Aguilar E. Trastorno por uso de sustancias y su relación con el trastorno por déficit de atención. *Rev Esp Méd Quir.* 2014; 19:326-331.
14. Souza M. Trastornos por ansiedad y comórbido del consumo de psicotrópicos. *Rev Mex Neuroci.* 2008; 9(3): 215-226.
15. Schunckit M, Helzer J, Cottler L. Trastornos relacionados con sustancias. En: López Ibor A, Valdés M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ta edición. España: Masson SA. 1995; 181-279.
16. Goodwin R, Stein D. Anxiety disorders and drug dependence: Evidence on sequence and specificity among adults. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2013; 67: 167–173.
17. Tena A, Castro G, Marín R. Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Med Int Méx.* 2018; 34(2): 264-277.
18. Marín R, Benjet C, Borges G. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental.* 2013; 36:471-479.
19. Mclellan T. Substance Misuse and Substance Use Disorders: Why do they matter in healthcare? *Transactions of the american clinical and climatological association.* 2017; 128:19.
20. Mukhara D, Banks M, Neigh G. Stress as a Risk Factor for Substance Use Disorders: A Mini-Review of Molecular Mediators. *Front. Behav. Neurosci.* 2018; 12:309.
21. Wood C., Cano A., Iruarrizaga I. Ansiedad y Tabaco. *Intervención Psicosocial.* 2009; 18(3): 213 – 231.
22. Méndez M, Ruiz A, Prieto B. El cerebro y las drogas, sus mecanismos neurobiológicos. *Salud Mental* 2010; 33:451-456.
23. Méndez M, Romero B, Cortés J. Neurobiología de las adicciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.* 2017; 60(1).
24. Wolitzky K, McBeth J, Guillot C. Transdiagnostic processes linking anxiety symptoms and substance use problems among adolescents. *J Addict Dis.* 2016; 35(4): 266–277.

25. Alegría A, Hasin D, Nunes E. Comorbidity of Generalized Anxiety Disorder and Substance Use Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(9): 1187–1195.
26. Cantín M. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médica en seres humanos. *Int. J. Med. Surg. Sci*. 2014; 1(4): 339 – 346.
27. Newman M, Zuelling A, Kachin K. Preliminary Reliability and Validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A Revised Self-Report Diagnostic Measure of Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*. 2002; 33: 215 – 233.
28. Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care. Geneva. World Health Organization, 2010.
29. Dunstan D, Scott N, Todd A. Screening for anxiety and depression: reassessing the utility of the Zung scales. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1).
30. Suarez M, Espinoza M. APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz* 2014;20(1):53-57.
31. Santamaría C, Tapia P. Violencia contra niños y adolescentes ejercida por cuidadores. *Informes Psicológicos*. 2018; 18(1) 13-34.
32. Robinson C, Klenck S, Norton P. Psychometric Properties of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire for DSM-IV Among Four Racial Groups. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2010; 39(4): 251–261.
33. Khazaal Y, Chatton A, Monney G. Internal consistency and measurement equivalence of the cannabis screening questions on the paper-and-pencil face-to-face ASSIST versus the online instrument. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2015;10(1).
34. Benítez A, Caballero M. Estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Acta Colombiana de Psicología*, 2017; 20(1):221 – 231.

**VII. ANEXOS:**

**Anexo 1: ENCUESTA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

**TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA COMO FACTOR DE RIESGO PARA ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN UNIVERSITARIOS**

**DATOS PERSONALES:**

Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Escuela Profesional: \_\_\_\_\_

**SI USTED CUENTA CON DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA NO SE PERMITE LA RESOLUCION DEL PRESENTE CUESTIONARIO.**

**I. Instrucciones:** Responda las preguntas que se presentan a continuación.

1. ¿Ha experimentado excesivamente preocupación? **No** **Si**
2. ¿Considera que su preocupación es excesiva en intensidad, frecuencia o cantidad que le provoca angustia? **No** **Si**
3. ¿Le es complicado controlar su preocupación (o ponerle un alto) una vez que empieza? **No** **Si**
4. ¿Se preocupa excesiva e incontrolablemente por cosas menores como llegar tarde, reparaciones menores, tareas, etc.? **No** **Si**
5. A continuación, enumere los temas más frecuentes por los que se preocupa excesiva e incontrolablemente:  
a. \_\_\_\_\_ d. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_ e. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_ f. \_\_\_\_\_
6. En los últimos seis meses, ¿le han molestado más a menudo preocupaciones excesivas e incontrolables? **No** **Si**

**Si la respuesta fue si, continúe**

7. Durante los últimos seis meses, ¿le han molestado a menudo alguno de los siguientes síntomas? Marque junto a cada síntoma que haya tenido con más frecuencia:

- Intranquilidad o nerviosismo.
- Inconvenientes para conciliar el sueño, continuar dormido, tener sueño insatisfactorio.
- Dificultad para concentrarse.
- Irritabilidad.
- Facilidad para fatigarse.
- Tensión Muscular.


8. ¿Qué tanto interfieren la preocupación y los síntomas físicos con su vida, trabajo, actividades sociales, familia, etc.? Seleccione un valor:

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
Nada	Levemente	Moderadamente	Severamente	Muy Severamente				

9. ¿Cuánto te preocupan los síntomas físicos y la preocupación (cuánta angustia le causa)? Seleccione un valor:

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
Nada	Levemente	Moderadamente	Severamente	Muy Severamente				

**II. Instrucciones:** Marque según cómo se ha sentido o comportado en los últimos días.

	<b>Poco Tiempo</b>	<b>Algo del tiempo</b>	<b>Buena parte del tiempo</b>	<b>La mayor parte del tiempo</b>
1. Estoy desanimado y triste.	1	2	3	4
2. Estoy mejor en las mañanas	4	3	2	1
3. Llora o tengo la necesidad de llorar.	1	2	3	4
4. Presento inconvenientes para dormir de noche.	1	2	3	4
5. Me alimento como solía hacerlo.	4	3	2	1
6. Aun me complace el sexo.	4	3	2	1
7. Veo que pierdo peso.	1	2	3	4
8. Padezco estreñimiento.	1	2	3	4
9. Los latidos de mi corazón son más rápidos de lo usual.	1	2	3	4
10. Siento cansancio sin causa aparente.	1	2	3	4
11. Tengo la mente tranquila.	4	3	2	1
12. Me es sencillo realizar las cosas que hacía antes.	4	3	2	1
13. Estoy inquieto.	1	2	3	4
14. Estoy esperanzado sobre el futuro.	4	3	2	1
15. Estoy más colérico que lo usual.	1	2	3	4
16. Me es simple la toma de decisiones.	4	3	2	1
17. Creo que soy productivo y necesario.	4	3	2	1
18. Tengo una vida plena.	4	3	2	1
19. Asumo que el resto viviría mejor si estuviera muerto.	1	2	3	4
20. Aún gozo de lo que solía disfrutar.	4	3	2	1

**III. Instrucciones:** A cada pregunta que se presenta marque según considere.

<b>PREGUNTAS</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>Algunas Veces</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Siempre</b>
1. ¿Está conforme con el soporte de su familia si hay alguna dificultad?					
2. ¿En su familia hablan y comparten sus conflictos?					
3. ¿Le gusta la forma en la que su familia acepta y respalda su deseo de hacer actividades nunca antes hechas?					
4. ¿Le gusta la forma en que su familia da cariño y responde a sus emociones?					
5. ¿Le satisface como se comparte en su hogar?: – Tiempo juntos – Lugares en casa – Dinero					
6. ¿Cuenta con un amigo(a) cercano en caso necesite ayuda?					
7. ¿Le satisface el apoyo brindado por sus amigos (as)?					

**IV. ¿Ha sido víctima de violencia por parte de tu familiar? (agresiones físicas adrede, hostigamiento verbal, insultos, críticas, ridiculización y/o bloqueo de tus iniciativas)**

Si ( ) No ( )

**V. Instrucciones:** Conteste en relación a su experiencia en consumo de sustancias.

<b>1. En algún punto su vida, ¿ha consumido en algún momento?</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
a. Tabaco (cigarrillos, habanos, tabaco de mascar, pipa)	<b>0</b>	<b>3</b>
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, licores.)	<b>0</b>	<b>3</b>
c. Cannabis (marihuana, hierba)	<b>0</b>	<b>3</b>
d. Cocaína (coca, crack, base)	<b>0</b>	<b>3</b>
e. Anfetaminas u otros estimulantes (éxtasis, píldoras adelgazantes)	<b>0</b>	<b>3</b>
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento)	<b>0</b>	<b>3</b>
g. Tranquilizantes o tabletas para dormir (diazepam, alprazolam, rohipnol)	<b>0</b>	<b>3</b>
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP)	<b>0</b>	<b>3</b>
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina)	<b>0</b>	<b>3</b>
j. Otros	<b>0</b>	<b>3</b>

<b>2. Señale su regularidad de consumo de sustancias en los últimos 3 meses:</b>	<b>NO</b>	<b>1-2 /mes</b>	<b>Al mes</b>	<b>Al sem</b>	<b>Diario</b>
a. Tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Cannabis	0	2	3	4	6
d. Cocaína	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otros estimulantes	0	2	3	4	6
f. Inhalantes	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o tabletas para dormir	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	
i. Opiáceos	0	2	3	4	6
j. Otros	0	2	3	4	6

<b>3. ¿Cómo es la frecuencia en la que ha sentido deseos intensos de consumir?</b>	<b>NO</b>	<b>1-2 /mes</b>	<b>Al mes</b>	<b>Al sem</b>	<b>Diario</b>
a. Tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Cannabis	0	2	3	4	6
d. Cocaína	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otros estimulantes	0	2	3	4	6
f. Inhalantes	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o tabletas para dormir	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	
i. Opiáceos	0	2	3	4	6
j. Otros	0	2	3	4	6

<b>4. ¿Con qué frecuencia el consumo le impidió dejar de hacer lo que tenía planeado?</b>	<b>NO</b>	<b>1-2 /mes</b>	<b>Al mes</b>	<b>Al sem</b>	<b>Diario</b>
a. Tabaco	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c. Cannabis	0	5	6	7	8
d. Cocaína	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otros estimulantes	0	5	6	7	8
f. Inhalantes	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o tabletas para dormir	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opiáceos	0	5	6	7	8
j. Otros	0	5	6	7	8

<b>5. ¿Qué tan frecuentemente ha tenido inconvenientes económicos, sociales, legales o de salud por el consumo?</b>	<b>NO</b>	<b>1-2 /mes</b>	<b>Al mes</b>	<b>Al sem</b>	<b>Diario</b>
a. Tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Cannabis	0	4	5	6	7
d. Cocaína	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otros estimulantes	0	4	5	6	7
f. Inhalantes	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o tabletas para dormir	0	4	5	6	7

<b>h. Alucinógenos</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>i. Opiáceas</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>j. Otros</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

<b>6. ¿Alguna persona cercana ha manifestado inquietud hacia su conducta de consumo?</b>	<b>NO</b>	<b>Sí, en los 3 últimos meses</b>	<b>Sí, no en los 3 últimos meses</b>
<b>a. Tabaco</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>b. Bebidas alcohólicas</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>c. Cannabis</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>d. Cocaína</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>e. Anfetaminas u otros estimulantes</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>f. Inhalantes</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>g. Tranquilizantes o tabletas para dormir</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>h. Alucinógenos</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>i. Opiáceas</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>j. Otros</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>

<b>7. ¿Ha intentado en algún momento disminuir o dejar de consumir y no lo ha conseguido?</b>	<b>NO</b>	<b>Sí, en los 3 últimos meses</b>	<b>Sí, no en los 3 últimos meses</b>
<b>a. Tabaco</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>b. Bebidas alcohólicas</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>c. Cannabis</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>d. Cocaína</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>e. Anfetaminas u otros estimulantes</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>f. Inhalantes</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>g. Tranquilizantes o tabletas para dormir</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>h. Alucinógenos</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>i. Opiáceos</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>j. Otros</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>

<b>8. ¿Alguna vez se ha inyectado alguna droga?</b>	<b>No</b>	<b>Sí, en los 3 últimos meses</b>	<b>Sí, no en los 3 últimos meses</b>

**VI. ¿Existe en tu familia historia de consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína, anfetaminas u otros estimulantes, inhalantes, tranquilizantes o tabletas para dormir, alucinógenos u opiáceos)?**

Si ( ) No ( )

**VII. ¿Las personas de su entorno consumen alguna sustancias psicoactiva?**

Si ( ) No ( )

**Anexo 2:**

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

**TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA COMO FACTOR DE  
RIESGO PARA ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN  
UNIVERSITARIOS**

**I. DATOS PERSONALES:**

1. Número de ficha:
2. Fecha:
3. Edad:
4. Género:
5. Escuela Profesional:

**II. DIAGNÓSTICOS:**

**1. VARIABLE INDEPENDIENTE:**

**TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA:** Si No

Puntaje según el cuestionario para TAG estandarizado del DSM IV:

**2. VARIABLE DEPENDIENTE:**

**ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:** Si No

Puntaje según la ASSIST 3.0 de la OMS:

**3. VARIABLES INTERVINIENTES:**

**TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR:** Si No

Puntaje según la Escala de depresión de autoevaluación de Zung

**DISFUNCION FAMILIAR:** Si No

Puntaje según el cuestionario APGAR Familiar

**VIOLENCIA FAMILIAR:** Si No

**ANTECEDENTE FAMILIAR DE CONSUMO DE SUSTANCIAS  
PSICOACTIVAS:** Si No

**AFILIACIONES ENTRE PARES:** Si No

**Anexo 3:**

**SOLICITUD DE PERMISO**

**Dr.:**

***Juan Díaz Plasencia***

Decano de la Facultad de Medicina Humana  
UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

***Presente. -***

**ASUNTO: Autorización para la obtención de información necesaria para realización de un trabajo de investigación.**

De mi especial consideración:

Me dirijo a usted saludándolo cordialmente y, a la vez, solicitarle gestionar y autorizar el permiso para ingresar a las aulas de clase de las escuelas profesionales de Medicina Humana, Estomatología y Psicología, aplicarles una encuesta a los estudiantes y así conseguir los datos necesarios para la realización de mi proyecto de tesis el que tiene como objetivo establecer que el trastorno de ansiedad generalizada actúa como factor de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas en universitarios de la Facultad de Medicina Humana de la UPAO/Trujillo.

Agradeciendo de antemano la atención que me brinda y concedora de su alto espíritu altruista en la colaboración con la educación superior, me despido de usted.

Atte.

**Núñez Altamirano, Paula Nicole**  
**ID.000106414**