



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SU RELACIÓN CON LAS ALTERACIONES DEL
SUEÑO EN PERSONAS QUE ASISTEN A UN GRUPO DE NARCÓTICOS
ANÓNIMOS”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autor: Martínez Villarreal, Juan Carlos

Tutor: Ps. Cl. Mg. Gaibor González, Ismael Álvaro

Ambato – Ecuador

Febrero 2024

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de tutor del Proyecto de Investigación con el tema: **“CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SU RELACIÓN CON LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO EN PERSONAS QUE ASISTEN A UN GRUPO DE NARCÓTICOS ANÓNIMOS”** de Martínez Villarreal Juan Carlos, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los méritos y requisitos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, febrero de 2024

EL TUTOR

Ps. Cl. Mg. Gaibor González Ismael Álvaro

AUTORIA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación **“CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SU RELACIÓN CON LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO EN PERSONAS QUE ASISTEN A UN GRUPO DE NARCÓTICOS ANÓNIMOS”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, enero de 2024

EL AUTOR

Juan Carlos Martínez Villarreal

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este proyecto de investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y de proceso de investigación. Cedo los derechos de línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además, apruebo la reproducción del proyecto de investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, febrero de 2024

EL AUTOR

Juan Carlos Martínez Villarreal

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema:
“CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SU RELACIÓN ON LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO EN PERSONAS QUE ASISTEN A UN GRUPO DE NARCÓTICOS ANÓNIMOS” de Martínez Villarreal Juan Carlos, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, febrero de 2024

Para constancia firman:

Presidenta

Primer vocal

Segundo vocal

DEDICATORIA

Para mí es un orgullo dedicarles esta tesis a quienes fueron los pilares fundamentales durante este importante trayecto de mi vida.

A mis padres quienes con su bendición han sabido guiarme, motivarme y formarme para ser una persona de bien.

A mi esposa e hijos quienes han sido mi mayor fuente de motivación e inspiración para seguir adelante, superarme día a día y ser un gran ejemplo para ellos.

Juan Carlos Martínez Villarreal

AGRADECIMIENTO

Mi principal agradecimiento es a Dios por haberme dado salud y fortaleza para lograr mi objetivo y permitirme llegar hasta esta instancia de mi formación profesional.

A mi familia por creer en mí, por su apoyo incondicional para poder cumplir con esta gran meta, que gracias a su ejemplo de perseverancia y constancia hoy se hace realidad.

Y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en el transcurso de mis estudios.

Juan Carlos Martínez Villarreal

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORIA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
Resumen	xii
Abstract.....	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
MARCO TEÓRICO	3
1.1. Contextualización.....	3
Fundamentación teórica	5

Consumo de sustancias.....	5
Trastornos del sueño.....	11
Concepto	11
Fases.....	11
Bases Neurofisiológicas del Sueño	14
Antecedentes Investigativos	20
Objetivos	29
Objetivo general	29
Objetivos específicos.....	29
CAPÍTULO II.....	30
MARCO METODOLÓGICO.....	30
2.1. Materiales	30
Instrumentos de recolección de datos	30
Descripción.....	30
Confiabilidad y validez	30
Interpretación de la escala.....	30
Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI).....	31
Confiabilidad y validez	31

Interpretación de la escala.....	31
2.2. Métodos.....	32
Pregunta de investigación.....	32
Hipótesis.....	32
2.3. Operacionalización de las variables	33
CAPÍTULO III.....	35
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
Discusión de los resultados	39
CAPÍTULO IV	41
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS	51
Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).....	51
Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI).....	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Fases del sueño no- REM.....	12
Tabla 2 Mecanismos neurofisiológicos implicados en el sueño y la vigilia.....	15
Tabla 3 Tipos de parasomnias	17
Tabla 4 Nivel de riesgo de consumo ASSIST	31
Tabla 5 Operacionalización de las variables	33
Tabla 6. Prueba de Normalidad	35
Tabla 7. Matriz de Correlaciones	36
Tabla 8. Necesidad de Intervención	37
Tabla 9. Puntuación Total PSQI.....	37
Tabla 10. ANOVA de un Factor (Fisher).....	38
Tabla 11. Descriptivas de Grupo.....	38
Tabla 12. Prueba de Normalidad (Shapiro-Wilk)	38
Tabla 13. Prueba de Levene para homogeneidad de varianzas	38

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Juan Carlos Martínez

Tutor: Psi. Cl. Gaibor Ismael

Fecha: Enero, 2024

Resumen

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública a nivel mundial la presente investigación planteó como objetivo general analizar la relación entre el uso de sustancias y las alteraciones del sueño. en personas que asisten a un grupo de Narcóticos Anónimos. Para tal fin, se aplicó la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) y el índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI), es estudio fue no experimental, correlacional y transversal, en el cual participaron 89 personas de 18 a 64 años de edad, que asistieron a 5 grupos de Narcóticos Anónimos de la ciudad de Ambato, el 48.3% se identifican con el género masculino, el 42,7% femenino y el 9% no binario Entre los principales resultados, se encontró que los sujetos de la muestra estudiada, presentaron niveles altos de consumo de alcohol y cannabis, y problemas moderados del sueño, además de que el consumo de sustancian no tuvo correlación con las alteraciones del sueño y no existieron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del PSQI de acuerdo al género .

Palabras clave: Alteraciones del sueño, Consumo de sustancias, Narcóticos Anónimos

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

Autor: Juan Carlos Martínez

Tutor: Psi. Cl. Gaibor Ismael Mg.

Date: January, 2024

Abstract

The use of psychoactive substances is a worldwide public health problem. The general objective of this study was to analyze the relationship between substance use and sleep disturbances in people attending a Narcotics Anonymous group. To this end, the alcohol, tobacco and substance use screening test (ASSIST) and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) were applied. This was a non-experimental, correlational and cross-sectional study in which 89 people between 18 and 64 years of age participated, who attended five Narcotics Anonymous groups in the city of Ambato. Among the main results, it was found that the subjects in the sample studied presented high levels of alcohol and cannabis consumption and moderate sleep problems, in addition to the fact that substance consumption was not correlated with sleep disturbances and there were no statistically significant differences in the PSQI scores according to gender.

Keywords: Sleep disturbances, Substance use, Narcotics Anonymous

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere a la relación entre el consumo de sustancias y las alteraciones del sueño es un tema de creciente interés en el campo de la salud y la psicología. En particular, las personas que asisten a grupos de Narcóticos Anónimos enfrentan desafíos adicionales en relación con el sueño debido a su historial de consumo de sustancias adictivas. El presente proyecto de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el consumo de sustancias en las alteraciones del sueño en personas que asisten a un grupo de Narcóticos Anónimos.

El consumo de sustancias como drogas ilícitas o alcohol puede tener efectos significativos en el ciclo sueño-vigilia y en la calidad del sueño. Las sustancias pueden alterar la estructura y la duración del sueño, interrumpir los patrones normales y afectar la capacidad de conciliar el descanso y mantenerlo durante la noche. Además, la abstinencia de sustancias puede provocar síntomas de insomnio y otros trastornos del sueño.

En este contexto, los grupos de Narcóticos Anónimos se presentan como un entorno de apoyo para las personas que luchan contra la adicción y trabajan para mantener la sobriedad. Sin embargo, es importante comprender cómo el consumo de sustancias y las alteraciones del sueño pueden interactuar en este contexto, y cómo abordar de manera efectiva estos desafíos en el proceso de recuperación.

La relación entre el consumo de sustancias y las alteraciones del sueño es un área de investigación crucial que arroja luz sobre los complejos vínculos entre la salud mental y el comportamiento adictivo. En particular, explorar la relación entre el consumo de sustancias y las alteraciones del sueño en personas que participan en un grupo de Narcóticos Anónimos permite enfocarse en los desafíos específicos que enfrentan aquellos que buscan recuperarse de la adicción.

El consumo de sustancias, ya sea en forma de drogas ilícitas o medicamentos recetados, ha demostrado tener un impacto significativo en la calidad del sueño. Estudios han revelado que la abstinencia de ciertas sustancias puede desencadenar trastornos del sueño, mientras que el consumo continuo puede afectar negativamente la arquitectura del sueño y la capacidad de conciliarlo. En relación a un grupo de Narcóticos Anónimos, donde los individuos buscan apoyo para superar la adicción, entender cómo estas sustancias afectan el sueño se vuelve esencial para diseñar intervenciones y estrategias efectivas.

La participación en Narcóticos Anónimos añade otra capa de complejidad a esta dinámica, ya que el proceso de recuperación puede estar marcado por desafíos emocionales, sociales y psicológicos que también influyen en el patrón de sueño. La conexión entre el

consumo de sustancias y las alteraciones del sueño se convierte, así, en un elemento clave para comprender las experiencias individuales y diseñar enfoques terapéuticos holísticos.

En este contexto, esta investigación pretende no solamente explorar la relación entre el consumo de sustancias y las alteraciones del sueño, sino también comprender cómo la participación en un grupo de Narcóticos Anónimos puede modular esta relación. A través de esta exploración, se pretende contribuir al desarrollo de estrategias de intervención más efectivas y personalizadas para mejorar la calidad del sueño y promover la recuperación sostenible en aquellos que luchan contra la adicción.

Finalmente, la investigación contará con una detallada descripción sobre sus objetivos, metodología, instrumentos a utilizar, datos estadísticos obtenidos, así como la población participante en la ejecución de esta investigación.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Contextualización

Las sustancias se definen como compuestos naturales o sintéticas, que inciden sobre el sistema nervioso generando variaciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento de acuerdo con lo que establece la Organización Panamericana de la Salud OPS (2022).

Las alteraciones del sueño son problemas relacionados con dormir, estos incluyen dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, dormir demasiado y conductas anormales durante el sueño. Las sustancias son compuestos naturales o sintéticos que afectan el sistema nervioso, provocando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y comportamiento. El consumo de drogas ha sido una preocupación a nivel mundial y ha experimentado diferentes tasas de aumento en distintas regiones (Benavides y Ramos, 2019).

Según la Organización de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2021), entre 2010 y 2019, el número de personas que consumen drogas aumentó en un 22%, en parte debido al crecimiento de la población mundial. Se estima que alrededor del 5,5% de la población entre 15 y 64 años ha consumido drogas al menos una vez en el último año, y alrededor de 36,3 millones de personas, es decir, el 13% de los consumidores de drogas, sufren trastornos relacionados con el consumo.

El consumo de drogas también ha sido un problema en América Latina y el Caribe, donde según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), al menos 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres han experimentado trastornos causados por el uso de drogas en algún momento de sus vidas (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

El alcohol es otra sustancia que se consume ampliamente en las Américas, con tasas de uso que superan el 50% tanto en América del Norte como en América del Sur, según la Organización de los Estados Americanos (OEA) (2019). En Europa, el consumo de drogas también es significativo, con aproximadamente 83 millones de adultos entre 15 y 64 años que

han consumido drogas ilegales en algún momento de sus vidas, según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) (2022).

En el continente africano, el consumo de sustancias ha experimentado un marcado aumento del 40%, atribuido al rápido crecimiento de la población joven, según la UNODC. (2021). En el contexto de los países sudamericanos, Ecuador ha llevado a cabo ocho estudios sobre la demanda de drogas, y se ha identificado que ocupa el tercer lugar en prevalencia de consumo de cocaína entre estudiantes secundarios y el sexto lugar en el consumo de inhalables, como solventes, aerosoles, gases y nitritos (Cango y Suárez, 2021).

Aparte de los problemas relacionados con el consumo de sustancias, también existen alteraciones del sueño que pueden afectar la salud y el bienestar de las personas. Estos problemas pueden incluir dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido, somnolencia en momentos inapropiados, dormir en exceso y conductas anormales durante el sueño. En general, el consumo de sustancias y los problemas relacionados con el sueño son temas importantes de salud pública que requieren una atención continua y enfoques preventivos y terapéuticos efectivos (Poza, et al., 2022).

En América Latina, menos de la mitad de las personas mantiene horarios regulares para dormir, según una encuesta reciente realizada por Philips. Sorprendentemente, el 75% de las personas en la región presenta trastornos del sueño. Esta investigación revela que el sueño es considerado un hábito de gran impacto en la salud y el bienestar, especialmente en países como Brasil (68%) y Argentina (54%). En Colombia (61%) y México (74%), el sueño también es reconocido como uno de los principales factores que influyen en la calidad de vida, junto con el ejercicio y la seguridad financiera. Sin embargo, a pesar de la importancia atribuida al sueño, solo el 41% de los encuestados afirmó tener horarios regulares para dormir, mientras que el resto admitió tener dificultades para establecer una rutina adecuada (Philips, 2018).

Las preocupaciones de la vida cotidiana se destacan como una de las principales razones de las alteraciones del sueño en la región, superando incluso los promedios globales. Un 45% de los encuestados mencionó las preocupaciones financieras y un 36% las preocupaciones laborales como factores que afectan su descanso, en comparación con el 34% y 29%, respectivamente, a nivel mundial. Estos hallazgos subrayan la necesidad de abordar y mejorar la calidad del sueño en la población latinoamericana para promover una mejor salud y bienestar

general (América Economía, 2018).

En Quito Ecuador la prevalencia de los trastornos de sueño fue: somnolencia excesiva diurna 37 %; insomnio intermedio e insomnio final 30.6 %; insomnio inicial 29.4 %; apnea obstructiva 1.3 %; no se registraron casos de bruxismo y enuresis, tampoco consumo de medicamentos para dormir, el sonambulismo y somniloquio 0.4 %; roncar 12.3 %; piernas inquietas y pesadillas 2.1 % y únicamente parálisis al empezar a dormir con un 1.7 % (López, 2016).

Fundamentación teórica

Consumo de sustancias

Concepto

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) indica que las sustancias psicoactivas son una variedad de compuestos naturales o sintéticos que actúan sobre el sistema nervioso y alteran las funciones que regulan el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

Medline Plus (2016) define al consumo de sustancias como el consumo continuo de alcohol, drogas ilícitas o el uso indebido de medicamentos recetados o de venta libre, generando consecuencias negativas en el ámbito laboral, escolar, familiar, interpersonal, de salud y acarreando problemas legales por el consumo en situaciones peligrosas.

Por otro lado, Mayo Clinic, (2017) refiere que la adicción a las drogas, también conocida como trastorno por consumo de sustancias, es una enfermedad que afecta el cerebro y el comportamiento de una persona, produciendo incapacidad para controlar el consumo de medicamentos o drogas ya sean legales o ilegales.

Desde el área de la salud, en el Glosario de términos de alcohol y drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo de España (World Health Organization., 1994) se define a la adicción a sustancias como el constante consumo de drogas sujetas a fiscalización que provoca un deseo compulsivo de consumo y causa una intoxicación periódica o continua en el sujeto. Esta conducta genera a largo plazo una dificultad para controlar voluntariamente el deseo de ingerir sustancias, derivando en comportamientos impulsivos por conseguir la droga.

Formas de Consumo

El consumo de drogas tiene diferentes niveles con distintos grados de severidad. La concejalía de Igualdad, Bienestar Social y Participación Ciudadana CORUÑA sin Drogas ((Ministerio de Sanidad, 2018) cita diferentes formas de consumo de sustancias, tales como:

- Consumo experimental

El primer contacto con una o varias sustancias se produce en las primeras ocasiones, normalmente por curiosidad, cuando la persona no es consciente de los efectos de la sustancia.

El sujeto puede suspender o avanzar hacia el consumo ocasional. No está exento de riesgos, no está exento de riesgos.

- Consumo ocasional

Baja frecuencia de consumo en ciertos periodos, correspondiendo a un uso intermitente de la sustancia, sin un periodo fijo y con largos periodos de abstinencia.

Su riesgo no debe ser evaluado por la baja frecuencia, sino por la cantidad, modalidad y condiciones en las que se realiza.

- Consumo habitual

Uso frecuente de la droga, se refiere a un consumo repetitivo que puede ser una vez a la semana, varias veces a la semana, diariamente o incluso varias veces al día, esta práctica puede dar lugar a las otras formas de consumo, dependiendo de la sustancia de que se trate, de las características de la persona, del medio que le rodea, etc.

El sujeto aumenta las situaciones en las que consume drogas, se utilizan tanto en grupo como individualmente; su efecto es totalmente conocido y buscado por el usuario.

- Consumo compulsivo o dependencia

Según el (Ministerio de Sanidad, 2018), el individuo necesita la sustancia y toda su vida

gira en torno a ella, independientemente de las complicaciones que puedan derivarse de ello.

Algunos indicadores de esta forma de consumo son:

1. Consumo de la sustancia en mayor cantidad o por un período de tiempo más largo
2. Toma de conciencia sobre la dificultad para controlar el consumo de la droga
3. Empleo de la gran parte del tiempo en actividades relacionadas con la obtención y consumo de la sustancia
4. Intoxicaciones o síntomas de abstinencia frecuentes cuando el consumidor realiza determinadas tareas
5. Reducción significativa o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas
6. Continuo uso de la sustancia a pesar de ser consciente de los problemas que le está ocasionando
7. Tolerancia frecuente
8. A menudo se utiliza la sustancia para aliviar el malestar provocado por su falta.

- Policonsumo

Aunque existe, no es frecuente entre consumidores de drogas la utilización de una única sustancia. El modelo más común es el consumo combinado de diferentes drogas. Este tipo de comportamiento es habitual en personas con consumo problemático y acarrea consecuencias muy graves en la salud (Rey, 2008)

El policonsumo posee dos categorías que permite comprender su funcionalidad. la primera es denominada como consumo simultáneo cuando el consumo de una sustancia se da en periodos cortos de tiempo o en el mismo instante, mientras que la segunda denominada consumo concomitante evidencia la administración de la sustancia en un lapso mayor. La combinación de dos o más sustancias incrementa la probabilidad de tolerancia y la acumulación de reacciones secundarias debido a la simultaneidad de la experiencia psicoactiva. Aunque no existe mayor evidencia, el policonsumismo puede catalogarse como una problemática importante de salud (Sociedad Española de Toxicomanías, 2006).

Clasificación de sustancias

Intervención En Drogodependencia, (2010) señalan que las sustancias psicoactivas

afectan directamente al sistema nervioso central y pueden calificarse a partir de su reacción en el organismo, así como de los efectos que causan en el mismo.

Según Intervención En Drogodependencia, (2010) sus efectos sobre el sistema nervioso central pueden ser:

- Depresores

Reduce el ritmo de las funciones corporales, la actividad mental y el sistema nervioso central. Estas sustancias también se denominan psicodépticos, como el alcohol y los sedantes.

- Estimulantes

Estimulan la actividad mental y el sistema nervioso central, también aumentan el ritmo de otros órganos y sistemas orgánicos, como la nicotina y el éxtasis.

- Alucinógenos

Son capaces de alterar y distorsionar la percepción sensorial de una persona, alterando su estado de conciencia y sus habilidades cognitivas, pueden causar alucinaciones como PCP y LSD.

Según su origen pueden ser:

- Origen natural

Se encuentran de forma natural en el medio ambiente y son utilizados por los usuarios sin ningún tipo de manipulación o proceso químico.

- Sintéticas:

Elaboradas exclusivamente en laboratorio mediante procesos químicos, cuya estructura química no está relacionada con ningún componente natural.

Según su situación legal pueden ser:

- Ilícitas:

Las drogas ilícitas son aquellas que están penadas por la ley, es decir, son ilegales. Estos incluyen la marihuana, la cocaína, la heroína, etc.

- Lícitas:

Las drogas lícitas son aquellas que la ley no sanciona, es decir, son legales.

Sustancias psicotrópicas

Según la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) (Rojas, Reyes, Tapia, et al., 2020) las sustancias contenidas por los psicotrópicos y los estupefacientes son aquellas que actúan sobre el sistema nervioso central, ya sea excitándolo o deprimiéndolo, dentro de estas encontramos:

- Psicotrópico:

Cualquier sustancia natural o sintética, capaz de influenciar las funciones psíquicas por su acción sobre el Sistema Nervioso Central (SNC).

- Psicofármaco:

Todo producto farmacéutico compuesto por sustancias psicotrópicas, utilizado como objeto del tratamiento de padecimientos psíquicos o neurológicos.

- Estupefacientes:

Toda sustancia psicotrópica, con alto potencial de producir conducta abusiva y/o dependencia (psíquica/física, con perfil similar a morfina, cocaína, marihuana, etc), que actúa por sí misma o a través de la conversión en una sustancia activa que ejerza dichos efectos.

Causas

Al igual que en muchos trastornos de salud mental, hay varios factores que pueden

contribuir al desarrollo de la adicción a las drogas. Para (Rojas, Reyes, & Tapia, 2020) los factores principales del consumo pueden ser:

- Factores individuales: son aquellas actitudes relacionadas a la frustración, problemas de autoestima, así como conductas desadaptativas.
- Factores familiares: patrones de consumo de padres o familiares directos, negligencia, falta de supervisión, violencia física o verbal, conflictos intrafamiliares.
- Factores sociales: entorno de desprotección, fácil acceso a las sustancias, círculo social consumidor.
- Factores Ambientales: Creencias, actitudes familiares y la exposición a grupos de pares que alientan el consumo de drogas, suelen influir en el inicio del consumo de drogas.
- Factores Genéticos: Una vez que se ha comenzado con el consumo de una droga, el paso a la adicción depende de rasgos heredados (genéticos), que pueden retrasar o acelerar el avance de la enfermedad.

Efectos

El consumo de sustancias puede tener efectos perjudiciales y significativos.

En el caso de la metanfetamina, los opiáceos y la cocaína son drogas muy adictivas y pueden tener múltiples consecuencias para la salud a corto y largo plazo, tales como comportamiento psicótico, convulsiones o muerte por sobredosis.

El éxtasis puede provocar deshidratación, desequilibrio de electrolitos y complicaciones que pueden comprender convulsiones, a largo plazo puede dañar el cerebro.

Las drogas sintéticas ya sea en líquido, en píldora o en polvo, a menudo contienen sustancias desconocidas que pueden ser dañinas, debido a las características tóxicas de las drogas que se inhalan, los consumidores pueden sufrir daños cerebrales de distintos grados de gravedad (Mayo Clinic, 2017).

Adicción de sustancias

La drogadicción, también llamada drogodependencia, es un trastorno cerebral provocado por el consumo de sustancias psicoactivas considerada una enfermedad crónica (OMS, 2010)

El drogodependiente puede experimentar un fuerte deseo por la droga, tener dificultad para controlar su consumo, sufrir el síndrome de abstinencia cuando se reduce o interrumpe el consumo y necesitar dosis cada vez mayores para notar sus efectos (tolerancia). Es posible que el individuo acabe dejando de lado otras actividades de recreación o intereses, que dedique cada vez más tiempo a conseguir o consumir la droga, o a recuperarse de sus efectos, y que continúe consumiéndola a pesar de que sus consecuencias negativas sean evidentes (Pinto, 1998)

Trastornos del sueño

Concepto

El sueño constituye un proceso neurofisiológico complejo necesario para el mantenimiento de la salud. Dormir implica la reducción habitual y periódica de la percepción consciente del ambiente, sin perder la capacidad de reacción a estímulos externos. Es indispensable para el correcto desarrollo del sistema nervioso central e influye en el desempeño óptimo de las personas en el estado de vigilia (Castillo, 2022)

Se considera al sueño un proceso saludable cuando el ciclo sueño- vigilia augura un restablecimiento de funciones físicas y psíquicas, mejora el estado de ánimo, se adapta a condiciones personales, sociales y del medio, cumple horarios y hábitos específicos y permite conservar un estado de alerta constante en el día. El sueño juega un papel fundamental desde la niñez, permitiendo el desarrollo adecuado de habilidades motrices, la socialización y la comunicación; mientras en la adultez está ligado constantemente a procesos de atención, memoria y aprendizaje (Navarro & González, 2022).

Fases

El ciclo sueño- vigilia atraviesa cada 24 horas y se caracteriza por atravesar varias fases relacionadas a la actividad del sistema nervioso autónomo. La actividad cerebral durante el sueño a sido estudiada por varios años a partir de ondas generadas eléctricamente en el encéfalo (Cabanye, 2015). Según (Cuenca, 2006) sueño se complementa de dos fases:

Sueño lentificado o no- REM

Durante el sueño no REM el ciclo del sueño suele representarse como silencioso y reparador. Se caracteriza por la disminución del movimiento ocular, descanso fisiológico en la temperatura corporal, frecuencia cardiaca y un decrecimiento en la respiración y la función motora. Como menciona (Tapia, 2011) esta fase representa el 70%-80% del total del ciclo y se subdivide en cuatro fases:

Tabla 1: Fases del sueño no- REM

Fase	Tipo de actividad	Efectos fisiológicos	Porcentaje del total de sueño
Fase 1	Dormitar-ondas theta lentas	<ul style="list-style-type: none">- Cambio entre la vigilia y el sueño.- Duración aproximada de 5 a 10 minutos.- Respiración uniforme.- Reducción del ritmo cardiaco.- Disminución de movimientos oculares.- El sujeto despierta fácilmente	5%- 10% en adultos sanos

Fase 2	Sueño ligero-ondas husos de sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Inicio del sueño verdadero. - Escasez de movimientos de ojo. - Leve movimiento muscular - Disminución de la respiración y la frecuencia cardiaca. - Fase más extensa durante la noche. 	45%- 50% en adultos sanos
Fase 3	Sueño profundo- ondas lentas delta	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de frecuencia cardiaca 60 p.p.m. - No se perciben movimientos oculares. - Decrecimiento de la temperatura corporal. - La profundidad de sueño es fluctuante según la edad. 	25% en adultos sanos
Fase 4	Sueño más profundo al anterior-ondas delta aún más lentas	<ul style="list-style-type: none"> - Aparece durante el primer tercio de la noche. - Mayor dificultad para despertar por estímulos externos. - Dura alrededor de 15 a 60 minutos. 	10% - 20% en adultos sanos

Nota: Información tomada de Litman (2002) y Lorenzo (2011).

Sueño paradójico o REM

El sueño REM se caracteriza por la presencia de movimiento oculares rápidos y aparece alrededor de los primeros 45 minutos tras el comienzo de la fase 4 nREM. Representa el 20%-30% del total de sueño con una oscilación de 90 minutos por ciclo y es la etapa relacionada a la producción de sueños. (Lipman, 2002)

Presenta ondas de voltaje semejantes a las de la vigilia (beta, theta) y genera cambios fisiológicos como la disminución de la tensión arterial, atonía muscular, respiración fluctuante y erección de zonas erógenas. Además, la probabilidad que el sujeto despierte debido a estímulos externos disminuye, mientras la influencia de estímulos internos incrementa la posibilidad de despertar de forma espontánea. (Cuenca, 2006)

Bases Neurofisiológicas del Sueño

Según Eguiluz y Segarra (2013), el ciclo sueño- vigilia posee sustratos neuroanatómicos encargados de procesos como el sueño normal y la alerta. Están formados por neuronas axiales que van desde el tronco encefálico hasta el prosencéfalo, en los núcleos supraquiasmáticos hipotalámicos. El ritmo circadiano es el patrón con mayor relevancia en los ciclos de 24 horas que el ser humano cumple a lo largo de su vida. Este ciclo se ejecuta a partir de la estimulación de distintas áreas del cerebro, con implicancia de varios neurotransmisores como se describe a continuación.

Sistema promotor de vigilia

Los centros neurales implicados en la mantención del estado de alerta en el sujeto forman el sistema reticular activador ascendente (SARA) encargado de la regulación de la actividad del sistema nervioso central durante la transición del sueño a la vigilia. Los neurotransmisores participantes en la vigilia son las monoaminas, acetilcolinas y el glutamato (Chang & Acuña, 2020). Asimismo, existe la participación de otras biomoléculas descritas en la *Tabla 2*.

Sistema promotor del sueño

El núcleo preóptico del hipotálamo es la principal estructura relacionada a la producción

y mantenimiento del sueño. Su función principal es impedir el funcionamiento natural de SARA en cuanto a la conservación de la vigilia. Los neurotransmisores encargados de inhibir esta función son GABA y galanina ligadas principalmente a la fase de sueño REM.

Tabla 2 Mecanismos neurofisiológicos implicados en el sueño y la vigilia

Núcleo cerebral responsable	Neurotransmisor	Estado neuronal	Función
<p><u>Vigilia</u></p> <p>Núcleos colinérgicos</p> <p>Locus cerúleo</p> <p>Núcleos del rafe</p>	<p>Acetilcolina</p> <p>Norepinefrina</p> <p>Serotonina</p>	<p>On</p> <p>On</p> <p>On</p>	<p>Atención, vigilia, actividad autonómica y motora.</p>
<p><u>Sueño no- REM</u></p> <p>Núcleos colinérgicos</p> <p>Locus cerúleo</p> <p>Núcleos del rafe</p>	<p>Acetilcolina</p> <p>Norepinefrina</p> <p>Serotonina</p>	<p>Off</p> <p>Off</p> <p>Off</p>	<p>Privación de iniciación del sueño. (activación de neuronas gabaérgicas)</p>
<p><u>Sueño REM conectado</u></p> <p>Núcleos colinérgicos</p> <p>Núcleos del rafe</p>	<p>Acetilcolina</p> <p>Serotonina</p>	<p>On</p> <p>Off</p>	<p>Vigilia y movimientos voluntarios.</p>

<u>Sueño REM no conectado</u>	Norepinefrina	On	Promueve la alerta
Locus cerúleo			

Nota: Información tomada de Eguiluz y Segalla (2013)

Trastornos del Sueño

Los trastornos del sueño han constituido por varios años como un grupo heterogéneo de síntomas que cumplen generalidades de una enfermedad. Sin embargo, como explica (Gallego et al., 2007), la importancia de clasificar los trastornos del sueño y vigilia radica en una mayor organización y entendimiento entre profesionales del área. Asimismo, la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño realizada por asociaciones investigativas de varios países del mundo, refiere que el poseer una clasificación y jerarquización de los trastornos facilita el diagnóstico adecuado a partir de síntomas principales y específicos. Por ello, incluyeron a cada trastorno en grupos como: disomnias, parasomnias, alteraciones asociadas a otras enfermedades, así como desordenes del sueño propuestos.

Disomnias

(Castaño, 2013) menciona que las disomnias son consideradas aquellas alteraciones del sueño que tienen como característica principal la dificultad del inicio y mantención del sueño o a la desmesurada somnolencia. Las alteraciones afectan a la calidad, cantidad y horario del sueño. Para (Miranda, 2018) las disomnias pueden ser:

1. **Alteraciones intrínsecas:** respuestas fisiológicas que se originan dentro del propio organismo del ser humano.
 - Insomnio psicofisiológico
 - Percepción alterada del sueño
 - Insomnio idiopático
 - Hipersomnia idiopática
 - Narcolepsia
 - SAOS y MPP
 - Síndrome de apneas central

2. **Alteraciones extrínsecas:** se definen como aquellas alteraciones en el sueño producidas por factores ambientales ajenos al organismo.
 - Alteraciones relacionadas a la higiene del sueño
 - Sonambulismo
 - Disomnía relacionada al consumo de medicamentos y otras sustancias psicotrópicas.
 - Somnolencia de la altitud
 - Disomnía secundaria a intoxicación por alimentos o tóxicos
3. **Alteraciones debido al ritmo circadiano:** alteración del sueño caracterizada por la imposibilidad de conciliar el sueño cuando la persona lo necesita o lo espera generando un desfase en los horarios establecidos para dormir (Ángeles et al., 2023)
 - Síndrome de avance de la fase del sueño
 - Síndrome de retraso de la fase del sueño
 - Alteración del sueño debido a turnos rotativos de trabajo
 - Jet- lag

Parasomnias

Las parasomnias se definen como aquellos trastornos del sueño que ocurren fuera del plano de la vigilia. Se caracterizan por mantener periodos de actividad durante las etapas del sueño (REM- no- REM) que producen una interrupción súbita del sueño. Es probable que este tipo de alteraciones aparezcan durante un desfase en el que el estado de sueño se inmiscuye en el proceso de despertar, por lo que el sujeto queda atrapado en el medio de estas dos etapas. Asimismo, puede ocurrir de forma secundaria a enfermedades psiquiátricas o condiciones médicas (Díaz et al., 2014)

Tabla 3 Tipos de parasomnias

Parasomnias	
Tipos	Alteraciones

Alteración al despertar	Despertar confusional Sonambulismo Terroros nocturnos
Alteración de la transición sueño y vigilia	Somniloquios Calambres nocturnos
Parasomnias en la fase REM	Terroros nocturnos Pesadillas Parálisis del sueño Alteración conductual en REM Parálisis sinusal en REM
Otras	Enuresis Bruxismo Ronquido primario Paroxismo nocturno Hiperventilación innata

Nota: Información tomada de (Gallego et al., 2007)

Alteraciones del sueño relacionadas a otras enfermedades

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 describe que la preexistencia de patologías y alteraciones relacionadas al sueño resulta común y pueden tomarse como una fase prodrómica en la detección de las distintas enfermedades. Los problemas de sueño resultan clínicamente beneficiosos con relación a distintas quejas. Aparecen con frecuencia relacionadas a trastornos neurológicos como la demencia, Parkinson o epilepsia; trastornos mentales frecuentes como la depresión, trastorno bipolar o ansiedad y en enfermedades médicas como problemas respiratorios, cardiovasculares, musculoesqueléticos, gastrointestinales, entre otros (APA, 2015).

Desórdenes del sueño propuestos

Engloba a aquellos trastornos del sueño que no cumplen con los parámetros para pertenecer a los grupos anteriores o cumple criterios de más de uno de los subgrupos. Incluye por ejemplo la hiperhidrosis del sueño, síndrome de subvigilia, largingoespasmos, taquipnea, alteraciones en el embarazo y en síndromes perimenstruales (Gallego et al., 2007)

Causas de estos trastornos

Existen varios factores que influyen en el sueño y que pueden resultar problemáticos en la salud del ser humano. Tanto el exceso de sueño como la falta de este puede generar efectos negativos en la homeostasis del organismo. Alrededor de 70 millones de adultos en EEUU sufre de algún trastorno relacionado al sueño y la vigilia lo cual representa un coste elevado para el sistema de salud. Estas alteraciones se ven reflejadas en la vida cotidiana de la persona y pueden identificarse a partir de baterías y pruebas estandarizadas, así como con la información recabada dentro de la historia clínica (Mar, 2021).

Como describe (Weineck, 2000) los trastornos del sueño tienen un origen multifactorial que pueden estar descritos debido a:

- **Factores constitucionales:** la carga genética y condiciones hereditarias predisponen la calidad del sueño. Este tipo de causas supone un malestar general para la mayor parte de miembros de una familia (Cabanye, 2015b).
- **Factores psicógenos:** relacionados a factores que influyen en aspectos psíquicos del ser humano donde destacan situaciones estresantes, temor, labilidad afectiva, miedos, procesos de duelo, pensamientos rumiantes etc. Puede causar trastornos del sueño a su vez algunos trastornos psiquiátricos y degenerativos como la depresión, ansiedad o demencia.
- **Factores etarios:** la calidad de sueño durante edades avanzadas disminuye debido a la alteración de las fases del sueño derivando a dificultades para conciliar el sueño, continuas siestas durante periodos de vigilia, así como una mala higiene del sueño.
- **Factores exógenos:** incluyen aquellos factores socioambientales que influyen en la conciliación del sueño o en su mantenimiento. Generalmente se asocia a

situaciones imprevistas, la presencia de luz artificial, ruido, ambientes inadecuados para dormir o cambios de temperatura.

- **Factores patológicos:** son consideradas una de las principales causas que producen alteraciones del sueño en la sociedad. Se relaciona a las dificultades de cumplir adecuadamente con el ciclo sueño- vigilia ya sea debido a interrupciones, inducciones profundas de sueño o a la hiperactividad que estas generan. Se destacan enfermedades como problemas respiratorios, cardiovasculares, enfermedades neurológicas, endócrinas, musculoesqueléticas, entre otras.

Efectos de los trastornos

La prevalencia de trastornos del sueño como el insomnio, hipersomnias, apnea o narcolepsia es alta en la población general. En su mayoría, al resultar una queja esporádica, esta problemática es ignorada y no obtiene una detección y tratamiento adecuados. El impacto de las alteraciones del sueño es grande y desencadena dificultades graves para la salud, afectando el desenvolvimiento adecuado en las actividades diarias de la vida y el bienestar global del ser humano (Benavides & Ramos, 2019).

Como refiere (Lipman, 2002), las consecuencias de las dificultades en la conciliación del sueño y la somnolencia pueden disminuir la capacidad intelectual, genera un déficit en la funcionalidad, posibilita el aumento de la morbilidad y mortalidad e incrementa el riesgo a sufrir algún tipo de accidente. Asimismo, al relacionarse con la productividad de la persona, podría afectar en ámbitos laborales, económicos, académicos y de interacción social.

Además, las dificultades en el sueño alteran al desempeño cognitivo, la concentración, memoria, atención, disminuyen la homeostasis del organismo tras los cambios bioquímicos e inmunológicos, puede generar fragilidad y exacerbación de síntomas en trastornos con los que puede presentar una comorbilidad (Gómez y Curcio, 2021).

Antecedentes Investigativos

En la investigación realizada por Miranda (2021), se aborda el tema de la adaptación social a las drogas y alcohol. Se reconoce la adicción como una enfermedad, pero

afortunadamente existen opciones que permiten a las personas con problemas de drogas y alcohol vivir una vida diferente y convertirse en individuos útiles para la familia y la sociedad. Uno de estos enfoques es la participación en programas de recuperación ofrecidos por grupos de autoayuda como Narcóticos Anónimos o Alcohólicos Anónimos. El objetivo de esta investigación fue analizar la adaptación social de las personas que han seguido un programa de recuperación, y comprender cómo se reintegran a la sociedad. Trata sobre un estudio con una muestra de 40 individuos, hombres y mujeres, de edades comprendidas entre los 20 y 65 años, que estaban participando en un programa de autoayuda en Narcóticos Anónimos en la zona 1 de Quetzaltenango. A estos participantes se les administró la prueba de adaptación para adultos de Hugh Bell. Después de llevar a cabo el trabajo de campo y el procedimiento de la tesis, se llegó a la conclusión de que existe una adaptación social en el proceso de recuperación de las adicciones. Cuanto mayor es la adaptación lograda, menor es la probabilidad de recaer en la adicción a las drogas o al alcoholismo, en vista que una persona bien adaptada tiende a tener una mayor estabilidad emocional, una personalidad sólida y relaciones sociales y familiares saludables.

Orantes et al. (2018) con el objetivo de analizar los efectos sobre el sueño en dependientes de cocaína realizaron un estudio polisomnográfico durante la abstinencia en diez dependientes de la cocaína pareados en sexo, edad e índice de masa corporal (imc) con diez participantes no consumidores. Los resultados muestran alteraciones en la arquitectura de sueño, disminución en la latencia al sueño y cantidad de sueño mor. Además, hubo aumento significativo en la duración de la fase N1 y en la eficiencia al sueño. Durante la abstinencia, los consumidores de cocaína tuvieron problemas de sueño durante al menos tres semanas, relacionados con la frecuencia, la cantidad y el tiempo de consumo. Existe relativamente poca información de las características del sueño en periodos largos de abstinencia a cocaína, ya que no hay reportes después de los tres meses.

Por su parte, Figueroa (2018), realizó un estudio cuyo objetivo principal fue determinar la percepción de la dinámica familiar por parte de los miembros de familias que tienen a un miembro en rehabilitación por alcoholismo. La investigación tuvo un diseño descriptivo, con el propósito de especificar las características, grupos y procesos relacionados con el objeto de estudio, que en este caso fueron las familias con un miembro alcohólico en rehabilitación. El muestreo se realizó de manera aleatoria y se incluyeron a los integrantes de 10 familias con un miembro alcohólico que asistían a un centro de Alcohólicos Anónimos. Se tomaron en cuenta

sujetos de ambos sexos, con edades a partir de los 10 años y un nivel socioeconómico medio. El instrumento utilizado fue el APGAR Familiar, que permite evaluar la percepción de los miembros de la familia sobre el nivel de funcionamiento de la unidad familiar en áreas como adaptación, participación, afecto, recursos y ganancia. Este instrumento también es aplicable a la población infantil. Según los resultados obtenidos, se concluyó que el 61% de los sujetos pertenecientes a familias con un miembro alcohólico en rehabilitación percibieron una disfuncionalidad severa en la dinámica familiar. Como recomendación, se sugirió que los miembros de familias con un miembro alcohólico en rehabilitación iniciaran un proceso terapéutico tanto a nivel personal como familiar. Esto les permitiría identificar los factores del contexto familiar que pudieran afectarles emocionalmente y, a partir de ello, generar una nueva dinámica de relaciones con los demás miembros de la familia.

Por otra parte, Baños et al., (2022) con el objetivo de explorar la comorbilidad entre los síntomas de ansiedad e insomnio en adultos realizaron un estudio de tipo cuantitativo, que mostró como resultados que los síntomas que conectaban la ansiedad con el insomnio eran los problemas para relajarse y la calidad general del sueño. Los aspectos más destacados de la ansiedad, en términos de su importancia y previsibilidad, fueron los problemas para relajarse y la preocupación, mientras que, para el insomnio, lo más relevante fue la calidad general del sueño y cuánto tiempo duraba.

Cócola (2022), con el objetivo de analizar las puntuaciones, asociaciones y predicciones entre orientaciones de apego, regulación emocional y funcionamiento familiar, en personas con trastornos por consumo de sustancias, realizó una investigación de tipo cuantitativa, correlacional, predictivo y transversal. En el cual se observó que la mayoría de los participantes presentaban altos niveles de apego inseguro en sus relaciones cercanas, lo que se manifestaba tanto en la evitación emocional como en la ansiedad. También se notó una carencia de aceptación emocional y un bajo nivel de cohesión y flexibilidad en las dinámicas familiares. Además, los resultados revelaron vínculos significativos entre las dificultades en la regulación emocional, las formas inseguras de apego y el funcionamiento familiar. Se encontró que estas últimas dos variables predecían en gran medida las dificultades en la regulación emocional, siendo el apego inseguro el factor más influyente en este sentido.

Por otro lado, Tena et al. (2018) realizaron una investigación de revisión sobre aspectos generales del consumo de sustancias. El estudio reveló la existencia de diversos

factores de riesgo relacionados con el inicio del consumo de sustancias y el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias. Estos factores abarcan aspectos individuales, familiares y del entorno social. Además, se identificaron estrategias específicas para la detección temprana, orientación y derivación a tratamientos integrales, conocidas como SBIRT (Screening, Brief Intervention, Reference to Treatment en inglés). En conclusión, se encontró que la implementación de programas SBIRT en un hospital general resulta eficaz para fortalecer el vínculo entre los servicios hospitalarios y los programas especializados de tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias. Estas estrategias permiten una detección más temprana de los problemas relacionados con el consumo de sustancias y facilitan la referencia de los pacientes a los servicios de tratamiento adecuados, mejorando así la atención integral de este tipo de trastornos.

Por otro lado Corredor y Polanía, (2020) en su investigación con el objetivo analizar la calidad de sueño en estudiantes de Ciencias de la Salud, en una muestra de estudiantes de 6 programas académicos de una facultad de Ciencias de la Salud, con una edad promedio de 22 años y una predominancia significativa de mujeres (82,5%), que estaban distribuidos de manera uniforme en los semestres III al VIII, en una proporción similar entre ellos (13,7% - 14,4%), se observó que el 58% de los estudiantes tenía una mala calidad de sueño, siendo clasificados como malos dormidores. Por otro lado, el 42% restante informó tener una buena calidad de sueño.

De acuerdo con Álvarez y Jiménez (2020), actualmente, los trastornos del sueño son un problema recurrente. Aunque existen múltiples estudios sobre intervenciones efectivas, hay una falta de difusión de esta información en la literatura en español. En este sentido, el trabajo de dichos autores, tuvo como finalidad proporcionar información sobre las intervenciones más efectivas para los trastornos del sueño, tales como el insomnio, el síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS) y la Narcolepsia. En función de ello, muestran una revisión de las características del sueño, los criterios diagnósticos basados en la clasificación internacional de trastornos del sueño y las intervenciones psicológicas para cada uno de los trastornos mencionados anteriormente. Por último, los autores destacan que la intervención psicológica en este ámbito debe ser realizada por profesionales capacitados en el campo del sueño y la terapia cognitivo conductual. Esto asegura un manejo adecuado del paciente y la detección temprana de cualquier patología, lo que a su vez se traduce en una mejor calidad de vida.

Por otro lado, Echeto (2019), planteó el estudio comparativo de la cafeína y la cocaína por separado y en combinación, utilizando dos protocolos diferentes: uno agudo o Acute Binge y otro crónico o Chronic Binge, que simulan el uso y el abuso de estas drogas respectivamente. De esta manera, se evaluaron las alteraciones producidas por estos estimulantes en el núcleo ventrobasal del tálamo y los posibles mecanismos fisiopatológicos subyacentes. Los resultados demostraron que tanto la cocaína, la cafeína como la combinación de ambas drogas inducen modificaciones en las propiedades intrínsecas y sinápticas de las neuronas ventrobasales tanto en el protocolo agudo como en el crónico. Además, se observaron alteraciones en las corrientes principales involucradas en la función marcapasos del núcleo ventrobasal, como la corriente IH y las corrientes de calcio de bajo umbral o IT, y estos cambios se asociaron con modificaciones en la concentración de calcio intracelular.

Por su parte Nogueira et al. (2019), parten de que las apneas del sueño son trastornos respiratorios crónicos de gran relevancia en la población en general debido a su alta prevalencia, los efectos que producen en los pacientes y su impacto en la salud pública. En 2013, se publicaron las primeras Guías Prácticas para el diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño por parte de la AAMR (Asociación Americana de Medicina del Sueño). Desde entonces, se ha acumulado una cantidad significativa de evidencia científica sobre estos trastornos, lo que ha motivado la actualización de estas guías. Un grupo de trabajo compuesto por profesionales capacitados y con experiencia en trastornos respiratorios del sueño revisó la literatura científica y actualizó los conceptos abordados en las guías de 2013. Como resultados del citado estudio, los autores definieron el marco de referencia, los criterios para el diagnóstico y la evaluación de la gravedad, los factores de riesgo, las diferentes formas de presentación y las consecuencias asociadas de las apneas del sueño como trastornos respiratorios crónicos. Se explican en detalle los métodos de diagnóstico, las variables utilizadas y las indicaciones, así como los requisitos técnicos necesarios para validar e interpretar los resultados. Por último, se examinan las opciones terapéuticas y se abordan aspectos prácticos relacionados con su implementación. Se satisface el objetivo principal de este trabajo el cual fue crear una herramienta de divulgación científica que estableciera directrices claras para la formación de profesionales, la atención de pacientes con esta enfermedad y la formulación de políticas públicas.

En el trabajo de Avellaneda e Imaz (2021), se plantearon como objetivo general reflexionar sobre las posibles conexiones entre la apnea obstructiva del sueño (AOS) y el

consumo abusivo de alcohol. Desde el punto de vista metodológico, se realizó una revisión narrativa de la literatura médica publicada en inglés y español en bases de datos biomédicas. La búsqueda se centró en los términos apnea obstructiva del sueño, niveles de cortisol, grelina y leptina, y alcoholismo. Entre sus primeros hallazgos, se encontró información que sugiere que la AOS puede alterar los niveles de las hormonas cortisol, grelina y leptina, lo cual puede estar relacionado con los cambios generados por la AOS en los ciclos hormonales. Esto plantea la posibilidad de que exista una conexión entre la AOS y el consumo de alcohol a través de la ansiedad (cortisol), el aumento del apetito (grelina) y las dificultades para sentir saciedad (leptina). Entre las conclusiones de los autores, la AOS puede afectar los ciclos hormonales del cortisol, grelina y leptina, lo cual se manifiesta en el estado de vigilia como ansiedad, aumento del apetito y dificultades para sentir saciedad. Estos síntomas también se presentan en personas que consumen niveles elevados de alcohol. Sin embargo, esta coincidencia no ha sido suficientemente estudiada y requiere investigaciones adicionales.

Ortiz y Vasco (2022), desarrollan una investigación, cuyo objetivo fue comprender los significados que los miembros del Movimiento Internacional Villarrica 24 horas Alcohólicos Anónimos Latacunga atribuyen al consumo de alcohol. Dicho estudio utilizó una metodología cualitativa basada en la teoría crítica, y se llevó a cabo un muestreo crítico utilizando entrevistas semiestructuradas. Los datos fueron analizados mediante análisis de contenido. Los resultados revelaron que la primera experiencia y los motivos arraigados son elementos importantes para comenzar a consumir alcohol. Además, se encontró que el consumo de alcohol puede tener efectos negativos como ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, episodios psicóticos, cirrosis, traumatismos craneales, problemas legales, pérdida de empleo, divorcio y rechazo familiar. Por otro lado, se identificó que las consecuencias del consumo de alcohol son a mediano y largo plazo, y los participantes han adoptado estrategias espirituales, profesionales y personales para mantener o superar su alcoholismo. En conclusión, el consumo excesivo de alcohol desgasta tanto a la persona que lo consume como a su entorno.

Hernández et al. (2019), en su estudio explican que el insomnio es el trastorno del sueño más común en la población; señalan que el insomnio crónico lo sufre entre un 6% y un 10% de la población y puede causar un malestar significativo o afectar áreas importantes de funcionamiento humano. Es fundamental realizar un diagnóstico preciso de este trastorno para poder implementar un tratamiento adecuado y mejorar la calidad de vida de los pacientes que lo experimentan. El propósito de este estudio fue ofrecer una revisión actualizada que amplíe

y actualice la información sobre este tema. Los autores realizaron una revisión de artículos, principalmente de los últimos cinco años, y se resumen los resultados para contribuir al desarrollo profesional. Entre las principales conclusiones señalaron que el insomnio se caracteriza por la persistente dificultad para conciliar el sueño, mantenerlo, lograr una calidad adecuada o una duración suficiente, a pesar de contar con las condiciones y oportunidades adecuadas para dormir. Esto va acompañado de un nivel significativo de malestar o deterioro en el funcionamiento del individuo. No existe un tratamiento ideal o universal para los trastornos de insomnio, y siempre es responsabilidad del profesional diseñar un plan de tratamiento personalizado para cada paciente, basándose en los conocimientos teóricos, la práctica clínica y su experiencia.

En otro contexto, Reckziegel et al. (2021), realizaron un estudio cuyo propósito fue examinar la frecuencia de trastornos del sueño en personas mayores que consumen alcohol y drogas ilícitas y que reciben tratamiento en un centro especializado. Se evaluó una muestra de 50 individuos mayores y se descubrió que el 96% de ellos experimentaba una calidad de sueño deficiente, mientras que el 54% presentaba insomnio de grado moderado o severo. Se considera que realizar un diagnóstico preciso de los trastornos del sueño en los consumidores de alcohol y drogas de edad avanzada puede contribuir de manera significativa al envejecimiento exitoso de esta población.

Rohde (2022), en su trabajo refiere que los medicamentos Z fueron desarrollados como una alternativa a las benzodiazepinas, con una farmacocinética mejorada, y en la actualidad se reconocen y autorizan para tratar el insomnio. Sin embargo, a pesar de su farmacocinética mejorada, los fármacos Z están relacionados con un efecto adverso preocupante: la amnesia global transitoria. En este estudio, se realizó una revisión sistemática de artículos publicados entre 2006 y 2021 con la finalidad de investigar los factores de riesgo asociados con la aparición de este efecto adverso. Se incluyó un total de 783 pacientes en los estudios revisados, con un rango de pacientes por estudio que varió de 1 a 516, y una media de 78,3 pacientes. De los pacientes totales, 104 (13,28%) presentaron amnesia global transitoria. La cantidad de pacientes reportados en los estudios varió de 1 a 79, con una media de 10,4 pacientes. Como conclusión de esta revisión, el autor destaca la importancia de que los médicos consideren varios factores de riesgo, como la situación de convivencia del paciente, el uso de otros psicofármacos, el consumo concomitante de múltiples medicamentos y la desnutrición, antes de recetar un hipnótico Z, ya que todos estos factores se asociaron a un mayor riesgo de

desarrollar amnesia global transitoria.

En este orden de ideas, Callejas (2021), realizaron una revisión sistemática de la literatura con el propósito de investigar si los trastornos del ciclo sueño-vigilia pueden considerarse como indicadores de ideación suicida. Para responder a esta pregunta de investigación, los autores ejecutaron una búsqueda en las bases de datos bibliográficas de salud, como Medline, Scielo y LILACS, durante los meses de mayo a diciembre de 2020. Se incluyeron estudios originales cuantitativos, revisiones cualitativas y metaanálisis publicados en los últimos 10 años en los idiomas español, inglés y portugués. Se encontraron un total de 39 artículos que cumplían con los criterios de inclusión, de los cuales 37 estaban en inglés y 2 en portugués. La base de datos Medline proporcionó el 79,4% de los artículos utilizados. El 87,1% de los artículos correspondían a estudios originales cuantitativos. Esta revisión sistemática reveló que los trastornos del sueño son un factor de riesgo independiente en relación con la conducta suicida en diversos contextos clínicos y entornos socioculturales.

Bolívar et al. (2020), bajo esta misma tónica, realizaron un estudio orientado específicamente en los trastornos del sueño clasificados como enfermedades propias, como el insomnio, los trastornos respiratorios, las hipersomnias, las alteraciones del ritmo circadiano y las parasomnias. Este estudio utiliza un enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo que incluye una revisión bibliográfica y encuestas a profesionales capacitados en el tema. Los autores buscaron identificar la sintomatología primaria, los diagnósticos y las manifestaciones de estos trastornos con el fin de diseñar un instrumento que proporcione a los profesionales en seguridad y salud en el trabajo elementos de análisis y conocimiento. Mediante el estudio, los autores lograron identificar diversos factores de riesgo asociados, entre los cuales los factores psicológicos, enfermedades de diversa naturaleza, uso de medicamentos y sustancias psicoactivas, y condiciones ambientales inapropiadas son los más prominentes. Por ello, los investigadores recomiendan que estos aspectos deben ser considerados en el abordaje y tratamiento de los trastornos del sueño para lograr una mejoría en la calidad de vida de los individuos afectados.

Guevara y Garcia (2023), realizaron una investigación cuyo fue establecer la relación entre la calidad del sueño y el estrés en los trabajadores de una empresa de importaciones en la ciudad de Ambato. Se llevó a cabo una investigación con un diseño no experimental de tipo correlacional de corte transversal, en la cual participaron 140 empleados. En términos de

género, el 54,3% eran hombres y el 45,7% mujeres. La edad promedio fue de 32,06 años. Los resultados revelaron que el 57,1% de los participantes presentaban problemas de sueño que requerían atención médica, mientras que el 30% no experimentaba problemas de sueño. En cuanto al estrés, se encontró una alta prevalencia de niveles medios y altos en el 98,6% de los participantes. No se encontraron diferencias significativas entre los niveles de estrés y el género de los participantes. Además, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la calidad del sueño y el estrés. En conclusión, se determinó que la calidad del sueño se manifiesta de manera independiente a los niveles de estrés en los trabajadores estudiados.

Por su parte Arrieta y Arnedo (2020), buscaron determinar el uso de sustancias que inhiben el sueño, los hábitos de estudio y el rendimiento académico en estudiantes de segundo y tercer semestre de Medicina en universidades de Barranquilla-Colombia. Se evaluó una muestra de 463 estudiantes, con 199 estudiantes de la Universidad Metropolitana y 264 estudiantes de la Universidad Simón Bolívar. El instrumento utilizado fue diseñado por las investigadoras y validado por un grupo de 10 expertos mediante el método Delphi. Para evaluar los resultados, se realizó un análisis de tendencia central en cada una de las variables. Se encontró que el rango de edad más común fue de 18 a 21 años, representando el 62% de los estudiantes. El género femenino fue el más prevalente, con un 72.14%. En promedio, el 67% de los estudiantes no tenían buenos hábitos de estudio, y el 30% consumían sustancias que inhiben el sueño. La cafeína fue la sustancia más consumida, seguida de las bebidas tipo cola y las bebidas energéticas. Además, el 72.86% de los estudiantes indicaron que habían obtenido mejores resultados académicos debido al consumo de estas sustancias. Como conclusión se observó la presencia de un consumo múltiple de sustancias que inhiben el sueño por parte de los estudiantes, lo cual representa un riesgo para su salud integral.

Por otro lado, González (2022), realizó un estudio que tuvo como objetivo evaluar la calidad del sueño en estudiantes del tercer año de medicina en dos facultades de ciencias de la salud. Se ejecutó un estudio observacional, descriptivo y transversal que incluyó a 312 estudiantes de dos facultades de ciencias de la salud. Se utilizó el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh para evaluar la calidad del sueño. Como resultados se encontró que el 1,92% de los estudiantes informaron tener una mala calidad de sueño, y el 17,31% reportó una eficiencia de sueño inferior al 85%, un umbral considerado para el diagnóstico de insomnio. Además, se observó que el 60,33% de la muestra se clasificó como malos dormidores, mientras que el 39,66% se consideró buenos dormidores. El estudio reveló que aproximadamente el 70% de

los sujetos estudiados presentaban una mala calidad del sueño, y que esta se veía afectada por el consumo de alcohol, café y tabaco. Esto demuestra que, además de los diversos efectos negativos del consumo excesivo de estas sustancias, también se debe tener en cuenta su impacto en la calidad del sueño.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la relación entre el uso de sustancias y las alteraciones del sueño en personas que asisten a un grupo de Narcóticos Anónimos.

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de riesgo relacionado con la sustancia consumida.
- Medir el nivel de alteración de sueño de los participantes.
- Comparar las medias de puntuación en alteraciones de sueño de acuerdo al género.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Materiales

Instrumentos de recolección de datos

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

Autor: Rachel Humeniuk, Sue Henry-Edwards, Robert Ali, Vladimir Poznyak y Maristela Monteiro

Año: 2011

Descripción

Consta de 8 preguntas neutrales aplicables en distintos contextos (OPS, 2011)

Confiabilidad y validez

- Validez de 0,83
- Confiabilidad según el alfa de Cronbach 0,92 (OPS, 2011)

Interpretación de la escala

El ASSIST complementa su interpretación con una pequeña entrevista que permite conocer los aspectos multifactoriales del consumo, además que es posible hacer un registro del tipo de sustancias con mayor riesgo para el paciente. La escala brinda resultados a partir indicadores de grado de riesgo relacionados al consumo de sustancias como se explica a continuación:

Tabla 4 Nivel de riesgo de consumo ASSIST

Riesgo	Alcohol	Otras sustancias
Bajo	0-10	0-3
Medio	11- 26	4- 26
Alto	27 o más	27 o más

Nota: Información obtenida de (OPS, 2011)

Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)

Autor: D. J. Buysse y Cols.

Año: 1989

Descripción

El cuestionario PSQI es un instrumento que evalúa la calidad de sueño de manera individual. Consta de 24 preguntas dirigidas a evaluar los hábitos de sueño; 19 de las preguntas son contestadas por el paciente mientras las 5 finales por un compañero de habitación. Entre los constructos evaluados por la escala están duración, latencia y frecuencia del sueño y severidad de los problemas al dormir (Macías y Royuela, 1996)

Confiabilidad y validez

- Validez de 0,89
- Confiabilidad según el alfa de Cronbach 0,86 (Favela et al., 2022)

Interpretación de la escala

La calificación del cuestionario PSQI es realizada a partir del rango entre 0 y 3. La puntuación de 0 refiere que no existe ninguna dificultad para conciliar el sueño mientras que 3

indica un déficit significativo. La sumatoria global brinda a su vez un rango de 0 a 21m siendo 0 ausencia de dificultades mientras 21 indica dificultades severas en todos los componentes de la escala (Carralero et al., 2013).

2.2. Métodos

La presente investigación tuvo un enfoque de tipo cuantitativo en vista de que los instrumentos utilizados arrojaron resultados medibles tanto en rangos como en niveles de afectación; fue de tipo correlacional debido a que buscaba encontrar si existe relación entre el consumo de sustancias y las alteraciones del sueño. Además, es una investigación de corte transversal considerando que se aplicó en la población de Narcóticos Anónimos sede Ambato, siendo esta una población específica, y se realizó en un periodo de tiempo determinado.

Es importante considerar principalmente cuán importante es la parte ética y el respeto de los derechos de los participantes, es por esto que a cada uno de los sujetos recibió un consentimiento informado, en donde consta la información y solicitud de aprobación para utilizar los datos recolectados en la investigación.

Pregunta de investigación

¿Existe relación entre el consumo de sustancias con las alteraciones del sueño?

Hipótesis

El consumo de sustancias está relacionado con las alteraciones del sueño.

2.3. Operacionalización de las variables

Tabla 5 Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Dimensiones	Instrumentos
Consumo de sustancias	Consumo continuo de alcohol, drogas ilícitas o el uso indebido de medicamentos recetados o de venta libre con consecuencias negativas en el ámbito laboral, familiar, social y personal	Consta de 8 ítems. Nivel bajo: 0-3 Nivel moderado: 4-26 Nivel alto: 27+ (OPS, 2011)	Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) Validez de 0,83 Confiabilidad alfa de Cronbach 0,92 (OPS, 2011)
Alteraciones del sueño	Problemas relacionados con dormir, estos incluyen dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, dormir demasiado y conductas anormales durante el sueño.	Consta de 19 ítems que se combinan entre sí para formar 7 componentes. 0 puntos: No existe dificultad. 21 puntos: Severa dificultad. (Carralero et al., 2013)	Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) Validez de 0,89 Confiabilidad alfa de Cronbach 0,86 (Favela et al., 2022)

Población

Se realizó un muestreo intensional incluyendo a personas que asisten a 5 grupos de narcóticos anónimos en la ciudad de Ambato con edades comprendidas de 18 a 64 años, cuya población total es de 89 individuos., a la cual se le aplican los instrumentos de recolección de información.

Criterios de inclusión

- Asistir frecuentemente a las reuniones de grupo.
- Haber presentado algún tipo de alteración del sueño durante los últimos 6 meses.
- Firmar el consentimiento informado para la participación.

Criterios de exclusión

- Personas mayores de 65 años.
- Participantes que sean atendidos por consulta externa

Procedimiento

Se aplico los instrumentos a través de Google Forms, una vez recopilada la información se procesó con el programa estadístico Jamovi 2.3.18, en donde se realizó la prueba de normalidad de Shapiro Wilk, luego la de correlación de Spearman entre las dos variables, se obtuvieron tablas de frecuencias y finalmente se aplicó la prueba ANOVA para contrastar las puntuaciones medias de acuerdo al sexo de los participantes

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 6. Prueba de Normalidad

	PUNTAJE TOTAL TABACO	PUNTAJE TOTAL ALCOHOL	PUNTAJE TOTAL CANNABIS	PUNTAJE TOTAL COCAÍNA	PUNTAJE TOTAL ANFETAMINAS	PUNTAJE TOTAL INHALANTES	PUNTAJE TOTAL TRANQUILIZANTES	PUNTAJE TOTAL ALUCINÓGENOS	PUNTAJE TOTAL OPIÁCEOS	PUNTAJE TOTAL OTROS	PUNTUACIÓN TOTAL DEL PSQI
N	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89
W de Shapiro-Wilk	0,823	0,764	0,753	0,755	0,640	0,664	0,835	0,651	0,632	NaN	0,966
Valor p de Shapiro-Wilk	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	NaN	0,021

Nota: información obtenida de la aplicación de los instrumentos de investigación.

De acuerdo con lo que se observa en la tabla precedente, se aplicó la prueba de Shapiro Wilk encontrando que la distribución de las puntuaciones de consumo de sustancias y calidad de sueño no fueron normales.

Tabla 7. Matriz de Correlación

		PUNTAJE TOTAL TABACO	PUNTAJE TOTAL ALCOHOL	PUNTAJE TOTAL CANNABIS	PUNTAJE TOTAL COCAÍNA	PUNTAJE TOTAL ANFETAMINAS	PUNTAJE TOTAL INHALANTES	PUNTAJE TOTAL TRANQUILIZANTES	PUNTAJE TOTAL ALUCINÓGENOS	PUNTAJE TOTAL OPIÁCEOS
PUNTUACIÓN TOTAL DEL PSQI	Rho de Spearman	0.026	0.112	0.023	0.009	0.004	0.006	0.056	0.014	0.001
	valor p	0.806	0.296	0.831	0.932	0.972	0.953	0.601	0.897	0.995

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Se aplicó la prueba de correlación de Spearman encontrando que la puntuación total del PSQI no mostró una correlación significativa con el consumo de sustancias

Tabla 8. Necesidad de Intervención

Necesidad de intervención	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Cocaína	Inhalantes	Tranquilizantes	Alucinógenos	Opiáceos	Otros
Sin intervención	7,9 %	11,2 %	48,3 %	50,6 %	62,9 %	39,3 %	65,2 %	66,3 %	100 %
Intervención breve	71,9 %	11,2 %	11,2 %	16,9 %	6,7 %	48,3 %	29,2 %	11,2 %	0%
Tratamiento intensivo	20,2 %	77,5 %	40,4 %	32,6 %	30,3 %	12,4 %	5,6 %	22,5 %	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nota: información obtenida de la aplicación de los instrumentos de investigación.

Tal y como se observa en la tabla anterior, en cual se identifica el nivel de riesgo relacionado con los tipos de sustancias consumidas, se observa que el alcohol posee el mayor nivel de necesidad de tratamiento intensivo con un 77,5% por parte de los sujetos de la muestra estudiada. Seguidamente, se puede apreciar el 40,4% de los casos, demuestra una necesidad de tratamiento intensivo con el cannabis (marihuana), por su parte un 32,6% evidencia un riesgo de tratamiento intensivo por el consumo de cocaína.

Tabla 9. Puntuación Total PSQI

INTERPRETACIÓN	Frecuencias	% del Total
PUNTUACIÓN TOTAL PSQI		
Merece atención medica	3	3,4 %
Atención y tratamiento médico	66	74,2 %
Problema grave de sueño	20	22,5%
Total	89	100%

Nota: información obtenida de la aplicación de los instrumentos de investigación.

Según se aprecia en la tabla anterior, la mayor parte de los sujetos de la muestra de estudio, el 74,2% evidencian una necesidad de atención y tratamiento médico (moderado) con respecto a los resultados de la prueba de PSQI sobre el nivel de alteración de sueño de los participantes. Por su parte, un 22,5% evidencia un problema grave de sueño y sólo 3,4% de los participantes merece atención médica (leve). De estos resultados se infiere que ningún participante se indicó con ausencia de problema de sueño. Es decir, todos presentan algún tipo

de problema de sueño.

Tabla 10. ANOVA de un Factor (Fisher)

	F	gl1	gl2	p
PUNTUACIÓN TOTAL DEL PSQI	0.244	2	86	0,784

Nota: información obtenida de la aplicación de los instrumentos de investigación.

Tabla 11. Descriptivas de Grupo

	Sexo:	N	Media
PUNTUACIÓN TOTAL DEL PSQI	Femenino	38	12,1
	Masculino	43	12,4
	No binario	8	11,8

Nota: información obtenida de la aplicación de los instrumentos de investigación.

Según los datos expuestos en la tabla precedente se trabajó con 38 personas de género femenino, 43 masculino y 8 que se catalogaron como no binario. Respectivamente dichos grupos tuvieron una media de 12,1, 12,4 y 11,8 respectivamente en referencia a la puntuación del PSQI.

Tabla 12. Prueba de Normalidad (Shapiro-Wilk)

	W	p
PUNTUACIÓN TOTAL DEL PSQI	0,977	0,108

Un valor p bajo sugiere una violación del supuesto de normalidad

Nota: información obtenida de la aplicación de los instrumentos de investigación.

Tabla 13. Prueba de Levene para homogeneidad de varianzas

	F	gl1	gl2	p
PUNTUACIÓN TOTAL DEL PSQI	2,54	2	86	0,085

Nota: información obtenida de la aplicación de los instrumentos de investigación.

Dado que se cumplieron los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianza se

aplica la prueba ANOVA de un factor encontrando que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de puntuación de alteraciones de sueño, de acuerdo con el género.

Discusión de los resultados

De acuerdo con lo observado en las tablas anteriores, específicamente la prueba de correlación de Spearman indica que no existe relación entre la puntuación total del PSQI y el consumo de sustancias, esto contrasta con el estudio de Navarro et al 2020, en el cual se encontró una relación entre estas dos variables incluso se encontró que la calidad de sueño puede ser un factor protector frente al consumo de drogas, esta diferencia puede deberse a que este estudio se realizó con estudiantes universitarios mientras la presente investigación se llevó a cabo con personas consumidoras en quienes el consumo de sustancias parece no asociarse a las alteraciones del sueño posiblemente porque en estas personas existe un hábito de consumo establecido, lo cual puede aclararse en futuras investigaciones.

Por otro lado, también es preciso resaltar que en la presente investigación que el alcohol, el cannabis y la cocaína presentaron el riesgo de consumo alto en la mayoría de los evaluados, mientras que en el estudio de González et al. (2023), la mayoría de los participantes presentan niveles de riesgo bajo en el consumo de sustancias evaluadas por el ASSIST, diferencia que puede obedecer al hecho de que este estudio se realizó con estudiantes universitarios mientras que la presente investigación se evalúa a personas consumidoras lo cual es un resultado esperado sin embargo se podría plantear la posibilidad de que el hecho de encontrarse estudiante puede ser un factor protector para el elevado consumo de sustancias lo que puede dilucidarse en futuros estudios.

En lo que respecta a los resultados de la prueba de PSQI sobre el nivel de alteración de sueño de los participantes, se encontró en el presente estudio que ningún participante indicó con ausencia de problema de sueño y la mayoría presentaron niveles moderados y graves de alteraciones de sueño mientras que en el estudio de Guevara y Garcia (2023), la mayoría de los participantes tuvieron niveles leves de alteraciones de sueño lo cual puede estar asociado al hecho de que dicho estudio se realizó con trabajadores no con personas consumidoras como la presente investigación, lo que al igual que el resultado anterior es algo esperado puede señalar un posible rol protector del trabajo frente a las alteraciones del sueño lo cual también puede profundizarse en investigaciones futuras,

Respecto a las diferencias por género en el estudio de Bustamante 2022, se encontró que las mujeres presentaron un mayor puntaje en la media de PSQI siendo la diferencia con los

hombres estadísticamente significativa, mientras en el presente estudio no se encontraron estas diferencias lo cual puede estar ligado al hecho de que la coitada investigación se realizó con estudiantes universitarios en la época de la Pandemia mientras que en este estudio participaron personas consumidoras lo cual conduce a la posibilidad de que el hecho de consumir sustancias pueda atenuar las diferencias por género en la calidad de sueño lo cual puede dilucidarse en nuevas investigaciones.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Al analizar la relación entre el uso de sustancias y las alteraciones del sueño en personas que asisten a un grupo de Narcóticos Anónimos, se encontró que no existió una correlación estadísticamente significativa entre las alteraciones del sueño y el consumo de sustancias, lo que implica que, aunque la mayoría de los participantes presentan elevados niveles de alteración de sueño y de consumo de sustancias al parecer estas variables actúan independientemente
- En lo referente al consumo de sustancias el 77,5% presentaron un nivel alto de consumo de alcohol, el 40,4% de cannabis, el 32,6% de cocaína y el 30,3% inhalantes es decir el consumo de sustancias es muy marcado en esta población
- Por otra parte, respecto al nivel de alteración de sueño en los participantes del grupo de Narcóticos Anónimos, la mayor parte de los sujetos de la muestra de estudio, el 74,2% evidenciaron una necesidad de atención y tratamiento médico es decir un nivel de alteración moderado y un 22,5% evidenciaron un problema grave de sueño y sólo el 3,4% de los participantes un nivel leve es decir que merecen atención médica, y ningún participante mostró ausencia de problemas de sueño
- Respecto a la comparación de las medias de puntuación en alteraciones del sueño según el género de los participantes del grupo de Narcóticos Anónimos, no existieron diferencias estadísticamente significativas

Recomendaciones

- Es importante considerar la evaluación y el manejo de los problemas de sueño en el contexto de los programas de rehabilitación de sustancias. Se recomienda que los profesionales de la salud en los grupos de Narcóticos Anónimos estén capacitados para identificar y abordar las alteraciones del sueño, brindando información, recursos y estrategias para mejorar la calidad del sueño de los participantes, esto implica que los profesionales de la salud en los grupos de Narcóticos Anónimos deben estar capacitados para reconocer y tratar las alteraciones del sueño en sus participantes, puedan ofrecer información educativa sobre la importancia del sueño y proporcionar estrategias prácticas para mejorar la higiene del sueño, como establecer una rutina regular de sueño, evitar estimulantes antes de acostarse y crear un ambiente propicio para dormir. Además, pueden derivar a los participantes a servicios especializados en trastornos del sueño cuando sea necesario.
- Se sugiere ofrecer intervenciones específicas y personalizadas para abordar los diferentes niveles de riesgo identificados. Estas intervenciones pueden incluir asesoramiento individualizado, educación sobre los riesgos asociados con el consumo de sustancias y la derivación a servicios adicionales según sea necesario lo que implica que los profesionales de la salud deben adaptar sus enfoques de tratamiento y apoyo según el nivel de riesgo de cada individuo, por ejemplo, aquellos con un mayor nivel de riesgo pueden requerir una mayor intensidad de tratamiento, como terapia individualizada, programas de desintoxicación o servicios de apoyo adicionales, por otro lado, aquellos con un nivel de riesgo más bajo pueden beneficiarse de intervenciones menos intensivas, como grupos de apoyo y educación sobre los riesgos asociados con el consumo de sustancias.
- Se recomienda también que se implementen estrategias de evaluación y seguimiento del sueño de manera regular en el contexto del grupo de Narcóticos Anónimos. Esto puede incluir el uso de cuestionarios estandarizados para evaluar la calidad y la alteración del sueño, lo que permitirá identificar a aquellos participantes que pueden requerir una atención adicional y derivarlos a servicios especializados en problemas del sueño, si es necesario.
- Además, es importante considerar las diferencias de género en la evaluación y

el tratamiento de las alteraciones del sueño en el contexto del grupo de Narcóticos Anónimos. Esto puede implicar la adaptación de intervenciones específicas dirigidas a las necesidades particulares de hombres y mujeres en relación con las alteraciones del sueño, así como la promoción de una mayor conciencia y comprensión de estas diferencias entre los profesionales de la salud y los participantes del grupo. Es decir, los profesionales de la salud deben tener en cuenta las diferencias biológicas, psicológicas y sociales entre hombres y mujeres en relación con las alteraciones del sueño. Esto implica adaptar las intervenciones y los enfoques de tratamiento para abordar las necesidades específicas de cada género. Además, se puede promover una mayor conciencia y educación sobre las diferencias de género en relación con las alteraciones del sueño entre los participantes del grupo, lo que puede ayudar a reducir el estigma y fomentar un entorno de apoyo y comprensión.

- Se considera importante ampliar la información acerca del abuso de sustancias y las alteraciones del sueño, mediante nuevos estudios, en los cuales se aborde en mayor cantidad de personas y durante una mayor cantidad de tiempo, para esclarecer la relación entre estas variables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, H., & Jiménez, U. (2020). Intervención psicológica en trastornos del sueño: una revisión actualizada. *Clínica Contemporánea*, 11(2), e12. <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2020v11n2a15.pdf>
- América Economía. (16 de marzo de 2018). América Latina: 75% de la población tiene trastornos del sueño. <https://www.americaeconomia.com/america-latina-75-de-la-poblacion-tiene-trastornos-del-sueno>
- Ángeles, M., Rojas, A., Quezada, J., Arellano, E., Ruiz, D., Velázquez, O., & Sánchez, M. (2023). Trastornos circadianos del sueño. *Revista de La Facultad de Medicina*, 66(2), 40–48. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2023.66.2.06>
- Arrieta, N., & Arnedo, G. (2020). Sustancias inhibitoras de sueño, hábitos de estudio y rendimiento académico en estudiantes de medicina y enfermería de universidades de la ciudad de Barranquilla, Colombia. *Educación Médica*, 21(5), 306-312. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318303267>
- Avellaneda, C., & Imaz, J. (2021). Algunas reflexiones sobre apnea obstructiva del sueño, ansiedad y consumo de alcohol. *Universitas Medica*, 6(2), 1-16. <https://www.redalyc.org/journal/2310/231074797017/231074797017.pdf>
- Baños, J., Lamas, F., Jacobi, D., & Fuster, F. (2022). Análisis de red de la comorbilidad entre síntomas de ansiedad e insomnio en adultos. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 51(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572022000200006&script=sci_arttext&tlng=pt
- Benavides, P., & Ramos, C. (2019). Fundamentos neurobiológicos del sueño. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 28(3), 73-80. http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?pid=S2631-25812019000300073&script=sci_arttext
- Bolívar, A. B. (2020). Diseño de instrumento para identificar trastornos de sueño en una población trabajadora. <https://repositorio.unitec.edu.co/handle/20.500.12962/696>
- Bolívar, A. B. (2020). Diseño de instrumento para identificar trastornos de sueño en una población trabajadora. <https://repositorio.unitec.edu.co/handle/20.500.12962/696>
- Bustamante, N., Russell, J., Godoy, A., Merellano, E., & Uribe, N. (2022). Rendimiento académico, actividad física, sueño y género en universitarios durante la pandemia-2020. *Cultura, ciencia y deporte*, 17(53), 109-131. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8546744>

- Cabanye, J. (2015a). *Dormir y soñar*. EUNSA. <https://elibro.net/es/ereader/uta/47212>
- Callejas, R. D. (2021). Trastornos del sueño-vigilia como marcadores de ideación suicida: una revisión sistemática de la literatura. (Vol. 10). <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12736>
- Cango, A., & Suárez, N. (2021). Consumo de droga en estudiantes ecuatorianos. Una alternativa de prevención y desarrollo resiliente del alumnado desde la escuela. *Revista de estudios y experiencias en educación*, 20(44), 364-383. <https://doi.org/10.21703/0718-5162.v20.n43.2021.021>
- Cango, A., & Suárez, N. (2021). Consumo de droga en estudiantes ecuatorianos. Una alternativa de prevención y desarrollo resiliente del alumnado desde la escuela. *Revista de estudios y experiencias en educación*, 20(44), 364-383. <https://doi.org/10.21703/0718-5162.v20.n43.2021.021>
- Carralero, P., Hoyos, F., Deblas, Á., & López, M. (2013). Calidad del sueño según el Pittsburgh Sleep Quality Index en una muestra de pacientes recibiendo cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 20(2), 44–48. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2012.05.005>
- Castaño, E. (2013). Trastornos del Sueño: ¿Lo reconoce Ud, en su consulta? *Pediátr. Panamá*. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-848912>
- Castillo, J. (2022). (2022). *El buen dormir: trastornos, mitos y terapias del sueño*. (1st ed.). RIL editores. <https://elibro.net/es/ereader/uta/225800?page=1>
- Chang, S., & Acuña, M. (2020). Neuroanatomía del Sueño. *Revista Clínica de La Escuela de Medicina de La Universidad de Costa Rica*, 1. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92851>
- Cócola, F. (2022). Apego, regulación emocional y funcionamiento familiar en adultos con trastornos por consumo de cocaína. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(1), 59–72. <https://doi.org/10.5944/rppc.30820>
- Corredor, S., & Polanía, A. (2020). Calidad de sueño en estudiantes de ciencias de la salud, Universidad de Boyacá (Colombia). *Medicina*, 42(1), 8–18. <https://doi.org/10.56050/01205498.1483>
- Cuenca, E. (2006). *Fundamentos de fisiología*. Ediciones Paraninfo, S.A. https://www.google.com.ec/books/edition/Fundamentos_de_fisiolog%C3%ADa/fo92U1bp5vgC?hl=es-419&gbpv=0
- Delgado, J., Saavedra, M., & Miranda, N. (2022). Trastornos del sueño: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Sinergia*, 7(07). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106385>

- Delgado, J., Saavedra, M., & Miranda, N. (2022). Trastornos del sueño: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Sinergia*, 7(07). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106385>
- Díaz, G., Suárez, N., Monzón, J., & Rubio, B. (2014). *Trastornos del sueño* (1st ed.). Editorial Selene. https://www.researchgate.net/publication/266796187_Trastornos_del_sueno
- Echeto, M. (2019). Efectos nocivos del consumo combinado de los estimulantes cocaína y cafeína sobre el sistema tálamocortical somatosensorial y su impacto sobre las transiciones sueño-vigilia. Universidad de Buenos Aires. https://bibliotecadigital.exactas.uba.ar/download/tesis/tesis_n6959_RiveroEcheto.pdf
- Echeto, M. (2019). Efectos nocivos del consumo combinado de los estimulantes cocaína y cafeína sobre el sistema tálamocortical somatosensorial y su impacto sobre las transiciones sueño-vigilia. Universidad de Buenos Aires. https://bibliotecadigital.exactas.uba.ar/download/tesis/tesis_n6959_RiveroEcheto.pdf
- Favela, C., Castro, A., Bojórquez, C., & Chan, N. (2022). Propiedades psicométricas del índice de calidad de sueño de pittsburgh en deportistas. *Revista Iberoamericana de Ciencia y Deporte*, 11(3), 29–46. <https://www.revistas.uma.es/index.php/riccafd/article/view/15290/16019>
- Figuroa, P. (2018). *Dinámica familiar en familias con un integrante alcohólico que asiste a alcohólicos anónimos*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/42/Figuroa-Paula.pdf>
- Figuroa, P. (2018). *Dinámica familiar en familias con un integrante alcohólico que asiste a alcohólicos anónimos*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/42/Figuroa-Paula.pdf>
- Gallego, J., Larraya, J., Toledo, E., & Urrestarazu, J. (2007). Clasificación de los trastornos del sueño. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra* *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200003
- Gómez, J., & Curcio, C. (2021). *Salud del Anciano*. Universidad de Caldas. https://www.google.com.ec/books/edition/Salud_del_Anciano/qEthEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=0
- González, J. (2022). *Calidad del Sueño: Factor Clave en la Recuperación Física y Mental de Estudiantes de Medicina*. *Rehabilitacion Interdisciplinaria*. <https://ri.saludcyt.ar/index.php/ri/article/view/21>

- González, J., Mejía, M., & Rincón, D. (2023). Riesgo de consumo de sustancias psicoactivas y su relación con el uso problemático de videojuegos y redes sociales en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 26(49), 26-46.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-01372023000100026&script=sci_arttext
- Guevara, M., & Garcia, D. (2023). Calidad del sueño y su relación con el estrés laboral en los trabajadores. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 42-61.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4377
- Hernández, O., Martínez, O., & Izquierdo, Y. (2019). Trastorno de insomnio. Consideraciones actuales. *Revista médica electrónica*, 4(12), 483-495. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88143>
- Intervención en drogodependencia. (2010). Publicaciones Vértice SL.
https://www.google.com.ec/books/edition/Intervenci%C3%B3n_en_drogodependencia/C7juweVqPEIC?hl=es-419&gbpv=0
- Leiva, B. (2023). Prevalencia de trastornos respiratorios del sueño pediátrico en una muestra de odontología infantil y estudio de factores de riesgo. Universidad Europea.
<https://titula.universidadeuropea.es/handle/20.500.12880/5783>
- Lipman, D. (2002). Roncar de la A a la ZZZZ-- : los mejores métodos para evitar la peor de las molestias nocturnas. Amat Editorial.
- López, S. (2016). Prevalencia y factores asociados a trastornos de sueño en internos rotativos en Hospital Carlos Andrade Marín durante septiembre 2014 hasta agosto 2015. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10471>
- Lubo, A. (2022). Sleep disturbances from the use of cannabis. *Salud Uninorte*, 36(3), 606–618.
<https://doi.org/10.14482/sun.36.3.615.78>
- Ludeña, C. (2022). Adicción a los videojuegos y calidad del sueño en estudiantes de psicología de una universidad privada de Chiclayo. Perú: Universidad Señor de Sipán.
<https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/10562>
- Macías, J., & Royuela, R. (1996). La versión española del Índice de Calidad.
https://www.researchgate.net/profile/Angel_Royuela/publication/258513992_La_versin_espaoala_del_ndice_de_Calidad_de_Sueo_de_Pittsburgh/links/0c96052876d26b1b3b000000.pdf
- Mar, C. (2021). Despertar a Través del Sueño. Independently Published.
https://www.google.com.ec/books/edition/Despertar_a_Trav%C3%A9s_del_Sue%C3%B1o/E7duzgEACAAJ?hl=es-419

- Mayo Clinic. (2017). Drogadicción (trastorno de consumo de sustancias). <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/drug-addiction/symptoms-causes/syc-20365112>
- Ministerio de Sanidad. (2018). Formas de consumo. <https://www.coruna.gal/corunasindrogas/es/sustancias/formas-de-consumo?argIdioma=es>
- Miranda, G. (2018). Trastornos del sueño. *Revista de Medicina e Investigación UAEMéx*, 6(11), 74–84. <https://medicinainvestigacion.uaemex.mx/article/view/18989/14047>
- Miranda, K. (2021). Adaptación Social del Narcótico Estudio Realizado en Narcóticos Anónimos de la Zona 1 de Quetzaltenango. Quetzaltenango-Guatemala: Universidad Rafael Landívar. <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/22/Ovalle-Keiry.pdf>
- Navarro, A., & González, G. (2022). Trastornos del sueño y su impacto en el neurodesarrollo [Sleep disorders and their impact on neurodevelopment. *Medicina*, 82(3), 30–34. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36054854/>
- Navarro-Martínez, R., Chover-Sierra, E., Colomer-Pérez, N., Vlachou, E., Andriuseviciene, V., & Cauli, O. (2020). Sleep quality and its association with substance abuse among university students. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 188, 105591. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2019.105591>
- Nogueira, F., Borsini, E., Cambursano, H., Marcela, S., Dibur, E., Franceschini, C., & Nigro, C. (2019). Guías prácticas de diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño: Actualización 2019: Sección Sueño, Oxígeno. *Revista americana de medicina respiratoria*, 19(1), 59-90. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-236X2019000100007&script=sci_arttext
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2022). Informe europeo sobre drogas. Tendencias y novedades. Lisboa, Portugal. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/2022.2419_ES_02_wm.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (24 de junio de 2021). Informe Mundial sobre Drogas 2021: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras los jóvenes subestiman los peligros del cannabis. <https://www.unodc.org/peruandecuador/es/noticias/2021/informe-mundial-sobre-drogas-2021.html>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (24 de junio de 2021). Informe Mundial sobre Drogas 2021: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas,

- mientras los jóvenes subestiman los peligros del cannabis.
<https://www.unodc.org/peruandecuador/es/noticias/2021/informe-mundial-sobre-drogas-2021.html>
- OMS. (2010). Programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia.
https://www.unodc.org/docs/treatment/unodc_who_programme_brochure_spanish.pdf
- OPS. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Organización Mundial de la Salud.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf>
- OPS. (2020). Abuso de sustancias. <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Orantes, C., Ayala, F., Méndez, M., Oropeza, R., & Juárez, F. (2018). Arquitectura de sueño en dependientes de la cocaína en abstinencia crónica. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 48–59.
- Organización de los Estados Americanos. (2019). Informe sobre el consumo de droga en las Américas. <https://bibliodrogas.gob.cl/wp-content/uploads/2021/05/Informe-sobre-el-consumo-de-drogas-en-las-Américas-2019.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Alcohol y Salud Pública en las Américas. Un caso para la Acción.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/2834/Alcohol%20y%20Salud%20Publica%20en%20las%20Américas.pdf?sequence=1>
- Organización Panamericana de la Salud. (21 de marzo de 2022). Abuso de sustancias.
<https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Ortiz, E., & Vasco, M. (2022). Significados sobre el consumo de alcohol en miembros del Movimiento Internacional Villarrica grupo 24 horas alcohólicos anónimos Latacunga .
<https://repositorio.uti.edu.ec/handle/123456789/4574>
- Philips. (2018). Encuesta latinoamericana sobre el sueño. <https://www.philips.com.ar/about/news/archive/standard/news/press/2018/20180611-encuesta-latinoamericana-sobre-el-sueno.html>
- Pinto, P. (1998). Las drogas en la historia. *Revisión Clínica*.
<https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4217/5873>
- Poza, J., Pujol, M., Ortega, J., & Romero, O. (2022). Melatonina en los trastornos de sueño. *Neurología*, 37(7), 575-585.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485318302007>

- Reckziegel, L., Gomes, L., Grangeiro, A., & Da Silva, S. C. (2021). Prevalencia de trastornos del sueño en ancianos consumidores de alcohol y drogas ilícitas atendidos en CAPS AD del Distrito Federal: Prevalencia de trastornos del sueño en ancianos consumidores de alcohol y drogas ilícitas atendidos en CAPS AD del Distri. *Revista Kairós Gerontología*, 24(2), 99–121. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24i2p99-121>
- Rey, M. (2008). Epidemiología de las urgencias toxicológicas por drogas de abuso en el área sanitaria de Santiago de Compostela. Periodo 1997-2007. Univ Santiago de Compostela. https://www.google.com.ec/books/edition/Epidemolog%C3%ADa_de_las_urgencias_toxicol%C3%B3gicas-by-D4xAZckC?hl=es-419&gbpv=0
- Robles, M., Palma, R., Rivas, N., Fonseca, F., & Torrens, M. (2018). Trastornos del sueño en paciente con trastorno por consumo de alcohol. *Ciencias al Servicio Del Paciente*. <https://acrobat.adobe.com/link/review?uri=urn%3Aaaid%3Ascds%3AUS%3A1bb4bd84-8680-3a97-ad05-9015a2b01825>
- Rohde, L. (2022). Amnesia global transitoria en pacientes adultos y ancianos consumidores de drogas Z: una revisión sistemática. <https://repositorio.uai.edu.ar/handle/123456789/1181>
- Rojas, T., Reyes, B., & Tapia, A. (2020). El consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en el desarrollo integral. *Journal of Business and Entrepreneurial Studies*, 4(1).
- Sociedad Española de Toxicomanías. (2006). Tratado S.E.T. de Trastornos Adictivos. Médica Panamericana. https://www.google.com.ec/books/edition/Tratado_S_E_T_de_Trastornos_Adictivos/bnV6Tx6hD5cC?hl=es-419&gbpv=0
- Tapia, L. (2011). Alteraciones psíquicas en personas mayores. Publicaciones Vértice SL. https://www.google.com.ec/books/edition/Alteraciones_ps%C3%ADquicas_en_personas_mayor/ChT4OR_R7ccC?hl=es-419&gbpv=0
- Tena, A., Castro, G., Marín, R., Gómez, P., de la Fuente, A., & Gómez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina Interna de México*. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000200008
- Weineck, J. (2000). Salud, ejercicio y deporte. Paidotribo. https://www.google.com.ec/books/edition/SALUD_EJERCICIO_Y_DEPORTE/-tG7p-vN7UMC?hl=es-419&gbpv=0
- World Health Organization. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas (2da edición). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44000>

ANEXOS

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

OMS - ASSIST V3.0



OMS - ASSIST V3.0

Sexo:

Edad:

Fecha:

INTRODUCCIÓN (Léalo por favor al participante)

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES

Pregunta 1

(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez</u> ? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas:
"¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"

Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.

Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Agosto 2003

1



Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u> , (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6



Pregunta 4

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8



Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

**Pregunta 8**

	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)

ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)

INSTRUCCIONES:

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido Vd. **normalmente durante el último mes**. Intente ajustarse en sus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la **mayor parte** de los días y noches del **último mes**. ¡Muy Importante! CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS

1. Durante el **último mes**, ¿Cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?
APUNTE SU HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____
2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, **normalmente**, las noches del **último mes**?
APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS: _____
3. Durante el **último mes**, ¿a qué hora se ha levantado **habitualmente** por la mañana?
APUNTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____
4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido **verdaderamente** cada noche durante el **último mes**? (El tiempo puede ser diferente al que Vd. permanezca en la cama).
APUNTE LAS HORAS QUE CREA HABER DORMIDO: _____

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

5. Durante el **último mes**, cuántas veces ha tenido Vd. problemas para dormir a causa de:

<p>a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p>	<p>e) Toser o roncar ruidosamente:</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p>
<p>b) Despertarse durante la noche o de madrugada:</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p>	<p>f) Sentir frío:</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p>
<p>c) Tener que levantarse para ir al servicio:</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p>	<p>g) Sentir demasiado calor:</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p>
<p>d) No poder respirar bien:</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p>	<p>h) Tener pesadillas o «malos sueños»:</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p>

- i) Sufrir dolores:
- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |

j) Otras razones (por favor, descríbalas a continuación):

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |

6. Durante el **último mes**, ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su sueño?

- | | |
|----------------|-------|
| Bastante buena | _____ |
| Buena | _____ |
| Mala | _____ |
| Bastante mala | _____ |

7. Durante el **último mes**, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |

8. Durante el **último mes**, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía, o desarrollaba alguna otra actividad?

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |

9. Durante el **último mes**, ¿ha representado para Vd. mucho problema el «tener ánimos» para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- | | |
|-----------------------|-------|
| Ningún problema | _____ |
| Sólo un leve problema | _____ |
| Un problema | _____ |
| Un grave problema | _____ |

10. ¿Duerme Vd. solo o acompañado?

- | | |
|---|-------|
| Solo | _____ |
| Con alguien en otra habitación | _____ |
| En la misma habitación, pero en otra cama | _____ |
| En la misma cama | _____ |

POR FAVOR, SÓLO CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN EL CASO DE QUE DUERMA ACOMPAÑADO.

Si Vd. tiene pareja o compañero de habitación, pregúntele si durante el **último mes** Vd. ha tenido:

- a) Ronquidos ruidosos.
- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |
- b) Grandes pausas entre respiraciones mientras duerme.
- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |
- c) Sacudidas o espasmos de piernas mientras duerme.
- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |
- d) Episodios de desorientación o confusión mientras duerme.
- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |
- e) Otros inconvenientes mientras Vd. duerme (Por favor, descríbalos a continuación):
- _____
- _____
- _____
- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |