PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER NIVEL DE LA PUCE 2018.

DISERTACION PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Md. VERÓNICA ELIZABETH ORTIZ PANCHI.
Md. ANDREA PAOLA ROBALINO LUZURIAGA.

Directora y Tutora Metodológica
DRA. MARÍA FERNANDA RIVADENEIRA

QUITO - ECUADOR
SEPTIEMBRE 2019

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios quien con su bendición y amor nos permitió culminar la especialidad, por protegernos durante todo el camino, ayudarnos a superar dificultades y permitirnos ser instrumentos de Él. Siempre será nuestro guía para permitirnos seguir creciendo como personas y profesionales.

Gracias a nuestros padres, principales motores y guías para cumplir nuestros sueños, por sus consejos, por su amor y confianza, por acompañarnos incondicionalmente en este agotador camino.

Gracias a mi esposo e hijo, quienes son la chispa para seguir, a familiares y amigos quienes con sus palabras y oraciones nos motivaron a no rendirnos.

Gracias a todas las personas que contribuyeron en nuestro desarrollo profesional, a nuestros tutores por su paciencia, aliento, dedicación y enseñanzas.

Andrea y Verónica

DEDICATORIA

A Dios por todas las bendiciones, por ser el guía de mi vida, por cuidarme en todo momento con su infinita bondad, por darme una nueva oportunidad y renovar mis fuerzas para seguir adelante y alcanzar mis metas.

A mis amados padres, por su infinito amor, por su apoyo incondicional, por estar siempre a mi lado y ayudarme a salir adelante, por ser mi guía y mi ejemplo a seguir, por nunca dejarme decaer, por cuidarme en todo momento aún como un niño, no me alcanzará la vida entera para agradecer tanto amor.

A mi hermano por su cariño, por ser mi ejemplo de superación, por estar en todo momento conmigo y brindarme su apoyo incondicional.

A toda mi familia por sus oraciones, por sus palabras de aliento, por no abandonarme en los momentos más difíciles, por mantenernos unidos y nunca dejar que pierda la fe.

A mis amigas por compartir durante estos años buenos y malos momentos y ser mi segunda familia.

Verónica Ortiz

Esta tesis va dedicada a Dios por ser quien ha bendecido mis pasos en esta hermosa especialidad y me ha hecho instrumento de su bondad, además por brindarme una nueva meta y propósitos de vida diaria.

A mi esposo Marlon, a mis amados hijos Martin y Benjamín quienes fueron mi motivación para seguir adelante, fueron el impulso diario que necesitaba para continuar, con sus palabras de amor y de aliento lograron que no me rinda, mis pequeños ustedes también culminaron esta etapa ya que jamás olvidaré que estudiaban a mi lado. Ustedes sintieron mi ausencia en varias ocasiones, pero supieron entender por qué, sacrificaron todo por mí para verme culminar la especialidad y así sentirse orgullosos. Aprendieron día a día que con sacrificio y constancia todo se puede, por más lágrimas, por más sonrisas se obtendrá el mejor resultado que uno mismo se propone.

A mis padres Ricardo y Verónica quienes han guiado mis pasos desde que soy una niña, me han inculcado constancia, seguridad, respeto e inteligencia y han sido esa base sólida llena de amor que me ha impulsado a seguir adelante con mis metas y me lo han demostrado con su apoyo incondicional. A mi hermano Bryan quien ha sido mi pequeño compañero de estudio y ha cuidado de mí.

Este logro fue de nuestra familia con la bendición de Dios y la Virgen. Los amo.

Andrea Robalino

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I....1

1.1 INTRODUCCIÓN....1

1.2 JUSTIFICACIÓN....4

CAPÍTULO II....8

MARCO TEÓRICO....8

2.1 ALCOHOLISMO....8

2.1.1 DEFINICIONES....8

2.1.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN CONTEXTO GENERAL....10

2.1.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN ADULTOS JÓVENES Y UNIVERSITARIOS....11

2.1.4 FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL....13

2.1.5 FACTORES BIOLÓGICOS....14

2.1.6 FACTORES SOCIALES Y AMBIENTALES....14

2.1.7 FACTORES PROTECTORES PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL....15

2.1.8 TIPOS DE CONSUMO DE ALCOHOL....15

2.1.9 IDENTIFICACIÓN O DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE ALCOHOL O ALCOHOLISMO....17

2.1.10 MEDIDAS GUBERNAMENTALES DE CONTROL PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL....18

2.1.11 TIPOS DE PREVENCIÓN....19

2.1.12 MEDIDAS ESPECÍFICAS DE CONTROL, PREVENCIÓN EN UNIVERSITARIOS 21
2.1.13 PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE EVITAR EL CONSUMO DE ALCOHOL 22
2.2 ANSIEDAD 23
2.2.1 DEFINICIÓN 23
2.2.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO CONTEXTO GENERAL 23
2.2.3 PERFIL EPIDEMILÓGICO EN ADULTOS JÓVENES Y UNIVERSITARIOS 24
2.2.4 FACTORES DE RIESGO 24
2.2.5 FACTORES PROTECTORES 25
2.2.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS 26
2.2.7 IDENTIFICACION O DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD 27
2.2.8 MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ANSIEDAD 28
2.2.9 PROMOCIÓN DE SALUD PARA EVITAR LA ANSIEDAD 29
2.3 DEPRESIÓN 29
2.3.1 DEFINICIÓN 29
2.3.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN CONTEXTO GENERAL 30
2.3.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN ADULTOS JÓVENES Y UNIVERSITARIOS 30
2.3.4 FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN 31
2.3.5 FACTORES DE PROTECTORES PARA DEPRESIÓN 33
2.3.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS 34

2.3.7 TIPOS DE DEPRESIÓN. CLASIFICACIÓN 36
2.3.8 IDENTIFICACIÓN O DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN 38
2.3.9 MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DEPRESIÓN 39
CAPITULO III 43
MATERIALES Y MÉTODOS 43
3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 43
3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 47
3.3 POBLACIÓN DEL ESTUDIO 47
3.4 MUESTRA POBLACIONAL 47
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN 47
3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 48
3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE MUESTRA 48
3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN: 49
3.9 ASPECTOS BIOÉTICOS 49
3.10 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS 51
3.11 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS: 52
3.12 CRONOGRAMA DE TRABAJO 53
CAPITULO IV 54
RESULTADOS 54
DISCUSIÓN 70
CAPÍTULO VI 74

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....74

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....78

ANEXOS.....87

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de los estudiantes de primer nivel de la PUCE, 2018 según facultad…….56

Gráfico 2 Frecuencia de consumo de alcohol de los estudiantes de primer nivel de la PUCE, 2018, según sede……..……58

Gráfico 3. Patrón de consumo de alcohol de estudiantes de primer nivel de la PUCE 2018, según Sede……59

Gráfico 4. Cantidad de alcohol que consumen Estudiantes de Primer nivel de PUCE, 2018…… 60

Gráfico 5. Cantidad de alcohol que consumes Estudiantes de Primer nivel de PUCE, según sede…….…… 61

Gráfico 6. Dependencia de alcohol en los estudiantes de primer nivel de la PUCE, 2018, por sexo…….…… 62

Gráfico 7. Dependencia de alcohol en los estudiantes de primer nivel de la PUCE, 2018, por sede…….…… 63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características socio-demográficas de los Estudiantes de Primer nivel de PUCE, 2018 ……54

Tabla 2. Distribución de la muestra según sede y financiamiento de los estudiantes de primer nivel de PUCE, 2018……..…… 55

Tabla 3. Patrones de consumo de alcohol en los estudiantes de primer nivel de la PUCE, 2018 …… 57

Tabla 4. Consumo de riesgo y dependencia de alcohol según AUDIT en los estudiantes de primer nivel de la PUCE, 2018, según sexo ……..…… 64

Tabla 5. Análisis Multivariado. Consumo de riesgo según características sociodemográficas y síntomas de ansiedad y depresión delos estudiantes de primer nivel de la PUCE, 2018 ……..…… 67

Tabla 6. Dependencia de alcohol según características sociodemográficas y síntomas de ansiedad y depresión en los Estudiantes de Primer nivel de PUCE, 2018 ……..…… 68

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Escala de AUDIT…….……..…..… 87

ANEXO 2. Escala de HAD ..……..…...… 88

ANEXO 3. Autorización del subcomité de ética ……..…..……...… 89

ANEXO 4. Autorización dirección general …….…...… 90

ANEXO 5. Consentimiento informado…….…… 91

LISTA DE ABREVIATURAS

APA Asociación americana de Psiquiatría.

AUDIT Test de Identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol.

BDI Inventario de depresión de Beck.

CEAL cuestionario para evaluar el nivel de problemas asociados al consumo de alcohol.

CEIAV Centro de estudio sobre adicciones y violencia.

CIA Consumo intensivo de alcohol

CICAD Control de abuso de las drogas

DSM Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

EDADES Encuesta sobre el consumo de alcohol y drogas en España.

ENA Encuesta nacional de Adicciones.

HADS Subescala de Ansiedad y depresión

IMB Intervención Motivacional Breve

INEC Instituto Nacional de Estadística y Censos.

OMS Organización Mundial de la Salud

OPS Organización Panamericana de la Salud.

SETED Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas

TDA Trastorno de Ansiedad.

UBE Unidad de Bebida Estándar

IMBIntervención Motivadora breve

RESUMEN

Introducción: El consumo de alcohol es un importante problema de salud pública; en Ecuador los estudiantes universitarios registran cifras altas de consumo de alcohol. Trastornos de ansiedad y depresión son condiciones altamente prevalentes que frecuentemente ocurren simultáneamente y son los más comunes en estudiantes universitarios; resulta relevante estudiar la relación entre ansiedad y depresión con el consumo de alcohol en los estudiantes universitarios que inician sus carreras.

Objetivo: Analizar la existe relación entre el consumo de alcohol con síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes de primer nivel de la PUCE, sedes Quito, Ibarra, Santo Domingo, Portoviejo y Chone durante Junio-Diciembre 2018**.**

Métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en 843 estudiantes utilizando un muestreo aleatorio simple. Se midieron las variables ansiedad y depresión con la Escalada de Evaluación Hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD), consumo de alcohol con el test de evaluación de abuso de alcohol (AUDIT), se midieron variables sexo, edad, carrera, nivel socioeconómico mediante encuesta socio-demográfica. Se realizaron análisis descriptivo, bivariado y multivariado relacionando ansiedad y depresión con consumo de alcohol mediante regresión logística binaria.

Resultados: Se encontró una prevalencia de consumo riesgoso de alcohol en 85% hombres, y 76% de mujeres; dependencia de alcohol en 46.9% de hombres y 29.8% de mujeres con $p<0.01$. Más del 50% de consumo de alcohol se inicia en la adolescencia media; 79.3% consume con amigos. Se encontró relación del 22.4% entre ansiedad y consumo riesgoso de alcohol y del 37.6% entre ansiedad y dependencia.

Conclusiones: Se encontró relación entre ansiedad y consumo riesgoso y depencia de alcohol, más la depresión no se relacionó a consumo riesgoso ni dependencia de alcohol.

Palabras clave: Depresión, ansiedad, consumo de riesgo de alcohol, dependencia de alcohol.

ABSTRACT

Introduction. Alcohol consumption is an important public health problem; in Ecuador university students present high rates of alcohol consumption. Anxiety and depression disorders are highly prevalent conditions that frequently occur simultaneously, and they are the most common in university students; it is relevant to study the relation between anxiety and depression with alcohol consumption in first level students.

Objective: To Analyze the relation between alcohol consumption with anxiety and depression symptoms in first level students in PUCE, campus Quito, Ibarra, Santo Domingo, Portoviejo and Chone during June-December 2018

Methods: An analytical cross-sectional study was conducted in 843 first-level students of PUCE using a simple random sampling. Anxiety and depression variables were measured with the Hospital Evaluation of Anxiety and Depression Scale (HAD), alcohol consumption with the Evaluation test of alcohol abuse (AUDIT); variables sex, age, career, socioeconomic level, were measured using a socio-demographic survey. Descriptive, bivariate and multivariate analysis were performed linking anxiety and depression with alcohol consumption through binary logistic regression

Results: A prevalence of risky alcohol consumption was found in 85% of men and 76% of women; alcohol dependence, 46.9% in men and 29.8% in women with $p < 0.01$. More than 50% of alcohol consumption begins in the middle adolescence; 79.3% consume with friends. A relation between anxiety and risky alcohol consumption was found in 22.4% and 37.6% between anxiety and alcohol dependence.

Conclusions: A relation between anxiety and risky alcohol consumption and alcohol dependence was found, depression is not related to risky alcohol consumption and alcohol dependence

Keywords: Depression, anxiety, alcohol risk consumption, alcohol dependence.

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

En los últimos años el consumo de alcohol se ha convertido en un importante problema de salud, principalmente, en los estudiantes que ingresan a estudios de nivel superior, siendo la principal sustancia psicoactiva que se consume en el medio universitario. (Castaño, 2014). Diversas investigaciones realizadas en América Latina denotaron que el alcoholismo es un factor de riesgo biológico y psicosocial. La Organización Panamericana de la Salud advirtió recientemente que el consumo de bebidas alcohólicas es el principal problema de salud en América Latina y está considerado el primer factor de riesgo que impide una vida plena en las Américas, seguido por el tabaco y la obesidad. (Escoto, 2019)

En Ecuador los estudiantes universitarios registran cifras muy altas respecto a haber consumido alcohol al menos una vez en su vida, con un 88,7%, esto denota una condición de consumo riesgoso o perjudicial, ya que alcanzó una prevalencia del 28,3% en el 2016. El consumo de drogas entre los jóvenes se inicia normalmente justo antes o al inicio de los estudios universitarios y los trastornos secundarios al uso de sustancias están en su pico entre los jóvenes de 16 a 25 años (Guerrero, 2016).

Varios factores se han visto asociados al consumo de alcohol al ingreso a la vida universitaria: adaptación a un espacio que exige nuevas responsabilidades, más independencia, adquisición de habilidades y conocimientos que le hagan ser parte de un mundo en constante transformación, todo esto lleva al estudiante a lo largo de la carrera a una inestabilidad emocional. La falta de manejo oportuno puede conducir al desarrollo de ansiedad o depresión, lo que facilita que busquen medios que le permitan llegar a una sensación de bienestar, entre ellos, el mismo consumo de alcohol, convirtiéndolo en un círculo vicioso. (Arrieta, 2014)

Los jóvenes ingresan generalmente a la universidad con la expectativa de alcanzar un posicionamiento y reconocimiento social que les garantice estabilidad laboral, entre otras razones, en un medio altamente competitivo. Sin embargo, muchos estudiantes no cuentan con los recursos económicos, el apoyo social, familiar o con los recursos psicológicos funcionales que les permitan manejar adecuadamente los estresores que son propios del proceso de enseñanza – aprendizaje, lo que conduce a desarrollar conductas de riesgo (Caballero, 2010).

El consumo de alcohol es un problema social, hoy en día forma parte de los estilos de vida de los universitarios ya que deja huella en las actividades económicas y políticas de los mismos, es el resultado de una cultura muy indiferente frente a este consumo y a la dependencia al alcohol, llegando incluso a ser muy tolerado y hasta aprobado **(**Betancourth, 2017). El consumo de alcohol en jóvenes es diferente que en adultos; en el primero se relaciona con más efectos negativos, entre ellas: malas relaciones con sus familiares, sus compañeros y sus maestros, incluso bajo rendimiento académico, alteración del orden público e involucramiento con actividades riesgosas, ya sea conducción de vehículos bajo efectos del alcohol, sexo inseguro, que conlleva a enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. Es así que los jóvenes que consumen alcohol están más propensos a tener factores de riesgo de peso frente a los que no consumen (Castaño, 2014).

El sitio de desarrollo de los jóvenes y el grupo de amistades es clave en el consumo; el alcohol es de fácil obtención, es legal, además es promovido por los medios de comunicación haciéndolo más peligroso para los jóvenes por su fácil conocido y claro acceso. Se mira al alcohol como una sustancia social y de muy común acceso en las universidades, ya que se encuentran varios lugares de fácil expendio, tal es así que la edad legal para adquirir alcohol usualmente no es respetada. Hay una gran relación entre el consumo riesgoso de alcohol y los cambios académicos como: pérdida de evaluaciones, inasistencia a clase y evasión del compromiso académico (Albarracín, 2008).

Una de los problemas relacionados con el consumo frecuente de alcohol es la dependencia, que es la "repetición de problemas ocasionados por el uso de alcohol en al menos tres de las siete áreas de funcionamiento, en un período mínimo de 12 meses" (Heckmann, Magalhäes, 2011). En México, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), realizada en el año 2011, identificó que cerca de 4.9 millones de personas, entre los 12 a 65 años de edad desarrolló dependencia al alcohol, es decir el seis por ciento de la población, correspondiendo al 1.8% a mujeres y el 10.8% a hombres (Vargas, 2016).

Las personas con adicción al alcohol tienen más probabilidades de sufrir otros trastornos mentales como la depresión o la ansiedad. Cerca del 80% de las personas que tienen una fuerte dependencia a esta sustancia sufren algún síntoma depresivo y son casi siete veces más

propensos a desarrollar esta enfermedad que el resto de la población que no es adicta al alcohol (Vargas, 2016).

Los trastornos de ansiedad y depresión son condiciones altamente prevalentes que frecuentemente ocurren simultáneamente y son los más comunes en estudiantes universitarios. La depresión se caracteriza por una pérdida de afecto positivo que incluye problemas de sueño, disminución en el auto cuidado, problemas de concentración y pérdida de interés en las actividades cotidianas. La ansiedad se define como la respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza, peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta (García, 2010).

Las tasas nacionales indican que el 8% de los estudiantes están experimentando niveles moderados y severos de sintomatología depresiva, mientras que 28% sufre de ansiedad en niveles moderados y severos (Cordero, 2010). En un estudio realizado en estudiantes de medicina de una Universidad del Azuay, se encontró una prevalencia del 13.95 % de depresión, de 29.33 % ansiedad (Cordero, 2010). Los síntomas de depresión experimentados con mayor frecuencia e intensidad fueron: dificultades para dormir (51%), irritabilidad (48%) y cansancio (44%). Los síntomas de ansiedad más frecuentes e intensos fueron dificultad para relajarse (68%) y nerviosismo (64%). Por otra parte, 27% de los estudiantes ha consumido alcohol en exceso en el último mes, pudiendo concluir que una parte importante de los estudiantes presenta problemas emocionales principalmente relacionados con ansiedad y consumo de alcohol que deben ser atendidos para facilitar la conclusión de sus estudios universitarios (Kreitman, 2015).

Epidemiológicamente la depresión afecta a más de 350 millones de personas a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que esta patología se convertirá en el 2020 en la segunda causa de incapacidad a nivel mundial. En América Latina afecta al 5% de la población adulta, la población en esta región muestra una prevalencia de problemas depresivos (episodio mayor y menor) del 4.8% alguna vez en la vida, y la relación entre géneros es de 2.6% en hombres y de 6.8% en mujeres (Villagomez, 2015).

En los trastornos de ansiedad, algunas personas recurren al alcohol por sus propiedades reductoras de la activación fisiológica. Si bien es cierto que el alcohol tranquiliza a corto plazo, no lo es menos que su uso continuado produce una inquietud y una ansiedad que superan con creces al estado inicial que se quería evitar. Sólo en pequeñas dosis y en circunstancias adversas

concretas y controlables, el alcohol disminuye la ansiedad; este efecto está muy en relación con el estado de la persona y siempre se corren los riesgos de intoxicación y dependencia (Saunders, 2015).

Se determinó una asociación entre estrés y depresión, encontrando que los sucesos vitales de estrés que sienten los alumnos se relacionan significativamente con síntomas depresivos, a mayor estrés, mayor probabilidad de depresión. Por otra parte, se ha encontrado una asociación entre el estrés con el consumo de alcohol, cuyos efectos se determinan por la cantidad consumida, aumentando el riesgo de desarrollar problemas de salud (Vargas, 2016).

Al alcohol se lo usa con frecuencia para el alivio de síntomas psíquicos como: tensión, sentimientos de culpa, dificultades para conciliar el sueño. Sin embargo, muchas veces empeora el estado general del individuo y genera un círculo vicioso de difícil escape. La ansiedad y depresión disminuyen con el alcohol, pero sólo a corto plazo, para luego volver con mucha más fuerza y exigiendo de nuevo el alcohol como medio de aplacarlas (Kreitman, 2015). Debido a lo expuesto, resulta relevante establecer la asociación entre ansiedad y depresión con el consumo de alcohol en los estudiantes universitarios que inician sus carreras.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La población estudiantil que ingresa a la vida universitaria está inmersa en un proceso de transición y de ajustes a nivel interpersonal que puede repercutir en su desempeño académico y producir conductas de riesgo (Castillo, I; 2015). Las altas cargas de estrés, el abandono del lugar de origen, cumplir con responsabilidades como trabajar o atender una familia, además del compromiso de concluir una carrera universitaria pueden llevar a presentar síntomas de ansiedad o depresión que probablemente sean cesados con el consumo de alcohol (Bahri, 2016; Lenk, 2012).

Los estudiantes universitarios en Ecuador presentan cifras muy altas de consumo de alcohol al menos una vez en su vida (88.7%), esto establece una condición de consumo riesgoso o perjudicial **(**Betancourth, S.; 2017). El tercer estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en población universitaria de Ecuador 2016 indica que el 51,5% de los estudiantes consumió alcohol por lo menos una vez en los últimos 30 días, de estos el 58,1% son hombres y el 45.5% son mujeres (UNODC SETED, 2016).

Consumir alcohol puede empeorar las condiciones preexistentes de salud mental o dar nuevos problemas a la persona como la pérdida de memoria, depresión, ansiedad, suicidios (American Psychological Association; 2012). El consumo de alcohol, la depresión y ansiedad son trastornos directos, bidireccionales, afines. El alcohol tiene propiedades depresoras y otras que mitigan por un momento la ansiedad, siendo en ciertos casos un agravante y en otros casos un alivio de momento que posteriormente puede llevar a una dependencia.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común en la población general y una de las condiciones de salud mental más común en pacientes atendidos en atención primaria; pero pocos discuten estos síntomas directamente con sus médicos. Dos tercios de ellos presentan síntomas somáticos como: cefalea, fatiga, problemas de espalda o dolores crónicos, lo que dificulta la detección de la depresión (Castro, J., 2012).

Los trastornos del estado de ánimo como la ansiedad y depresión en una etapa temprana de la vida pueden provocar acumulación de consecuencias negativas en la adultez como pérdida del interés, dificultad para relacionarse con los demás, irritabilidad crónica, conflictos con otras personas, estados de tristeza., que afectan el desarrollo profesional como en las relaciones sociales (García, R.; 2010). Los síntomas de ansiedad y depresión predominan en mujeres, mientras que los hombres presentan cambios cognitivos y en la conducta relacionados con el abuso de alcohol.

El consumo de alcohol, la ansiedad y la depresión conjuntamente conllevan a pensamientos suicidas (15%), cambios en el patrón del sueño (51%), cansancio (44%) y problemas biológicos (41%), así como también baja autoestima, dificultad para resolver conflictos interpersonales, accidentes de tránsito, conductas sexuales de riesgo, muerte debido a caídas, lesiones e intoxicaciones (Lenk, 2012).

Existe un estudio previo realizado en la PUCE (Villagómez, 2015) que estudia relación entre sintomatología depresiva y consumo de bebidas alcoholicas; teniendo como muestra a la Asociación de Estudiantes de Medicina, y concluye que no existe relación entre la sintomatología depresiva y el consumo de alcohol en la muestra estudiada. El estudio de la asociación entre síntomas de ansiedad y depresión con el consumo de alcohol, es un acápite muy importante, debido a que si se detectan a tiempo los patrones de consumo, se podría proponer estrategias de prevención de problemas psicosociales asociadas a este.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Determinar la asociación entre el consumo de riesgo de alcohol con los síntomas de ansiedad y depresión, en estudiantes universitarios que cursan el primer nivel de estudios en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sedes Quito, Ibarra, Santo Domingo, Chone y Portoviejo en el periodo Junio- Diciembre 2018.

1.4 OBJETIVOS

GENERAL

- Analizar la relación entre el consumo de riesgo de alcohol con los síntomas de ansiedad y depresión en los estudiantes universitarios que cursan el primer nivel de su carrera en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sedes Quito, Ibarra, Santo Domingo, Portoviejo y Chone durante el periodo Junio- Diciembre 2018**.**

ESPECÍFICOS

- Identificar los patrones de consumo de alcohol en los estudiantes del primer nivel de la PUCE sedes Quito, Ibarra, Santo Domingo, Portoviejo y Chone en el periodo Junio-Diciembre 2018**.**
- Determinar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión, según edad, sexo, migración, facultad de estudio y nivel socioeconómico en los estudiantes universitarios del primer nivel de la PUCE sedes Quito, Ibarra, Santo Domingo, Portoviejo y Chone, en el periodo Junio-Diciembre 2018.
- Evaluar los síntomas de depresión, ansiedad que se asocian más frecuentemente a consumo riesgoso, dependencia de alcohol y consumo perjudicial, en estudiantes universitarios del primer nivel de la PUCE sedes Quito, Ibarra, Santo Domingo, Portoviejo y Chone en el periodo Junio-Diciembre 2018.
- Analizar diferencias en cuanto a edad, sexo, migración, facultad de estudio y nivel socioeconómico, en las asociaciones entre síntomas de depresión y ansiedad con consumo riesgoso y dependencia de alcohol, en estudiantes universitarios del primer nivel de la PUCE sedes Quito, Ibarra, Santo Domingo, Portoviejo y Chone en el periodo Junio-Diciembre 2018.

1.5 HIPÓTESIS

El consumo riesgoso de alcohol se asocia con síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios que cursan el primer nivel de su carrera en la PUCE sedes Quito, Ibarra, Santo Domingo, Portoviejo y Chone en el periodo Junio-Diciembre 2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ALCOHOLISMO

2.1.1 DEFINICIONES

- **Alcoholismo**. Se trata de un trastorno en las actitudes y comportamiento que se da debido al consumo descontrolado de bebidas que contiene alcohol, es decir considerando que una "unidad" de alcohol está contenida en un vaso de vino (148ml), en una cerveza (355ml), en una copa de cava, vino dulce o jerez y tienen aproximadamente doce gramos de alcohol puro y las copas de licor: anís, whisky, cognac, ginebra, etc. o los combinados de estas bebidas equivalen a dos "unidades". Un hombre entra en alcoholismo cuando bebe más de 4 unidades al día o más de 20 a la semana y una mujer 3 unidades al día o 15 a la semana, lo que hace que interfiera en la salud mental, física, social y familiar del consumidor (Albarracín, 2008).
- **Consumo de alcohol.** Se dice de la autoadministración de una sustancia psicoactiva (WHO, 2008).
- **Consumo abusivo.** Es el consumo que supera un volumen de 1050ml de alcohol como cerveza o mayor a 450 ml de vino o whisky, ya sea varias veces por mes o incluso muchas veces por semana; o el consumo de 3 a 4 tragos en un día, o 5 o más tragos en una ocasión, al mes o incluso por semana, durante 12 meses, o seis bebidas en una ocasión, al menos una vez por semana (WHO, 1994).(WHO, 1994).
- **Adicción.** Es cuando la persona se preocupa por adquirir el alcohol, además su uso compulsivo a pesar de las consecuencias malas que este puede provocar y este patrón es repetido en su forma de uso y hay recaídas (Albarracín, 2008).
- **Tolerancia.** Se habla de la necesidad de aumentarla dosis de alcohol para alcanzar igual efecto o la pérdida de la causa ante una dosis determinada (Albarracín, 2008).
- **Intoxicación.** Estado agudo, que influye en conflictos sociales, alto riesgo de accidentes y violencia (Ochoa, 2009).
- **Dependencia.** Se trata del consumo sostenido, dando como resultado tanto consecuencias crónicas como agudas, por lo que se asocia con más de 50 patologías, de orden físico y mental, acompañados de importantes problemas sociales, que involucran a terceros; todos estos efectos no dependen de la cantidad ingerida. (Ochoa, 2019).

- **La dependencia física** es un estereotipo de signos y síntomas que al culminar el consumo se establece un síndrome de abstinencia, que desaparece al iniciar nuevamente el consumo de alcohol (Albarracín, 2008).
- **Consumo riesgoso de alcohol.** Es la aparición de algún problema que tiene que ver con el alcohol, originando más problemas de índole físicos, sociales y familiares. Es el consumo mayor de 14 tragos a la semana o de 4 tragos por ocasión en hombres y 7 tragos por semana o 3 tragos por ocasión en mujeres. (Armendáriz, 2012).
- **Consumo perjudicial.** Es la existencia de trastornos médicos y psicológicos, como efecto del consumo, independiente de la cantidad ingerida (Ochoa, 2019).
- **Abuso de alcohol.** Se habla cuando hay un uso superior a lo aceptado o el consumo en circunstancias que no son habituales, aunque aún no hay adicción (Albarracín, 2008). Siendo un patrón desadaptativo que los lleva a más problemas (Ochoa, 2019).
- El abuso de bebidas alcohólicas aumenta el riesgo, de enfermedades gastrointestinales y cardiovasculares, los accidentes de tránsito, muertes violentas, transmisión de enfermedades sexuales, así como violencia de tipo sexual. Además, se determinan dificultades académicas, familiares y sociales (Albarracín, 2008).
- **Síndrome de dependencia de alcohol.** Presencia tanto de síntomas conductuales como fisiológicos que lo incapacitan sobre el control del consumo y persiste bebiendo a pesar de los efectos adversas (Ochoa, 2019).
- **El bingedrinking o Consumo Intensivo de Alcohol (CIA).** Es el consumo rígido de alcohol con el único propósito de lograr la intoxicación en un tiempo cortito. Se trata de una modalidad realizada en países anglosajones y del norte de Europa, impuesta en jóvenes, lo que aumento el riesgo social, la violencia, accidentes de tránsito, etc. (Parada, 2011).

En lo que respecta al primer nivel de atención se han podido desarrollar definiciones útiles que se deben considerar en prevención primaria, abarcando criterios de diagnóstico DSM-IV excluyen el consumo de alcohol asociado con otros tipos de problemas, además de patrones de consumo perjudiciales (Foxcroft, 2008).

La Dependencia de alcohol (APA 2000) hece refrencia a la existencia de síntomas conductuales y fisiológicos que indican que se ha perdido el control sobre el consumo y sigue bebiendo a pesar de las consecuencias adversas. Una persona siente deseo de tomar bebidas

alcohólicas y no puede controlar ese deseo, además necesita beber mayores cantidades para conseguir el mismo efecto y tiene síntomas de abstinencia después de interrumpir el consumo de alcohol. La dependencia del alcohol afecta la salud física y mental, y causa problemas con la familia, los amigos y el trabajo. Manifiestan tres o más de los siguientes puntos en el mismo período de 12 meses:

- Tolerancia.
- Retirada.
- Consumo de alcohol en cantidades mayores o durante un período más largo que el previsto. Fuerte deseo o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el consumo.
- Se dedica mucho tiempo a actividades cuyo fin es obtener alcohol o recuperarse de sus efectos.
- Se abandonan o se reducen importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo.
- Se continúa el consumo de alcohol a pesar del conocimiento de tener un problema físico o psicológico persistente o recurrente que pudo ser causado o exacerbado por el alcohol. (Foxcroft, 2008)

El Abuso de Alcohol (APA 2000) se refiere al patrón de beber demasiado alcohol con demasiada frecuencia que va a interferir con su vida diaria y conlleva a deficiencias o trastornos clínicamente significativos, en un período de 12 meses (Foxcroft, 2008).

2.1.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN CONTEXTO GENERAL

La OMS expone que las tendencias actuales puntúan a un incremento a nivel mundial en el consumo de alcohol per cápita para los siguientes 10 años, aunque el valor de consumidores de alcohol en los últimos años cayó considerablemente en varios sectores del mundo (Ramón, 2018).

En la Conferencia Latinoamericana realizado en Bogotá, se trató de Políticas de Drogas, se indicó que: “El alcohol es el primer problema de su clase en la región, y no sólo de salud mental” (Ramón, 2018), puesto que, “entre los factores de riesgo que impiden una vida plena en las Américas, el primero es el alcohol; el segundo, el tabaco; el tercero, la obesidad y en noveno lugar aparecen las drogas ilegales” (Ramón, 2018).

El consumo excesivo de alcohol en Ecuador es uno de los mayores problemas sociales y de salud pública, ya que en el 20014 la OMS publicó un estudio que ubica al Ecuador en el noveno lugar, en América Latina, con mayor consumo de bebidas alcohólicas, además establece que se ingiere un promedio de 7.2 litros de alcohol por habitante al año. Este abuso de consumo de alcohol llevó a la muerte de 6.042 personas en 10 años, entre el 2003 al 2013, según los registros del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), es decir, un promedio de 604 personas por año. En donde se gasta más al mes por consumo de alcohol es la ciudad de Guayaquil, con un promedio de 6'597.928 de dólares en más de 164.419 hogares, sigue la ciudad de Quito, con 4'356.607 de dólares al mes, esto según la encuesta sobre las Condiciones de vida del INEC (2013-2014) (Cordero, 2010).

Los datos estadísticos muestran una sociedad ecuatoriana abstraída en la cultura del alcohol, cuyo consumo se legitima por ser parte de la vida diaria del ecuatoriano, sin respetar clases sociales, datos indicados en una investigación sobre los "Determinantes sociales y económicos del consumo de alcohol en Ecuador" (Braganza, 2017).

Estadísticamente el consumo de bebidas alcohólicas en el Ecuador la ubica como una sociedad inmersa en una cultura del alcohol, legitimado en la vida diaria, que involucra a todos los extractos sociales. Se estima que mensualmente los hogares de menor ingreso gastan mensualmente más de 545 mil dólares en bebidas alcohólicas, en comparación con hogares de mayor ingreso, que llegan a gastar hasta más 2'130.000 dólares para su consumo (Ramón, 2018).

2.1.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN ADULTOS JÓVENES Y UNIVERSITARIOS

Por lo expuesto anteriormente, el mayor consumo de alcohol se encuentra en edades comprendidas de 19 a 24 años, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), planteó que en el 2012, el 12 % de este grupo de edad, consumió algún tipo de bebida alcohólica.

Sin embargo, el consumo de alcohol comienza a edades tempranas, corroborado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), que establece que el 26.3% de la población de 20 a 59 años que consume alcohol, inició su consumo antes de los 16 años (Villagomez, 2015).

El 79%, de las personas de 12 años y más ingiere exclusivamente cerveza, de acuerdo a la Encuesta de Ingresos y Gastos del Hogar (ENIGHUR 2012). Es muy común y predecible que las primeras experiencias de consumo de alcohol se den en la edad pre-adolescente, o en las reuniones familiares (Villagómez, 2015).

La condición de legalidad, que promueve el consumo de bebidas alcohólicas, en lugares de esparcimiento, como estadios de fútbol, bares, los mismos que son visitados por un gran número de adolescentes, si a esto sumamos su fácil disponibilidad, la influencia de amigos, incide en el inicio del consumo a tempranas edades.

La OMS, en el año 2013 difundió una investigación, que ratifica que el Ecuador ocupa el segundo puesto en Latino América con mayor consumo de bebidas alcohólicas; se ingieren aproximadamente 9.4 litros de alcohol por habitante al año (Villagómez, 2015).

Durante los años 2008 al 2016, en el marco del Proyecto de Apoyo a la Reducción de la Demanda de Drogas ilícitas en los países andinos, como Bolivia, Perú, Ecuador y Colombia, se ejecutaron tres estudios en la comunidad universitaria, con una muestra de más de cinco mil estudiantes, entre hombre y mujeres, con una edad comprendida entre los 18 a 25 años (INEC, 2014); en lo concerniente a nuestro país, se tomó en cuenta a 10 universidades previamente seleccionadas, de un universo de 152 mil estudiantes universitarios, destacándose un consumo en el año 2012 del 36.9 %, para el año 2016 se registró un consumo del 33.1 % (NODC.ORG, 2016).

En el marco del IV Congreso Internacional de Patología Dual que se celebró en Barcelona se difundió que los individuos con adicción al alcohol tienen más posibilidades de sufrir algún trastorno mental, como ansiedad o depresión. Más o menos el 80 % de la población que tiene una alta dependencia al alcohol adolecen algún síntoma depresivo, siendo siete veces más propensos a desarrollar trastornos depresivos que la población que no sufre adicción al alcohol (Escoto, 2019). En un estudio realizado en la Universidad Central del Ecuador en el 2015, se determinó que el 68.1% de los estudiantes encuestados consumían alcohol, 54.4% eran mujeres y el 45.6% fueron hombres, de los cuales los que más consumían pertenecían a la Facultad de Economía. El rendimiento académico alcanzado en el 48.16% fue de regular y el 34.84% de bueno, rendimiento que alcanzó para promocionarse a un nivel superior. (Soliz, 2015).

La Comisión Interamericana para el Control de Abuso de las Drogas (CICAD) calificó como un consumo riesgoso de alcohol, al 37% de estudiantes universitarios que consumen bebidas dañinas para la salud en el Ecuador (Ramón, 2018).

La encuesta fue realizada en 10 universidades del país, entre 2009 y 2012 a un grupo de 3 443 estudiantes de 18 a 25 años. El alcohol ya no se puede considerar como una droga no preocupante, al contrario, es la que más hace daño al ser humano según varios estudios realizados en los últimos años por especialistas a nivel mundial (Cordero, 2010).

2.1.4 FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL

Se entiende por factor de riesgo para el consumo de sustancias a "un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que van a aumentar la probabilidad de uso y/o abuso de drogas según su inicio, o un cambio entre el nivel de implicación con las mismas hablando así de mantenimiento" (Tirado, 2009).

Los factores de riesgo deconsumo de alcohol son: macrosociales, microsociales y personales.

Entre los factores macrosociales se encuentran la disponibilidad de la sustancia y el inadecuado uso del tiempo libre; los microsociales incluyen estilos educativos inadecuados, consumo familiar de alcohol y la influencia del grupo de amigos; en el nivel personal la desinformación y prejuicios, la dificultad para resistir presiones grupales y la baja autoestima (Tirado, 2009).

Se presentan diferencias entre jóvenes y adultos, en cuanto al consumo de alcohol. En los jóvenes las relaciones familiares, con compañeros de estudios y maestros pueden verse perjudicadas significativamente; hay un bajo rendimiento escolar, agresiones, conductas violentas, daño del orden público y conductas de alto riesgo, como conducir bajo los efectos del alcohol, así como actividades sexuales sin protección, que conllevan embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Por tanto, los estudiantes que beben grandes cantidades de alcohol, comparados con los que no beben, exhiben más conductas de riesgo para sí mismos y para los demás (Castaño, 2014).

2.1.5 FACTORES BIOLÓGICOS

Los factores de riesgo de tipo individual tratan de las características internas del individuo, entre ellas su forma estado de ánimo, emociones, su forma de sentirse y formas de comportamiento. (Tirado et al, 2009). Algunos estudios relacionan los rasgos de personalidad con la falta de control de impulsos, como la desinhibición, extroversión y agresividad, aumentando el consumo de alcohol (Duffy, 2013).

2.1.6 FACTORES SOCIALES Y AMBIENTALES

Los predictores fidedignos de conducta de consumo se establecen por los valores, creencias hacia las drogas, la autoestima, los cuales vienen determinados, primero en el seno familiar en un contexto portador y trasmisor de las mismas, además de la presión de los iguales. Se determina que el consumo de alcohol podría ser una estrategia de afrontamiento adecuado, lo que puede aumentar el consumo; si la misma situación se repite y se produce por más tiempo, el consumo de alcohol se puede tornar abusivo (Tirado et al, 2009).

Otros factores que pueden explicar el consumo de alcohol y otras drogas, está la necesidad de experiencias nuevas, la adaptación al mundo social, el manejo adecuado del tiempo de ocio, formas de combatir el aburrimiento. Está claro que el periodo de adaptación a la vida universitaria puede generar mucho estrés, relacionadas con nuevas exigencias académicas, lo que puede hacer a los universitarios más propensos al consumo de alcohol (Tirado et al, 2009).

La aceptación de los pares es importante, siendo el consumo de alcohol un favorecedor social, que reduce la tensión y ayuda a superar el estrés académico. En el ámbito de la sociedad el consumo de alcohol y tabaco siguen siendo las sustancias más emblemáticas, por las connotaciones que conllevan nuestra forma de vida. Todavía se mantiene en los jóvenes el hecho de beber abundantemente como sinónimo de madurez y hombría. (Peralta et al, 2015)

El estímulo publicitario ha permitido conseguir una imagen positiva de ambas sustancias, tratando de emitir un mensaje de sensaciones placenteras, que tratan de reflejar madurez, seguridad, éxito social y personal, dedicado para todo público en general, por lo que no discrimina a la población joven. (Peralta et al, 2015)

El consumo de alcohol es favorecido por el poder adquisitivo, la dependencia grupal, el ocio observado en discotecas, bares, así como las actividades nocturnas (Tirado et al, 2009).

2.1.7 FACTORES PROTECTORES PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL

Los factores de protección "son aquellos factores psicológicos o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo para desestimular o evitar la aparición de la problemática, también son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo"; por ende se entiende que un factor de protección es "un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental, que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas o el cambio en el nivel de implicación con las mismas" (Tirado et al, 2009).

Entre los factores protectores se encuentran las actividades extracurriculares y complementarias realizadas en las instituciones educativas, notándose menor participación de los alumnos en el consumo de alcohol. En algunos estudios se ha establecido correlación negativa entre el consumo de alcohol y el tiempo dedicado a actividades deportivas; otras actividades a tomar en cuenta es la participación social, como el voluntariado, asociacionismo, etc. (Tirado et al, 2009).

El apoyo social, el monitoreo parental, una comunicación asertiva, el tiempo de interacción entre padres-hijos, así como la religiosidad, pueden considerarse como factores protectores (Duffy, 2013). El papel que tiene la familia para prevenir el consumo de alcohol es importante ya que las buenas relaciones familiares, la funcionalidad, los límites semipermeables actúan como factores protectores desde edades tempranas para evitar patrones de consumo riesgoso de alcohol.

2.1.8 TIPOS DE CONSUMO DE ALCOHOL

Consumo Sensato. Definido como el consumo es de 40 gramos no más de tres veces por semana (4 bebidas estándar) en los varones y 20 gramos no más de tres veces por semana (2 bebidas estándar) en las mujeres (Peralta, 2015).

Consumo Dependiente. Es cuando se ingieren de 4 a 9 copas por ocasión en los varones y de 3 a 5 copas por ocasión en las mujeres, dejando de realizar actividad por el consumo de alcohol (Peralta, 2015).

Consumo Dañino. Ocurre cuando se ingieren en un día típico 6 o más copas en las mujeres y de 10 o más copas en los hombres, además de que amigos, familiares o personal de salud le hayan manifestado preocupación por su forma de beber (Peralta, 2015).

Síndrome de dependencia de alcohol. Habla de un patrón desadaptativo de consumo que presenta un daño o malestar de significancia clínica en el individuo, provocando síntomas fuera de lugar que son netamente provocados por este consumo (Ochoa, 2019).

Intoxicación alcohólica aguda, caracterizada por:

A. Ingesta reciente de alcohol
B. Cambios psicológicos de la manera de comportarsefuera de lugar, clínicamente significativos que se presentan durante la intoxicación o luego de pocos minutos tras el consumo de alcohol.
C. Al menos uno de los siguientes signos:

- Lenguaje incoherente.
- Falta de coordinación.
- Marcha inestable.
- Nistagmus
- Deterioro de la atención o de la memoria.
- Estupor o coma.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (Ochoa, 2019).

Abstinencia Alcohólica, caracterizada por:

A. Interrupción (o disminución) de un consumo prolongado de alcohol y en grandes cantidades
B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio A:

- Hiperactividad autonómica (sudoración o más de 100 pulsaciones).

- Temblor distal de manos.
- Náuseas o vómitos.
- Insomnio
- Ansiedad
- Agitación psicomotora.
- Alucinaciones visuales, táctiles, o auditivas transitorias o ilusiones.
- Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).

C. Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad sociolaboral.

D. Todo ello, no debido a ningún otro trastorno mental o físico, como el delirium por abstinencia alcohólica. (Ochoa, 2019)

2.1.9 IDENTIFICACIÓN O DIAGNÓSTICO DE CONSUMO DE ALCOHOL O ALCOHOLISMO

El diagnóstico depende de una correcta anamnesis y exploración física, es indispensable valorar la cantidad y frecuencia de la ingesta alcohólica, para lo cual se puede valer de cuestionarios diagnósticos como **AUDIT y CAGE**, además de realizar una analítica de marcadores biológicos completos, además de un diagnóstico adecuado de psicopatologías previas y asociadas (Contreras, 2018).

Es importante valorar el consumo alcohólico, junto con trastornos conductuales, las repercusiones familiares, tanto sociales como legales. En la exploración física se valorará signos clínicos como consecuencia del consumo de alcohol, como: telangiectasias faciales, arañas vasculares, inyección conjuntival, hipertrofia parotídea, temblor lingual, eritema palmar, temblor de manos, contractura de Dupuytren, neuropatía periférica, ginecomastia, circulación colateral superficial (signo de la cabeza de medusa), ascitis, hepatomegalia. Esplenomegalia, ictericia, desnutrición, hipertensión, alteraciones cognitivas. En cuanto al consumo será importante indagar sobre la frecuencia, duración y cantidad de la ingesta (Contreras, 2018).

Es de utilidad la siguiente fórmula: El trago estándar o unidad de bebida estándar es una herramienta fundamental para la realización de pruebas de tamizaje, como screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Importante además para que las personas puedan vigilar su propio consumo.

Unidad de Bebida Estándar (UBE): contenido medio en alcohol de una consumición habitual en cuanto a su graduación y volumen. 1 UBE = 10 g alcohol.

Gramos de alcohol = (ml de bebida) x (graduación de la bebida) x 0.8 / 100

2.1.9.1 Interpretación del AUDIT

El Cuestionario AUDIT (Anexo 1) es una prueba diseñada por la OMS en 1989 para detectar el consumo excesivo de alcohol y como un apoyo a los clínicos en la evaluación breve. El AUDIT consta de diez ítems. En él la escala de respuesta de las ocho primeras preguntas es 0, 1, 2, 3 y 4, siendo 0, 2 y 4 la escala de respuesta de las últimas dos preguntas. Este instrumento contiene tres dimensiones, dominios o constructos para medir: el consumo de riesgo, los síntomas de dependencia y el consumo perjudicial de alcohol, que se definen a continuación (Contreras, 2018).

El test AUDIT (considerándolo positivo si alcanza 8 puntos), para la detección de consumo excesivo de alcohol, presenta una sensibilidad de 57-59%; una especificidad de 91-96%, un cociente de probabilidad positivo de 6.3-14.7 y un cociente de probabilidad negativo de 0.47-0.42 (Álvarez ét al 2001).

2.1.10 MEDIDAS GUBERNAMENTALES DE CONTROL PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL

El gobierno podría cambiar el contexto de los patrones de consumo de alcohol mediante estrategias como fijar precios, disminuir, restringir el abastecimiento de bebidas alcohólicas y normatizando de forma rigurosa la comercialización de dichas bebidas alcohólicas.

Entre las medidas que se implementan para disminuirla disponibilidad u oferta de las bebidas alcohólicas en la política pública tenemos:

I. Regulación de la producción y comercio;
II. Regulación y restricción de la distribución controlando jurídicamente la venta y consumo de este producto.
III. Regulación del costo de adquisición y venta del producto mediante el aumento de su precio.
IV. Incremento del límite de edad que autoriza la compra legal de bebidas alcohólicas y límite de la edad legal para el consumo.
V. Regulación de la publicidad de bebidas alcohólicas; la promoción publicitaria tiene gran influencia en el aumento del consumo de alcohol. Este tipo de publicidad tiene efectos contrarios a las actividades preventivas del consumo. Las restricciones en las propagandas comerciales disminuyen la promoción del consumo y por tanto evita en lo posible la curiosidad por parte de niños, niñas y adolescentes por adquirirlas.
VI. Limitar el acceso a las bebidas alcohólicas más fuertes y regular el comportamiento frente al consumo del alcohol a través de normas éticas, culturales o nacionales
VII. Reducir el consumo excesivo por medio de normas y regulaciones de moderación y eliminar el concepto de aceptación que la gente tiene en nuestra sociedad con respecto al abuso en el consumo de alcohol.
VIII. Informar a los niños, niñas, adolescentes y adultos que el alcohol es un tipo de droga que provoca dependencia y los efectos negativos de su consumo.
IX. Inculcar valores y normas en la sociedad sobre la responsabilidad y consecuencia del consumo de bebidas alcohólicas. (Redacción Médica, 2018)

2.1.11 TIPOS DE PREVENCIÓN

Se llama prevención al conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir: el consumo excesivo de sustancias legales, sustancias ilegales o la realización de determinadas actividades sociales que comprometan el estilo de vida saludable del ser humano, así como a disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas adicciones químicas o sociales (Gárciga, 2006).

Para la prevención del consumo de alcohol, se han definido:

Prevención Primaria. Las acciones que se ejecuten deben estar destinadas a toda la población, al sistema educacional y de salud pública, a las comunidades, centros laborales, a los centros de rehabilitación, penitenciarías (Gárciga, 2006)

Las modalidades a implementar son:

- Capacitaciones
- Medios de comunicación masiva (radio, televisión, cine, video, literatura, etc)
- Conferencias y charlas
- Políticas, estrategias y actividades que promuevan estilos de vida saludables, como: la práctica deportiva, actividades recreacionales y culturales, concursos, maratones (Gárciga, 2006).

Prevención secundaria. Interviene solo sobre grupos de riesgo ya que es posterior a la aparición del problema, además de que no aparezcan las complicaciones posteriores, como el contagio o la diseminación del problema, la importancia radica en el cambio de estilo de vida en el adicto o pandillero (Gárciga, 2006).

Las modalidades que se pueden implementar son:

- Acciones humanas fundamentadas en: la consejería, persuasión, sugestión, inspiración.
- La intervención en crisis.
- Rehabilitación espontánea, motivada por presión familiar, laboral, amorosa o religiosa.
- Rehabilitación con atención psiquiátrica, como: tratamiento psicoterapéutico, farmacológico, técnicas y recursos alternativos.
- Desintoxicación con seguimiento externo, tales como consultas psiquiátricas, grupos de ayuda mutua.
- Desintoxicación ambulatoria o con internamiento, pudiendo ser breve: de 7 a 10 días, o tardía: de 14 a 28 días (Gárciga, 2006).

Prevención Terciaria. Ayuda a eliminar las secuelas físicas, psíquicas y sociales causadas por el abuso del consumo de alcohol mediante métodos de rehabilitación y reinserción de los ex consumidores a la sociedad (Ponce, 2011).

Cuando no se pueda obtener una abstinencia total del consumo de alcohol, el objetivo se centra en disminuir las cantidades consumidas y lograr períodos de abstinencia más largos, además de mejorar las condiciones de la familia y del entorno laboral. Entre las actividades a tomar en cuenta tenemos: la reinserción social, actividades destinadas a prevenir las recaídas, disminuir las secuelas de la adicción. (Gárciga, 2006)

2.1.12 MEDIDAS ESPECÍFICAS DE CONTROL, PREVENCIÓN EN UNIVERSITARIOS

Las intervenciones de prevención indicada de consumo de alcohol que más se han estudiado alrededor del mundo son las "Intervenciones Breves – IB", cuya efectividad ha sido ampliamente comprobada a nivel de atención primaria en salud, tal como se muestra en un metaanálisis auspiciado por Cochrane, así como un sin número de estudios adicionales apoyados por la OMS y otras organizaciones de orden internacional. Se debe aclarar que la IB implementada como estrategia de prevención indicada no tiene como objetivo la disminución de la aparición de nuevos casos de consumo problemático, sino la reducción de los indicadores de consumo problemático ya existentes. Además, su alcance no se extiende al tratamiento de personas con dependencia o con psicopatologías complejas asociadas, aunque en los procesos de identificación temprana suelen detectarse a estos sujetos y la IB es una excelente herramienta para la derivación de éstos a un tratamiento terapéutico especializado y aumentar la adherencia al mismo. (MinSalud, 2013)

Se define la IB como una intervención de duración corta, que tiene como objetivo promover un cambio en una conducta de riesgo previamente, describe seis elementos comunes en las IB que han mostrado ser efectivas, las cuales se pueden resumir en el acrónimo FRAMES, que se traduce en:

F: dar retroalimentación sobre el estado de salud y el consumo de alcohol
R: hacer énfasis en la responsabilidad de la persona en el cambio
A: dar consejo claro
M: ofrecer un menú de posibles estrategias
E: expresar empatía
S: autoeficacia. (MinSalud, 2013)

La evidencia de algunas intervenciones breves realizadas:

- Intervención motivacional breve (IMB): se observó reducción en los consumidores intensos de alcohol. (MinSalud, 2013)
- IBM: después de cuatro años de seguimiento, se observó una diferencia considerable en los problemas asociados por el consumo de alcohol, entre grupos control y experimentales. (MinSalud, 2013)
- IMB con desarrollo de destrezas cognitivos y sociales: la evaluación a los seis meses muestra éxito a corto plazo. (MinSalud, 2013)
- IMB con discrepancias normativas y retroalimentación motivacional: un seguimiento de dos semanas se visualizó reducciones significativas en la cantidad de tragos por semana y en la frecuencia de los episodios de consumo intenso. (MinSalud, 2013)
- IMB más estrategias de destrezas cognitivo-conductuales y normativa: reduce el significativamente el consumo excesivo entre consumidores de alto riesgo. (MinSalud, 2013)

Las ventajas de la IB es que a pesar de que se enfoca en la modificación de dichos factores psicológicos, la implementación de la IB requiere un entrenamiento sencillo y la guía de atención de desarrolla con pasos sencillos acordes a los resultados de la prueba de tamizaje, lo que facilita que el contenido de la intervención se ajuste no sólo al patrón de consumo de la persona, sino también a la etapa motivacional en la que ésta se ubica respecto al comportamiento a modificar, lo cual se ha encontrado que es un aspecto esencial en la adopción de un estilo de vida saludable. (MinSalud, 2013)

2.1.13 PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE EVITAR EL CONSUMO DE ALCOHOL

En la mayoría de los países se cuenta con la estrategia de Universidad Promotora de Salud, entendida ésta bajo la premisa de hacer un abordaje biopsicosocial de los integrantes de la comunidad universitaria, con el fin de favorecer la formación integral desde las dimensiones físicas, psíquicas y sociales, tendientes a mejorar su calidad de vida y propender por el establecimiento de cambios culturales en las formas de asumir la salud-enfermedad.

Una estrategia sugerida para la atención de estudiantes universitarios con comportamientos de riesgo es la creación de un observatorio de conductas de riesgo articulado al servicio de tutorías. La formación integral de los estudiantes, con énfasis en la diferenciación de grupos específicos con características especiales que marcan su vulnerabilidad en función de facultad, programa y semestre (Vélez, 2019).

Acciones de soporte: divulgación mediante página web, facebook, boletín anual, agenda – cartilla, reuniones con directivos, taller dirigido a profesores; además sensibilización a través de una puesta en escena, perfomance, sketch, cuentero y conciertos (Muñoz et al, 2014).

2.2 ANSIEDAD

2.2.1 DEFINICIÓN

Se la define como el daño anticipado o falla a futuro, acompañado de sentimientos de disforia y/o síntomas tensionados, convirtiéndose en una señal de alarma que advierte sobre y hace a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza (Chiriboga, 2016).

Cuando la ansiedad supera la capacidad adaptativa del individuo, es cuando se convierte en un problema, provocando malestar importante con síntomas que afectan el ámbito físico, psicológico y conductual. (Martínez, 2014)

2.2.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO CONTEXTO GENERAL

En atención primaria el porcentaje de pacientes que presentan trastornos de ansiedad ha incrementado, un estudio (ECA) realizado en Estados Unidos indica que un 14,6%, de pacientes presentó un diagnóstico permanente de trastornos de ansiedad en una población de mayor de 18 años. Un estudio nacional de comorbilidad (NCS), en la Universidad de Michigan, tomaen cuenta una amplia muestra, entre personas de 15 a 54 años, en donde se encuentra una prevalencia del 29.5 %. (Regier, 2001)

La ansiedad está catalogada como uno de los trastornos psiquiátricos de alta prevalencia, se estima que a nivel mundial un 25 al 35 % lo padecen. (Cordero, 2010)

En un estudio realizado por la OMS a pacientes que consultaron por sintomatología somática, la prevalencia de trastornos ansiosos se encontró presente en un 23.8 % de los pacientes. (Sánchez, 2013)

Algunos estudios describen una prevalencia de trastornos de ansiedad en adolescentes y adultos jóvenes de un 28.8 %, un 4.7 % presentan trastorno de pánico, el 1.4 % agorafobia (sin pánico), el 12.5% fobia específica, fobia social 12.1%, trastorno de ansiedad generalizada 5.7 %, trastorno por estrés postraumático 6,8 %, trastorno obsesivo compulsivo 1.6 %. (Sánchez, 2013)

En Colombia, se determinó que los trastornos de ansiedad alcanzan un 19.3 %, en una población comprendida entre 18 y 65 años.

2.2.3 PERFIL EPIDEMILÓGICO EN ADULTOS JÓVENES Y UNIVERSITARIOS

Estudios realizados en una población universitaria determinaron que la ansiedad se encuentra relacionada con factores sociales, familiares, presión académica, encontrándose que el 47.1 % de los estudiantes presentaron diversos tipos de trastornos de ansiedad. (Balanza, 2019)

Se analizó en la Universidad Cooperativa de Colombia, a alumnos de la carrera de ingeniería y medicina, estableciéndose que el 58 % presentaron algún grado de ansiedad. (Pérez, 2014)

Los estudiantes de la carrera Pedagogía de la Universidad Complutense de Madrid, la Ansiedad alcanza un 13.2 %. (Martínez, 2014)
En un estudio realizado en estudiantes de la Universidad del Azuay el 29.33 % presentaron ansiedad. (Cordero, 2010)

2.2.4 FACTORES DE RIESGO

Las causas no son del todo conocidas, pero están implicados factores biológicos, ambientales y psico-sociales (Arrieta, 2014).

FACTORES BIOLÓGICOS. Alteraciones en los sistemas neurotransmisores gabaérgicos y serotoninérgicos, además de anomalías estructurales en el sistema límbico. Existe mayor

frecuencia de uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas y/o sedantes y otras sustancias. Se ha observado cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos (Arrieta, 2014).

FACTORES AMBIENTALES.

Entre los factores sociales y ambientales destacan el estrés económico, profesional, académico. Circunstancias como la incomunicación, aislamiento, consecuencia del cambio de residencia de los estudiantes, dificultades de adaptación al nuevo ambiente universitario son factores importantes en el desarrollo de trastornos de ansiedad. (Martínez, 2014)

FACTORES PSICOSOCIALES. Estrés familiar, presión social, preocupaciones excesivas pueden llevar a estados de ansiedad. (Arrieta, 2014)

Los factores individuales presentes en las personas con este tipo de trastorno son la poca capacidad para manejar acontecimientos estresantes, habilidades sociales nulas y el consumo de sustancias. (Martínez, 2014)

A nivel familiar, conflictos, violencia intra familiar, ambivalencia emocional, desamor, la falta de cohesión, inseguridad, el estilo parental anómico/negligente, autoritario o sobreprotector, la presencia de algún familiar con enfermedad crónica, situación económica regula (Martínez, 2014).

2.2.5 FACTORES PROTECTORES

El bienestar psicológico, optimismo, esperanza y afrontamiento efectivo, son algunos de los principales factores protectores. Se menciona a la inteligencia emocional como un factor protector, no muy estudiado en un contexto clínico. (Góngora et al, 2009)

La inteligencia emocionalse refiere al conjunto de habilidades personales, emocionales y sociales, que influyen en la capacidad del individuo para adaptarse y enfrentar demandas especiales del medio, esto va a influir en la selección y el control de las estrategias de afrontamiento para hacer frente a determinadas situaciones.

Una alta inteligencia emocional abarca una serie de beneficios personales: satisfacción personal, buenas relaciones interpersonales, salud, aprendizaje y logro de objetivos. Se encuentra relacionada con la satisfacción vital. (Góngora et al, 2009)

La autoestima es otro factor protector, tiene una función hedónica o de bienestar general, además se asocia a un mejor desempeño laboral, resolución de problemas, autonomía, autenticidad, conducta pro social, satisfacción en las relaciones y desempeño positivo en grupos.

Se la considera como un factor de suma importancia ante la presencia de diversos problemas y desafíos de la vida, ya que ayuda a las personas a enfrentar las situaciones estresantes actuando como almacenamiento de sentimientos positivos. (Góngora et al, 2009)

2.2.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Esta condición se manifiesta por:

1. Sensaciones somáticas como:

- Tensión muscular
- Mareo.
- Sensación de "cabeza vacía "
- Diaforesis.
- Hiperreflexia
- Variaciones en la presión arterial
- Palpitaciones.
- Midriasis.
- Síncope.
- Taquicardia
- Parestesias.
- Temblor.
- Epigastralgia, diarrea
- Aumento de la frecuencia y urgencia urinarias

2.- Síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos):

- Intranquilidad, inquietud
- Nerviosismo
- Preocupación excesiva y exagerada.
- Miedos no fundamentados
- Ideas catastróficas

- Deseo de escapar.
- Temor a perder la razón y el control.
- Sensación de muerte inminente

La ansiedad altera los procesos mentales, produciendo distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo, que pueden interferir con la capacidad de análisis y afectando la funcionalidad del individuo. (Chiriboga, 2016)

2.2.7 IDENTIFICACION O DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD

2.2.7.1 ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

Uno de los instrumentos más utilizados es la escala de Hamilton (HARS), que tiene 14 preguntas. (IMSS-GPC; 2010)

Evalúa 14 ítems, individualmente calificados, obteniendo puntuaciones en el rango de 0 a 56. Los resultados de la evaluación pueden ser interpretados de la siguiente manera: Una puntuación de 17 o menos, indica leve severidad de ansiedad. Una puntuación entre 18 y 24, indica leve a moderada severidad de ansiedad. Por último, una puntuación de 24 a 30, indica severidad de moderada a severa. (Lobo, 2001)

La sensibilidad es de 50.1 % y la especificidad del 81.3 %, los falsos positivos y falsos negativos se mantienen constante. (Latorre, 2012)

2.2.7.2 ESCALA HAD

La escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS, Zigmond y Snaith, 1983), presentada en el Anexo 1, es una de las pruebas más utilizadas para detectar malestar emocional.

Está conformada por 14 ítems, que permiten detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria. El contenido de la HAD abarca aspectos psicológicos de la ansiedad y depresión. La exclusión de síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito) evita errores de atribución cuando se aplica a individuos con algún tipo de patologia. Su sensibilidad es del 74 % y especificidad del 80 %. (Rico, 2005)

En ansiedad supera el 70 % tanto de especificidad como sensibilidad. (Cabrera, 2015)

La escala HAD está estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Se compone de dos subescalas de 7 ítems intercalados. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. La puntuación para ansiedad y depresión se considera de 0 a 7 normal (No caso), de 8 a 10 caso dudoso o probable y de 11 o más problema clínico (Caso). (Rico, 2005)

2.2.8 MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ANSIEDAD

Desarrollar un pensamiento crítico como uno de los ejes centrales para el crecimiento individual de los jóvenes y su adaptación a las diferentes situaciones que enfrenten en la vida, permitiéndoles identificar sus sentimientos ante ciertas situaciones. Estas habilidades permiten que el joven relacione la situación con sus emociones y actitudes. (Vásquez et al, 2014)

Las medidas preventivas basadas en evidencia varían de acuerdo al tipo de población a quien van dirigidas, el tipo de trastorno de ansiedad, el tipo de factores de riesgo o de protección abordados, el momento oportuno en que se aplican (por ej., antes de un evento traumático o como respuesta al mismo) y el método de intervención utilizado.

El programa australiano FRIENDS es un programa cognitivo-conductual de 10 sesiones que le enseña a los niños las habilidades para hacer frente a la ansiedad de forma más efectiva y a construir la fortaleza emocional, habilidades para solución de problemas y confianza en sí mismos. Cuando el programa se ofreció a poblaciones de escuelas y se seleccionaron grupos de niños y adolescentes en riesgo dio como resultado un descenso significativo de los síntomas de ansiedad. FRIENDS también ha sido implementado en Suecia, Holanda. (0MS, 2004)

La terapia cognitiva-conductual es otro método de intervención temprana para prevenir trastornos de ansiedad. Incluye aspectos como la educación acerca de reacciones al trauma, capacitación de relajamiento, exposición mediante imágenes a memorias traumáticas, reestructuración cognitiva de las creencias relacionadas con el miedo y exposición en vivo a situaciones evitadas. (0MS, 2004)

Estas prácticas se consideran de gran aporte para un programa de prevención en salud mental, y específicamente encaminados a la intervención de los factores cognitivos (esquemas y pensamientos automáticos) y de personalidad (creencias centrales).

2.2.9 PROMOCIÓN DE SALUD PARA EVITAR LA ANSIEDAD

- **Psicoeducación, técnicas de relajación. (Respiración diafragmática).** Ayudan a definir problemas de ansiedad. Identificación de respuestas de ansiedad y clasificar sus componentes en fisiológicos (emocional), cognitivo y comportamientos. Introducir la relajación, mediante el entrenamiento en respiración diafragmática. g
- **Técnicas de relajación** (Relajación muscular progresiva y visualización.
- **Técnicas de reestructuración cognitiva.** Distinción entre pensamientos positivos y negativos y sus efectos sobre la emoción y la acción. Aprender a generar pensamientos positivos y sustitución de los negativos.
- **Resolución de problemas y toma de decisiones.** Distinguir los componentes del proceso de solución de problemas y en qué consiste cada uno de ellos. Presentar un modelo de toma de decisiones. Aplicación de la técnica para solucionar problemas concretos. Conocer distintas distorsiones cognitivas. (Aznar, 2014)

2.3 DEPRESIÓN

2.3.1 DEFINICIÓN

La depresión es un trastorno caracterizando por la presencia de mucha tristeza, disminución incluso perdida de interés o placer, sentimientos de culpa o perdida de autoestima, cambios en los hábitos del sueño llevando a insomnio, o del apetito, sensación de fatiga y falta de concentración (Cordero, 2010).

La depresión puede llegar a ser crónica o recurrente, lo que dificulta el desempeño en el trabajo o la escuela y disminuye la capacidad para afrontar los problemas de la vida diaria. Cuando es muy grave, puede llevar al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (Vargas, 2016).

2.3.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN CONTEXTO GENERAL

Según la OMS, el Ecuador se encuentra en el puesto 11 de América Latina, en cuanto a prevalencia de depresión, siendo mayor en la población adulta que la joven, alcanzando el 7.5 % en mujeres, y el 5.5 % en hombres, con edad comprendida entre 55 y 74 años. (Metro, 2017)

Según datos de la OMS, la prevalencia de la depresión alcanza el 8 % en las personas jóvenes y cerca de 100 000 personas por año presentan depresión en algún momento de su vida; además el 80 % de los pacientes con enfermedades crónicas sufren depresión en cualquier etapa de esta por ser una crisis no normativa de perdida de la salud. Sin embargo, solo un porcentaje pequeño es diagnosticado de depresión, debido a la falta de capacitación al personal de salud o por desconocimiento de los síntomas por parte de los pacientes y de las crisis que pueden conllevar a esta enfermedad. (Gutiérrez, 2010)

La Organización Mundial de la Salud indica que, para el año 2020, la depresión se convertirá en la segunda causa principal de discapacidad a nivel mundial; principalmente en países desarrollados, ocupará el tercer lugar y, en países en vías de desarrollo como el Perú, dicha enfermedad ocupará el primer lugar. Asimismo, la OMS señala que más de 350 millones de individuos sufren este trastorno y que, a pesar de que la depresión es un trastorno mental tratable, la mayoría de las personas que la experimentan no solicitan ni reciben el tratamiento requerido. (Navarro, 2017)

Múltiples estudios han encontrado que la prevalencia de depresión leve oscila entre 9 % y 24 %, la depresión moderada ente el 5 % y el 15 % y la severa entre el 2 % y el 6,3 %. En todos los estudios es evidente el predominio del género femenino. (Gutiérrez, 2010)

2.3.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN ADULTOS JÓVENES Y UNIVERSITARIOS

En la población universitaria el mayor motivo de consulta en la atención psicológica que ofrece las oficinas de bienestar universitario en el país lo constituyen la depresión y la ansiedad. La prevalencia de depresión reportada por múltiples estudios realizados en población universitaria oscila entre el 25 % y el 50 %, y está determinado en parte por los diferentes instrumentos utilizados para su medición. (Gutiérrez, 2010)

La prevalencia de depresión mayor fue del 16.1 % en estudiantes universitarios de la ciudad de Cuenca, de 180 mujeres el 23.8 % presentó depresión mayor, y 173 hombres que alcanza el 8 %. (Aguilera, 2015)

2.3.4 FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN

Se ha determinado que, la depresión puede estar desencadenada por dos aspectos:

1. La suma de sucesos negativos que los pacientes no logran sobrellevar del todo.
2. También se presenta por carencia de algunos neurotransmisores.

Sucesos negativos: nos referimos a diversas interacciones entre factores de índole psicológico, biológico y social. (Quito, 2018)

PSICOLÓGICOS:

- Falta de autoestima (Quito, 2018)
- La dependencia del alcohol y otras sustancias ilícitas, manifiestan a una edad más temprana el inicio de la depresión, tasas de intentos de suicidio más altas, síntomas de ansiedad y depresión más peligrosos, aumento en los niveles de hipersomnia e ideación suicida, así como una pobre adherencia al tratamiento. (Quito, 2018)
- Las personas que han sufrido depresión durante su adolescencia y que tienden a desarrollar problemas psiquiátricos durante su adultez temprana se han definido como jóvenes que presentan episodios depresivos más severos, es decir, de mayor duración, con múltiples de ellos. En general, estos casos se caracterizan por elevados niveles de estrés, conflicto y dependencia interpersonal. (Ferrel et al, 2011)
- En lo psicológico hay un rol importante en la vulnerabilidad que puede tener una persona al caer en depresión. Las personas que tienen poca opinión de sí mismas, o que por varias veces se juzgan sí mismas o a quienes lo rodean con una actitud de pesimismo, o bien que se dejan embargar por las presiones, están propensas a la depresión, se ha demostrado la importancia que tienen los acontecimientos vitales estresantes como la pérdida de una relación importante por separación, divorcio o muerte en la aparición de una depresión. (Ferrel et al, 2011)

BIOLÓGICOS:

- Enfermedades físicas graves, incurables como VIH, discapacidad física o intelectual.

- Obesidad, afectando sobre todo al sexo femenino. (Quito, 2018)
- El déficit de neurotransmisores: se piensa que un tercio del riesgo a padecer de depresión es heredado y los dos tercios son de origen ambiental**.** (Quito, 2018)
- En el desarrollo de la depresión se pueden involucrar distintas estructuras anatómicas y diversas vías nerviosas. Las regiones más relacionadas son la corteza prefrontal, el hipocampo, la amígdala y el núcleo acumbens. (Sequeira, 2009)
- La mala regulación de monoaminas cerebrales, involucran neuroreceptores como: adrenoreceptores, sistemas dopaminérgicos, el eje hipotalámico hipofisario suprarrenal (HHS), las citoquinas, las neurtrofinas y neurogénesis. (Sequeira, 2009)
- Desequilibrio enla hiperactividad del eje, las alteraciones en transmisión con las aminas, cambios en vías de señalización con neurotrofinas, cambios regionales complejos con relación a la neurogénesis y los efectos sobre neurotrasmisión y el eje HHS sobre las citoquinas. (Sequeira, 2009)
- Las monoaminas como: noradrenalina (NA), adrenalina (A) y dopamina (DA), llamadas catecolaminas, que se sintetizan de la tirosina; la serotonina (5-HT), es una indolamina, sintetizada a partir del triptófano. Son almacenadas en vesículas en la región terminal de las neuronas y liberadas durante el proceso de transmisión del impulso nervioso de una neurona a la otro. (Sequeira, 2009)
- La regulación de las aminas se realiza, mediante neuro transportadores de pendientes de Na+/Cl-, los cuales tienen dominios transmembrana y controlan la concentración del neurotransmisor mediante la rápida recaptura por parte de las terminales nerviosas, manteniendo así bajas concentraciones en el espacio sináptico. (Sequeira, 2009)
- Existen dos enzimas importantes para el metabolismo de las monoaminas: la monoamina oxidasa (MAO) y la catecol-O-metiltransferasa (COMT). La COMT en las neuronas monoaminérgicas se encuentra en niveles bajos o casi ausente, al contrario, la MAO se encarga de metabolizar las catecolaminas, lo que determina las cantidades de neurotransmisores almacenados y durante la transmisión. (Sequeira, 2009)
- Se propone que la enfermedad se debe a una deficiencia de la actividad monoaminérgica cerebral (déficit en la transmisión de serotonina, noradrenalina y dopamina en sitios claves). (Sequeira, 2009)

SOCIALES Y AMBIENTALES

- Desempleo, trabajos informales. o aquellos que viven en zonas urbanos marginales con condiciones medioambientales deplorables (Quito, 2018).
- Falta de afecto y apoyo social con historias de violencia familiar y/o sexual, tener poco apoyo familiar, haber presenciado al menos un evento traumático y haber hecho un intento de suicidio.
- En los hombres el trastorno depresivo es un problema que puede resultar complejo por pensamientos machistas de estoicismo, generando resistencia a pedir ayuda y en su defecto, toman medidas peligrosas de autocontrol, como actitudes de dependencia de alcohol y drogas, provocando que aquellos que lo padecen terminen con consecuencias fatales como el suicidio.
- Problemas familiares, problemas con la pareja, sentirse solos, poniendo como excusa que el suicidio es la única salida a sus problemas. Cabe recalcar que dichos problemas que referían fueron de violencia psicológica, física, y sexual. (Quito, 2018)

2.3.5 FACTORES DE PROTECTORES PARA DEPRESIÓN

La autoeficacia es la creencia y la percepción del individuo sobre sus capacidades, en base a cómo organiza y ejecuta sus actos, Bandura afirma que aquellos individuos con mayor autoeficacia tendrán más probabilidad de iniciar y persistir en una actividad, le permite a la persona no solo ejecutar sus actos, sino también establecer relaciones sociales saludables. (Serra et al, 2015).

La inteligencia emocional es el conjunto de habilidades personales, emocionales y sociales, que influyen en la capacidad para adaptarse y enfrentar las demandas especiales del medio, va a influir en la toma y el control de las estrategias de afrontamiento para hacer frente a determinadas situaciones que se le presentan a la persona en su vida (Góngora et al, 2009).

Los valores motivacionales: poder, logro, hedonismo, autodirección, estimulación, universalismo, benevolencia, tradición, conformidad y seguridad (Góngora et al, 2009).

La autoestima en la que la persona se autoevalúa en una escala que varía de lo positivo (autoafirmación) a lo negativo (auto-denigración). Se considera que una alta autoestima tiene una función hedónica o de bienestar general. Extensas investigaciones han encontrado que una alta autoestima tiene efectos beneficiosos para las personas, en tanto se sientan bien con

respecto a sí mismas, a su vida y a su futuro. Se asocia a un mejor desempeño laboral, resolución de problemas, extraversión, autonomía, autenticidad y a varios tipos de fenómenos interpersonales positivos: conducta prosocial, satisfacción en las relaciones y desempeño positivo en grupos. La autoestima puede ser vista como una importante variable, particularmente cuando las personas enfrentan y pasan por diversos problemas y desafíos de la vida, ya que ha de mostrado jugar un rol importante en ayudar a las personas a enfrentar las situaciones estresantes actuando como almacenamiento de sentimientos positivos (Góngora et al, 2009).

2.3.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. Los síntomas de depresión:

- Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces.
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.
- Cambio grande en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
- Cansancio y falta de energía.
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa.
- Dificultad para concentrarse
- Movimientos lentos o rápidos.
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales.
- Sentimientos de desesperanza y abandono.
- Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio.
- Pérdida de placer en actividades que suelen hacerlo feliz, incluso la actividad sexual. (Cordero, 2010)

SÍNTOMAS AFECTIVOS

- **Tristeza patológica o humor depresivo.** Tiene cualidad negativa, y se expresa como pena, vacío, desesperación, y en casos extremos como falta de sentimientos. En algunas ocasiones puede quedar oculta por otros síntomas.
- **Anhedonia.** Es la dificultad para obtener recompensa grata de aquello que resultaba placentero. Lleva al aislamiento y a la pasividad.

- **Ansiedad secundaria a depresión.** Representa miedo intenso e injustificado a que ocurra algo malo y temible, obliga a un continuo estado de alerta, desasosiego y desesperación, que impulsa a pedir ayuda.
- **Irritabilidad.** Aparece como reacciones de conductas violentas, injustificadas y desproporcionadas. Conduce al aislamiento social.
- **Disforia.** Es una sensación difusa de malestar general, una mezcla de sentimientos negativos: malhumor, angustia, ansiedad, irritabilidad.
- **Apatía.** Que el paciente manifiesta como indiferencia total. (López, 2006)

SÍNTOMAS COGNITIVOS

- **Alteraciones del pensamiento.** Curso lento, indeciso y monótono, con dificultad para concentrarse y discurrir. El contenido del pensamiento está invadido por ideas negativas de ruina, inutilidad, pesimismo o culpa que conducen a la desesperación. Son distorsiones del entorno (que depara malos augurios) y de uno mismo (como persona indigna). Pueden aparecer ideas recidivantes de muerte o de suicidio.
- **Alteraciones cognoscitivas.** Asociadas o no a cuadros de demencia en ancianos y ocasionalmente en jóvenes. En general traducen peor pronóstico. Se presentan como desorientación, alteraciones de memoria, de la capacidad de aprendizaje y de la atención. (López, 2006)

SÍNTOMAS SOMÁTICOS

La suma de síntomas somáticos y la gravedad de estosestán relacionadas con la gravedad de la depresión:

- **Trastornos vegetativos.** Astenia, cefaleas atípicas, algias músculo-esqueléticas, pérdida de peso, trastornos digestivos (dispepsia, estreñimiento, pérdida de apetito etc.), trastornos cardíacos (dolor precordial, taquicardia), dela libido, del equilibrio, o alteraciones del sueño con distintos tipos de insomnio o hipersomnia.
- **Trastornos de los ritmos vitales.** Aparecen de formavariable y no en todos los pacientes: alteraciones del ritmo sueño/vigilia, del ritmo circadiano con empeoramiento matutino de los síntomas y alteraciones según ritmo estacional con recuperaciones en el período invernal. (López, 2006)

SÍNTOMAS CONDUCTUALES

Alteraciones en la actividad psicomotora. Con repercusión en toda la dinámica corporal: mímica de la cara, movimientos aislados o combinados, apariencia general, postura, alteración en la marcha, lenguaje (lento, de pobre iniciativa, mutismo) o disminución del rendimiento, u otras conductas de inhibición como tendencia al aislamiento, al llanto, intentos de suicidio y suicidio aparecen en la depresión. También puede relacionarse con conductas agresivas, violentas o de histeria y, en algunos casos de depresión, en lugar de inhibición hay agitación psicomotora. (López, 2006)

2.3.7 TIPOS DE DEPRESIÓN. CLASIFICACIÓN

EPISODIO DEPRESIVO

El tipo más común y típico de depresión es el episodio depresivo. Un episodio depresivo puede empezar rápidamente en algunos días o más lentamente durante unas semanas, y suele tener una duración de varias semanas o meses. Algunos de los síntomas depresivos deben de estar presentes de manera continua al menos durante 2 semanas para poder hablar de un episodio depresivo. La mayoría de las personas que experimentan un episodio depresivo, tendrán más. (Cordero, 2010)

TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE

Cuando hay una recurrencia de un más de un episodio depresivo, hablamos de trastorno depresivo recurrente. (Cordero, 2010)

DISTIMIA

La distimia se caracteriza por sintomatología depresiva menos severa en comparación con la de un episodio depresivo o del trastorno depresivo recurrente. A pesar de esto, el trastorno se inicia normalmente en la adolescencia y es persistente, ya que los síntomas suelen durar desde al menos dos años hasta décadas. Algunas personas con este trastorno a veces sufren adicionalmente episodios depresivos. En estos casos donde aparece distimia más episodios depresivos, se diagnostica doble depresión. (Cordero, 2016)

DEPRESIÓN BIPOLAR

Llamado tambiéntrastorno maniaco-depresivo por lo que es un trastorno severo. Es menos frecuente que los trastornos unipolares. Existen dos tipos: bipolar I y bipolar II.

- **Trastorno bipolar I** sufren episodios tanto depresivos como maníacos. Los episodios maníacos pueden aparecer después de haber tenido diversos episodios depresivos, por lo que el diagnóstico inicial de depresión unipolar se debe cambiar a trastorno bipolar. Este cambio en el estado de ánimo puede ocurrir muy rápido (de la noche a la mañana) después de un episodio depresivo o después de meses o años de un estado de ánimo normal. Las fases maníacas se caracterizan por un estado de ánimo excesivamente elevado, conectado con hiperactividad, inquietud, irritabilidad, locuacidad y disminución de la necesidad de dormir.

  La manía afecta al pensamiento, juicio y comportamiento social, causando problemas serios y dificultades. La práctica sexual indiscriminada e insegura, o las decisiones financieras imprudentes, son algunas de las conductas habituales de una fase de manía. La mejor manera de describir esta "confusión emocional" alternante es "pasar de estar en la cima del mundo a estar en las profundidades de la desesperanza".

- **Trastorno bipolar II.** Si los síntomas maníacos son menos pronunciados y no provocan problemas psicosociales, no diagnosticamos un episodio maníaco, sino hipomaníaco. Algunas veces, los episodios hipomaníacos ocurren inmediatamente después de un episodio depresivo. (Chiriboga, 2016)

DEPRESIÓN PSICÓTICA

Un tipo especial de depresión es la llamada depresión psicótica o delirante. La depresión psicótica se caracteriza por ideas o pensamientos falsos (delirios) y, a veces también por alucinaciones. Los delirios suelen estar centrados en sentimientos de culpa desproporcionados (por ejemplo, "sólo soy una carga para mi familia" o "he cometido un error terrible"), o centrados en un miedo exagerado de estar económicamente arruinados (delirio de pobreza), o centrados en el miedo exagerado de padecer una enfermedad severa e incurable (delirio hipocondríaco). Los delirios suelen estar presentes, aunque haya evidencias de lo contrario (por

ejemplo, disponer dinero suficiente). Los pacientes con depresión psicótica casi siempre necesitan ingresar en una unidad de psiquiatría debido a la severidad de este trastorno y al alto riesgo de suicidio. La depresión psicótica puede aparecer tanto en depresión unipolar como bipolar. (Arrieta, 2014)

DEPRESIÓN ATÍPICA

Los pacientes con esto tienen los mismos síntomas depresivos que los pacientes con depresión típica, con dos excepciones: mientras que los pacientes con depresión típica experimentan una falta de apetito (a menudo seguida de una pérdida de peso) y dificultades para dormirse, los pacientes con depresión atípica muestran incremento del apetito y la ingestión dealimentos e incremento de la necesidad de dormir (hipersomnolencia). Dándose en la uni y bipolar. (Chiriboga, 2016)

TRASTORNO AFECTIVO ESTACIONAL

Los pacientes con trastorno depresivo estacional (SAD, por sus siglas en inglés), muestran los síntomas atípicos descritos en la depresión atípica y, además, los sufren solamente durante una cierta estación del año, en la mayoría de los casos otoño o invierno. Normalmente, cuando las fases depresivas acaban, la persona suele volver a su estado anímico y funcionamiento normal (Cordero, 2010).

2.3.8 IDENTIFICACIÓN O DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN

El facultativo en primer nivel de atención puede establecer un diagnóstico de depresión a partir de lo siguiente:

- **Exploración física.** Buscar signos de somatización que afecte el estado físico del paciente.
- **Análisis de laboratorio.** Realizar un examen completo, sin olvidarnos de las pruebas tiroideas que son muy importantes como descarte de patología.
- **Evaluación psiquiátrica.** preguntar acerca de los síntomas, tipo de pensamientos, los sentimientos y patrones de conducta
- **DSM-5.** Utilización de los criterios que se describen en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (Manual Diagnóstico y Estadístico de los

Trastornos Mentales DSM-5), publicado por la American Psychiatric Association (Asociación Estadounidense de Psiquiatría). (Casquero, 2006)

Podemos utilizar la mnemotecnia **PSICACES:**

- ✓ **P**sicomotricidad disminuida o aumentada.
- ✓ **S** ueño alterado (aumentado o disminuido)
- ✓ **I** nterés reducido (pérdida de la capacidad del disfrute)
- ✓ **C** oncentración disminuida.
- ✓ **A** petito y peso (disminución o aumento)
- ✓ **C**ulpa y auto reproche
- ✓ **E**nergía disminuida, fatiga
- ✓ **S** uicidio.

2.3.9 MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DEPRESIÓN

Se ha plasmado un gran esfuerzo al desarrollo de técnicas de detección temprana para personas con alto riesgo clínico de desarrollo de enfermedad mental, e intervenciones precoces para prevenir o retrasar la progresión a la enfermedad completa.

Un ejemplo es el desarrollo de diversas herramientas de detección son historias narrativas, baterías de pruebas neuropsicológicas y cuestionarios de evaluación de síntomas, entre otros. En China, un programa de prevención de la depresión que tuvo como objetivo educar a escolares para el desarrollo de pensamientos positivos, resolución de conflictos y habilidades en la toma de decisiones, mostró eficacia en la reducción de los síntomas depresivos. (Irarrázaval, 2016)

El éxito de la intervención viene definido por la reducción en la sintomatología depresiva y, fundamentalmente, por la reducción en el comienzo de nuevos episodios depresivos. (Vásquez, 2014)

La terapia cognitivo-conductual demuestra ser una buena estrategia para la prevención de la depresión en adolescentes con alto riesgo, el objetivo es realizar un diagnóstico temprano o hallar factores de riesgo que pueden conllevar a esta patología. En los adultos, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal pueden promover el funcionamiento adaptativo y prevenir o retrasar la aparición de la depresión en grupos de riesgo para depresión. Los

ejercicios de yoga y de alta energía pueden mejorar el estado de ánimo y también ayudar a reducir los síntomas de ansiedad y depresión. (Irarrázaval, 2016)

2.3.9.1 Promoción de salud para evitar la depresión

Tomando como base la carta de Ottawa de Promoción de la Salud, las actividades de promoción de la salud mental conllevan la creación de condiciones individuales, sociales y del entorno que permiten un desarrollo psicológico y fisiológico óptimo para mejorar la calidad de vida.

Según la Carta de Otawa para la promoción de la Salud (OMS 1986), las estrategias de acción deben estar definidas para:

- Conformar políticas públicas saludables
- Crear ambientes de apoyo
- Fortalecer la acción comunitaria
- Desarrollar habilidades personales
- Reorientar los servicios de la salud.

Por su parte la prevención de los trastornos mentales se basa en los principios de salud pública, y se caracteriza por su enfoque en la reducción de factores de riesgo y la promoción de factores de protección relacionados con un trastorno mental o problema de conducta, con el objetivo final de reducir su prevalencia e incidencia. (OMS, 2004)

Aunque la prevención y promoción en salud mental se han considerado a veces como dos enfoques diferentes, los dos comparten tanto analogías estructurales como una relación funcional y un objetivo común: mejorar la salud mental. (Jané-Llopis, 2018)

La atención primaria de salud, la educación preescolar, la escuela y el lugar de trabajo, ofrecen oportunidades para la detección y las intervenciones tempranas en salud mental. Las intervenciones en estos ambientes exigen una respuesta multisectorial que involucren diversas disciplinas, como la medicina, la educación, la psicología, el trabajo social, la salud pública y la participación en la prestación de servicios. Dada la escasez de profesionales de todas las disciplinas en países de ingresos medio y bajo, la participación de personas de la comunidad local es esencial. (Irarrázaval, 2016)

2.3.9.2 Evidencia previa sobre la asociación entre el consumo de alcohol con ansiedad y depresión

En relación con la salud mental, se calcula que existen 450 millones de personas en el mundo que sufren actualmente de trastornos mentales, y que el gasto generado por estos puede equivaler al 3–4% del producto nacional bruto de los países desarrollados. Si entendemos por discapacidad la limitación producida por una deficiencia física o mental al interactuar con las barreras del entorno, nuestro desafío es levantar las barreras que tienen los pacientes para acceder y conseguir tratamiento, así como todas aquellas barreras (educacionales, laborales, de vivienda y alojamiento, entre otras) que generen discapacidad mental (Mejía, 2016).

La depresión estuvo estrechamente asociada al consumo alcohólico de riesgo, resultado que concuerda con los hallazgos de estudios realizados en México y Ecuador, donde utilizaron una población similar e identificaron mayor prevalencia de depresión en los consumidores alcohólicos de riesgo (Mejía, 2016).

En un estudio se aplicaron a 769 estudiantes los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, se pudo observar que 8% de los estudiantes están experimentando niveles moderados y severos de sintomatología depresiva, mientras que 28% sufre de ansiedad en niveles moderados y severos. Los síntomas de depresión experimentados con mayor frecuencia e intensidad fueron: Dificultad para dormir (51%), irritabilidad (48%) y cansancio (44%). Los síntomas de ansiedad más frecuentes e intensos fueron dificultad para relajarse (68%) y nerviosismo (64%). Por otra parte, 27% de los estudiantes ha consumido alcohol en exceso en el último mes. Con base en lo anterior se pudo concluir que una parte importante de los estudiantes presenta problemas emocionales principalmente relacionados con ansiedad y consumo de alcohol que deben ser atendidos para facilitar la conclusión de sus estudios universitarios. (Echeverría, 2014)

En un estudio realizado a estudiantes de Medicina de la Universidad Javeriana se evaluó la asociación entre la presencia de depresión o ansiedad, utilizando las escalas de Zung y el desempeño académico, y el riesgo de alcoholismo según la escala de CAGE. Se encontró asociación positiva entre un desempeño académico regular y la presencia de depresión severa con un RRR de 4,65, además se encontró asociación negativa entre reprobar y ansiedad leve con un RRR de 0,04. Se encontró abuso de alcohol en el 23,04 % de los estudiantes, además

se observó una mayor prevalencia de depresión en los abusadores alcohol, al igual que los alumnos con ansiedad. (Bohórquez, 2007).

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

LISTADO DE VARIABLES

Variable dependiente

- Ansiedad
- Depresión

Variables independientes

- Consumo de riesgo de alcohol
- Dependencia de alcohol

Variables intervinientes

- Edad
- Sexo
- Facultad – Carrera.
- Nivel socio económico.
- Migración

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA/ CATEGORÍA	INDICADOR	FUENTE
SEXO	Características fenotípicas que diferencian a hombre y mujer		Cualitativa	Masculino Femenino	FA,% masculino FA,% femenino	Encuesta
FACULTAD	Centro docente donde se imparten estudios superiores especializados en alguna rama del saber.		Cualitativa	Medicina, etc.	Frecuencia absoluta, porcentaje	Encuesta
SINTOMAS ANSIEDAD	Respuesta de anticipación involuntaria ante estímulos externos o internos	Ánimo ansioso, inquieto, que no permite concentrarse.	Cuantitativa transformada a categórico	**0 a 7:** ausencia de ansiedad y/o depresión clínicamente relevante **8 a 10:** requiere consideración, caso probable. **11 al 21:** presencia de sintomatología relevante. Caso de ansiedad o depresión	Frecuencia absoluta, porcentaje	Escala HAD
SINTOMAS DE DEPRESIÓN	Trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente que cursa con abatimiento, infelicidad y culpabilidad.	Ánimo deprimido la mayor parte del día. Falta de interés marcado en las actividades. Aumento o disminución del apetito.	Cuantitativa transforma a categórico	**0 a 7:** ausencia de ansiedad y/o depresión clínicamente relevante **8 a 10:** requiere consideración, caso probable. **11 al 21:** presencia de sintomatología relevante. Caso de ansiedad o depresión	Frecuencia absoluta, porcentaje	Escala HAD
CONSUMO DE ALCOHOL	Consumo de bebidas alcohólicas al menos una vez por semana. Consumo riesgoso. Síntomas de dependencia. Consumo perjudicial.	Ha consumido alcohol alguna vez en su vida	Cualitativa	Si No	Frecuencia absoluta, porcentaje	Escala AUDIT
		Qué edad tenía cuando tomó alcohol por primera vez	Cuantitativa			
		Ha consumido alcohol los últimos 30 días	Cualitativa	Si No		
		Con qué frecuencia consume alcohol	Cuantitativa transformada a intervalos	1 vez al mes o menos 2 a 3 veces a la semana 2 a 4 veces al mes 4 o más veces a la semana		
		Cuántos tragos suele tomar cuando bebe alcohol	Cuantitativa con intervalos	1 o 2 3 o 4 5 o 6 7 a 9 10 o más		

		Durante el último año: Con que frecuencia a tomado más de 6 tragos en un día	Cuantitativa transformada a categórica	Nunca Menos de una vez al mes Mensual Semanal Diario		
		Durante el último año: Con que frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que empezó	Cuantitativa transformada a categórica	Nunca Menos de una vez al mes Mensual Semanal Diario		
		Durante el último año: Con que frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido	Cuantitativa transformada a categórica	Nunca Menos de una vez al mes Mensual Semanal Diario		
		Durante el último año: Con que frecuencia necesitó beber en ayunas para recuperarse luego de haber bebido	Cuantitativa transformada a categórica	Nunca Menos de una vez al mes Mensual Semanal Diario		
		Durante el último año: Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior	Cuantitativa transformada a categórica	Nunca Menos de una vez al mes Mensual Semanal Diario		
		Últimos 30 días Qué tipo de bebida consumió y con qué frecuencia: cerveza, vino, espumantes, tragos fuertes solos o combinados	Cuantitativa transformada a categórica	Diario Fin de semana Algunos días de la semana Una vez al mes Nunca		
		Dónde consume alcohol con más frecuencia	Cualitativa	En mi propia casa En casa de mis amigos En la universidad En lugares cerca de la universidad En el trabajo En una tienda En el parque o zonas recreativas En fiestas, bares o discotecas En eventos		

				Otro		
		Con quién consume más frecuentemente alcohol	Cualitativa	Amigos Familiares Solo Otro		
		Tiene amigos o familiares que se emborrachen	Cualitativa	No Amigos Familiares		
NIVEL SOCIO ECONÓMICO	Situación económica en la que se encuentra una persona en relación de si necesita de alguien para subsistir	Como sustenta su vida estudiantil	Cualitativa	Pagan mis padres Autofinanciado Beca de la universidad o del estado Crédito educativo	Frecuencia absoluta, porcentaje	Encuesta socio demográfica
		Cómo calificaría su situación económica	Cualitativa	Muy buena Buena Regular Mala Muy mala		

3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Transversal analítico.

3.3 POBLACIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio forma parte de una investigación más amplia titulada "Hábitos y estilos de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con variables clínico-nutricionales y psicosociales", la misma que tiene como objetivo determinar la asociación entre el estado nutricional, salud mental y salud sexual, con los hábitos y estilos de vida desarrollados por los estudiantes universitarios; se tomó como base a los estudiantes del primer semestre de la PUCE en las sedes de Quito, Santo Domingo, Ibarra, Portoviejo y Chone durante junio a diciembre del 2018.

3.4 MUESTRA POBLACIONAL

La muestra se seleccionó mediante un muestreo por conglomerados por facultad y paralelo a partir de la base de datos de la Dirección de Admisiones y de las listas generadas para el primer nivel de todas las carreras por las secretarias de cada Unidad Académica.

El cálculo de la muestra parte del tamaño de la población estudiada que son 2693 estudiantes en primer nivel, con una proporción esperada del efecto 22% (prevalencia de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios, según Abamabari, 2013) un nivel de confianza del 95% y error muestral del 2%. El tamaño de la muestra calculado fue 1384 estudiantes, considerando una pérdida del 5%, el tamaño de la muestra final fue 843 estudiantes de primer nivel de las sedes Quito, Ibarra, Portoviejo, Santo Domingo y Chone de la PUCE.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiantes regulares de pregrado
- Edad de 18 a 25 años
- Sujetos aparentemente sanos

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Discapacidad física.
- Enfermedades crónicas no transmisibles diagnosticadas (HTA, diabetes).
- Pacientes con diagnóstico de trastornos mentales (esquizofrenia, depresión).
- Trastorno obsesivo compulsivo, bipolaridad, anorexia y bulimia, etc.).
- Alteraciones hormonales (hipotiroidismo).

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE MUESTRA

Test de AUDIT: Llamado Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, y describe cómo utilizarlo para identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. Fue (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. También proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo. Las preguntas 1 a 3 están relacionadas con el consumo riesgoso de alcohol, las preguntas 4 a 6 están relacionadas con síntomas de dependencia del alcohol, finalmente, las preguntas 7 a 10 consideran problemas relacionados con el consumo perjudicial de alcohol (Escoto, 2019).

Su interpretación consta de: Puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo. Puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado. Puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol (Escoto, 2019).

El AUDIT ayudará al clínico a identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia de alcohol, posee una sensibilidad de 90% y especificidad de 80% a nivel mundial (Escoto, 2019).

Escala de HAD: La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar ansiedad y depresión en enfermos físicos y mentales, y también en

población general. Con esta escala se han registrado las respuestas emocionales de ansiedad y depresión en amplias muestras de población sana adolescente, de estudiantes universitarios, de adultos y personas de tercera edad. Consta de 14 ítems, 7 corresponden a depresión y 7 a ansiedad. Las opciones de respuesta son tipo Likert que oscilan del cero a tres, dando un puntaje mínimo de cero y un puntaje máximo de 21 para cada subescala. Originalmente, los puntos de corte de 0 a 7 implican la ausencia de ansiedad y/o depresión clínicamente relevante, de 8 a 10 que requiere consideración y del 11 al 21 la presencia de sintomatología relevante y un probable caso de ansiedad y/o depresión (Martínez, 2011).

3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

De acuerdo a la información obtenida a través de las escalas de medición y la encuesta, se realizó un análisis de las variables utilizadas y su relación con los resultados obtenidos interpretados en tablas y gráficas, que permitieron dar respuesta al planteamiento del problema.

Se realizó análisis descriptivo de cada una de las variables, se determinaron medidas de asociación entre consumo de alcohol y ansiedad y depresión mediante cálculo de razones de prevalencia con sus respectivos intervalos de confianza. Se consideró significativo un valor $p<0,05$. Se efectuó regresión logística univariada y multivariada para consumo de alcohol y ansiedad y depresión, ajustada por las variables sexo, edad, nivel socioeconómico, migración, facultad de estudio. Se utilizó el programa estadístico IBM SPSS versión 25.

3.9 ASPECTOS BIOÉTICOS

Propósito del estudio

La población estudiantil que ingresa a la vida universitaria está inmersa en un proceso de transición y de ajustes a nivel personal e interpersonal, lo cual puede repercutir en su desempeño académico y producir conductas de riesgo, como es el consumo riesgoso de alcohol y a su vez padecer ansiedad, depresión.

Procedimiento

- La recopilación de datos se realizó respetando la autonomía del alumno previo consentimiento informado en el formulario elaborado para el estudio.

- Las palabras utilizadas en el formulario se han elaborado utilizando términos sencillos y de corta duración para prevenir alteraciones como fatiga mental, cansancio, desconcentración entre otras situaciones que afecten la salud de los participantes.

- Las bases de datos impresas y digitales se mantienen bajo estricto resguardo salvaguardando la integridad y confidencialidad de los datos.

Obtención del consentimiento informado

La obtención del consentimiento informado se realizó acorde a los principios fundamentales establecidos por la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de Salud en donde manifiesta dos propósitos fundamentales que son:

- Asegurar que la persona controle la decisión de si participa o no en una investigación clínica.
- Asegurar que la persona participe sólo cuando la investigación sea consistente con sus valores, intereses y preferencias (Organización Panamericana de la Salud & Organización mundial de la Salud, n.d.).

En la elaboración del estudio se procedió a:

- Informar al alumno sobre el tema de estudio, las implicaciones y aportaciones al realizarlo.
- Si el participante acepta de manera verbal se procede a la firma del consentimiento informado y se aplicará el formulario para la recolección de datos.
- Si el alumno no desea participar o durante el proceso desea retirarse tendrá todo el derecho de hacerlo sin modificar la atención, trato o seguimiento en el Universidad.

Confidencialidad de la información.

Los datos recolectados durante el estudio se salvaguardaron con absoluta confidencialidad. Respetando lo mencionado en la Declaración de Helsinki tomado del literal B, numeral 11 que establece: "En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación" (Asociación Médica Mundial, 2008).

Por tales razones los datos recolectados se mantienen en espacios exclusivos y únicamente disponibles para los autores del estudio.

Autorizaciones para el estudio:

Este estudio ha sido autorizado por la Dirección General de estudiantes, (Anexo 4) Comité de ética de investigación en seres humanos de la PUCE. (Anexo 5)

3.10 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

De acuerdo a la información obtenida a través de las escalas de medición y la encuesta, se realizó un análisis de las variables utilizadas y su relación con los resultados obtenidos interpretados en tablas y gráficas, que permita dar respuesta al planteamiento del problema.

Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables, se determinaron medidas de asociación entre consumo de alcohol y ansiedad y depresión mediante cálculo de razones de prevalencia con sus respectivos intervalos de confianza. Se consideró significativo un valor $p<0,05$. Se efectuó regresión logística univariada y multivariada para consumo de alcohol y ansiedad y depresión, ajustada por las variables sexo, edad, nivel socioeconómico, migración, facultad de estudio. Se utilizó el programa estadístico IBM SPSS versión 25.

3.11 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

Recursos necesarios

- Recursos humanos

Las personas directamente relacionadas son:

- Rivadeneira, M. MD, PhD. Docente de Facultad de Medicina, Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Ortiz, V. MD, Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Robalino, A. MD, Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria.

Indirectos:

- Alumnos participantes del estudio

Materiales:

INSUMO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO (USD)	COSTO TOTAL (USD)
Impresiones de encuestas	1460	$0.03	$43.8
Impresión de tesis	300	$0.05	$15
Presupuesto PUCE del proyecto macro de investigación (Convocatoria PUCE 2017)	1	$35,000	$35,000
Presupuesto del personal de apoyo	3	$400	$1,200
TOTAL	-	-	$ 36,258.80

3.12 CRONOGRAMA DE TRABAJO

	2018											2019								
	Feb	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Agt**	**Sep**	**Oct**	**Nov**	**Dic**	**Ene**	**Feb**	**Mar**	**Abr**	**May**	**Jun**	**Jul**	**Agt**	**Sep**
Elaboración del protocolo	X	X	X	X	X															
Aprobación protocolo					X															
Recolección de datos					X	X	X	X												
Digitación de datos					X	X	X	X	X											
Validación de datos										X	X	X	X	X	X	X				
Análisis de los datos																	X	X	X	
Discusión y conclusiones																			X	X
Elaboración de informe final																			X	X
Presentación de tesis																			X	X
Defensa de tesis																				X

CAPITULO IV

RESULTADOS

Se investigaron 843 estudiantes de primer nivel de cinco sedes de la PUCE. En la tabla 1 se muestran las características socio demográficas de los estudiantes, el 57.7 % (n=486), de la muestra corresponde a mujeres y el 42.3% son hombres (n=357), un 96.6% (n=814), son estudiantes solteros, con una situación económica buena el 42.5% (n=358), y regular el 52.6% (n=443). El 77.1% (n=650) de estudiantes no migraron de ciudad para estudiar en las diferentes carreras. (Tabla 1)

Tabla 1. Características sociodemográficas de los Estudiantes de Primer nivel de PUCE, 2018 (n=843)

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	357	42.3%
Femenino	486	57.7%
Estado civil actual		
Casado	21	2.5%
Soltero	814	96.6%
Divorciado	0	0.0%
Convive- Unión libre	7	0.8%
Viudo	1	0.1%
Edad		
Adolescente	493	58.5%
Adultos Jóvenes	350	41.5%
Ocupación		
Estudiante	788	93.5%
Estudia y trabaja	39	4.6%
No sabe, no responde	5	0.6%
¿Cómo calificaría su situación económica?		
Muy buena	20	2.4%
Buena	358	42.5%
Regular	443	52.6%
Mala	20	2.4%
Muy mala	2	0.2%
¿En qué ciudad estaba Ud. Residiendo antes de comenzar a estudiar la Universidad?		
Esta misma	650	77.1%
Migré de otra ciudad	193	22.9%

Elaborado por: Ortiz V., Robalino A.

Fuente: Base de datos del MacroProyecto de investigación: Hábitos y estilo de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con las variables nutricionales y psicológicas.

El 68% (n=573) de los encuestados pertenecían a la sede Quito, seguido de Ibarra con el 19.2% (n=162) de la muestra, Santo Domingo con el 10%, (n=84)Portoviejo 1.7% (n=14) y por ultimo Chone con el 1.2% (n=10) de la muestra total, además, 739 estudiantes reciben su financiamiento para sus estudios de sus padres, es decir que ellos pagan sus estudios, mientras que 51 estudiantes reciben algún tipo de beca de la universidad, 27 estudiantes se autofinancian es decir se pagan ellos mismos sus estudios y por último 50 estudiantes reciben un crédito educativo. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de la muestra según la sede y financiamiento de los Estudiantes de Primer nivel de PUCE, 2018 (n=843)

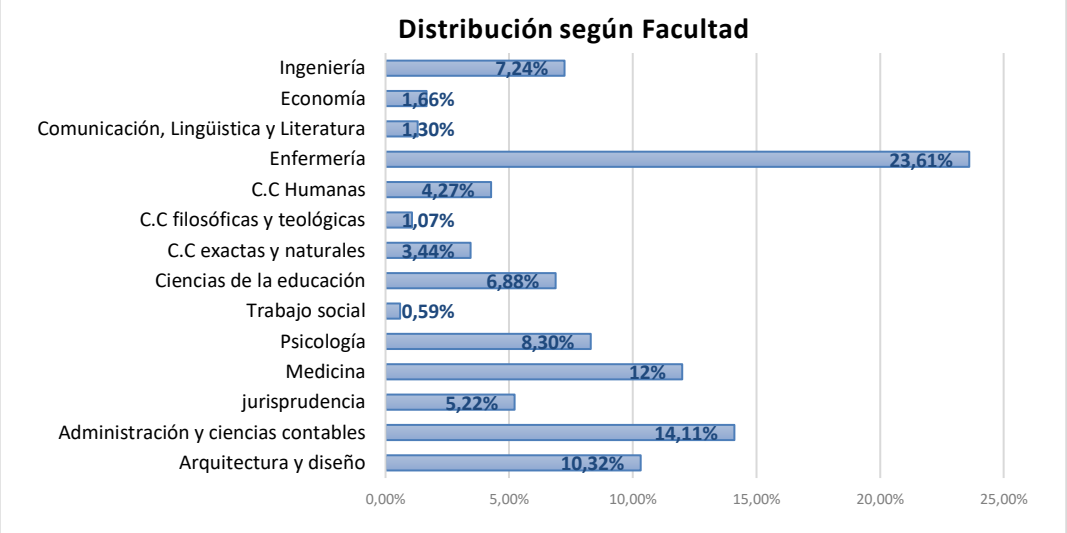
	Frecuencia	**Porcentaje**
Sede		
Quito	573	68%
Santo Domingo	84	10%
Ibarra	162	19.2%
Portoviejo	14	1.7%
Chone	10	1.2%
Financiamiento		
Pagan sus padres	739	87.7%
Recibe beca de la universidad o el estado	51	6%
	27	3.2%
Autofinanciado	50	5.1%
Crédito educativo		

Elaborado por: Ortiz V., Robalino A.

Fuente: Base de datos del MacroProyecto de investigación: Hábitos y estilo de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con las variables nutricionales y psicológicas.

La muestra está distribuida por las facultades de primer nivel de la PUCE, siendo la carrera de enfermería la de mayor participación, con un aporte del 23.6% (n=199) del total de la muestra. (Gráfico 1)

Gráfico 1. Distribución de los estudiantes de primer nivel de la PUCE, 2018 (n=843) según la facultad a la que pertenecen.



Elaborado por: Ortiz V., Robalino A.
Fuente: Base de datos del Macro Proyecto de investigación: Hábitos y estilo de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con las variables nutricionales y psicológicas.

Al preguntar sobre el consumo de alcohol, se observó que el 91.7% (n=773) de los estudiantes encuestados han tomado alcohol alguna vez en su vida, de los cuales el 57% (n=439) corresponde al género femenino mientras que el 43% (n=334) al género masculino, con un p=0.133, no es estadísticamente significativo ya que el sexo no influye en el consumo de alcohol dado que p>0.05.

En cuanto a la edad de inicio de consumo tenemos que más del 50% (n=417) inician su consumo de alcohol en la adolescencia media es decir entre los 15 y 16 años de edad con un valor p=0.006 lo que indica que es estadísticamente significativo, la edad influye en el consumo por primera vez de alcohol.

También se preguntó si en los 30 últimos días consumieron algún tipo de bebida alcohólica teniendo como resultado que el 76% (n=260) de los hombres y el 74% (n=284) de las mujeres si consumió dicha bebida, de los cuales el 79.3% (n=599) consume alcohol con sus amigos, con un valor p=0.00, y se puede afirmar con un 95% de probabilidad que es estadísticamente significativo, la compañía es influyente a la hora de consumir bebidas alcohólicas (Tabla 3).

Tabla 3. Patrones de consumo de alcohol en los Estudiantes de Primer nivel de PUCE, 2018 (n=843)

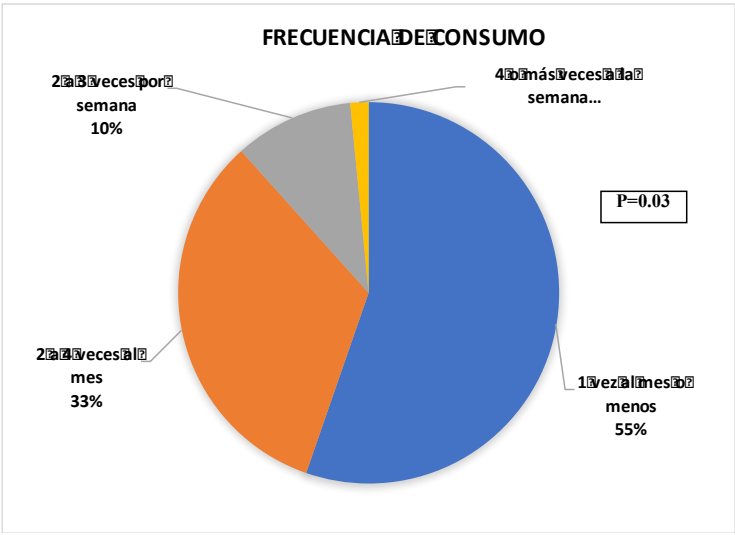
¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida?				Edad inicio consumo alcohol						¿Ha consumido alcohol en los últimos 30 días?		
	No	Sí	Valor p	Infancia	Adolescencia temprana	Adolescencia media	Adolescencia tardía	Adulto joven	Valor p	No	Sí	Valor p
Sexo												
Masculino	23 (6.44%)	334 (93.56%)	**0.13**	11 (3.4%)	34 (10.5%)	179 (55.4%)	91 (28.2%)	8 (2.5%)	**0.006**	80 (23.5%)	260 (76.5%)	**0**
Femenino	45 (9.30%)	439 (90.70%)		5 (1.2%)	28 (6.5%)	238 (55.2%)	156 (36.2%)	4 (0.9%)		161 (36.2%)	284 (36.8%)	
Sede												
Quito	41 (7.2%)	532 (92.8%)	**0.006**	13 (2.5%)	47 (9%)	303 (58%)	152 (29.1%)	7 (1.3%)	**0.298**	154 (28.4%)	388 (71.6%)	**0**
Santo Domingo	15 (18.3%)	67 (81.7%)		0 (0%)	4 (6.2%)	29 (44.6%)	31 (47.7%)	1 (1.5%)		41 (58.6%)	29 (41.4%)	
Ibarra	9 (5.6%)	153 (94.4%)		3 (2%)	10 (6.7%)	75 (50.3%)	57 (38.3%)	4 (2.7%)		41 (27%)	111 (73%)	
Portoviejo	2 (14.3%)	12 (85.7%)		0 (0%)	1 (11.1%)	6 (66.7%)	2 (22.2%)	0 (0%)		3 (25%)	9 (75%)	
Chone	1 (10%)	9 (90%)		0 (0%)	0 (0%)	4 (44.4%)	5 (55.6%)	0 (0%)		2 (22.2%)	7 (77.8%)	

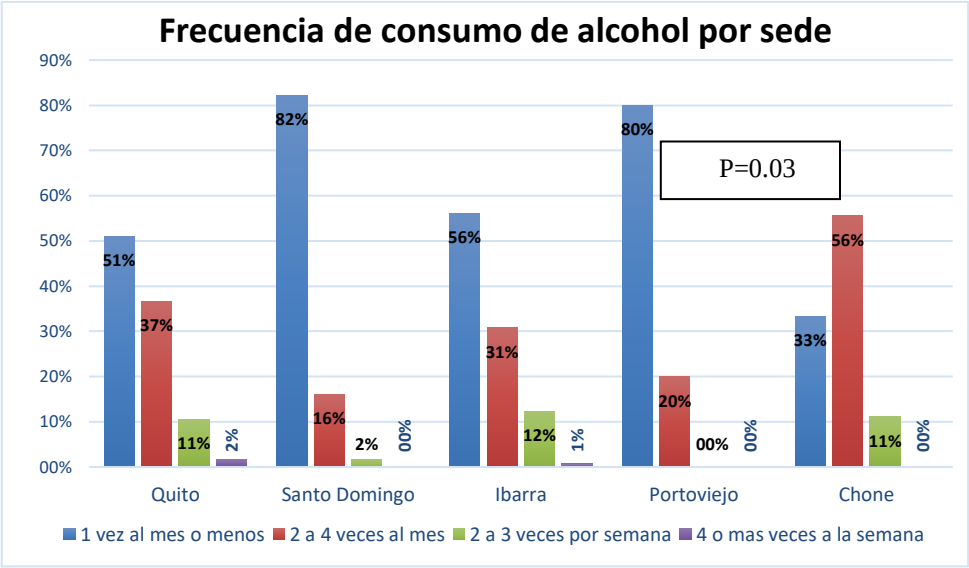
Elaborado por: Ortiz V., Robalino A.

Fuente: Base de datos del Macro Proyecto de investigación: Hábitos y estilo de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con las variables nutricionales y psicológicas.

Se evidencia una frecuencia de consumo de alcohol alta en todas las sedes, siendo Santo Domingo y Portoviejo (82% y 80% respectivamente) en donde se presenta la mayor frecuencia de consumo de bebidas alcóholicas con un patrón de una vez al mes o menos, seguida de Ibarra con un 56%, Quito con el 51% y Chone con el 33% (Gráfico 2). El patrón de consumo de 2 a 4 veces al mes muestra que la sede Chone y Quito (56% y 37% respectivamente) presentan la mayor frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, seguidas de Ibarra con el 31%, Santo Domingo el 16% y Portiviejo con el 20%.

Gráfico 2. Frecuencia de consumo de alcohol de los estudiantes de priemer nivel de la PUCE según la sede, 2018 (n=843)

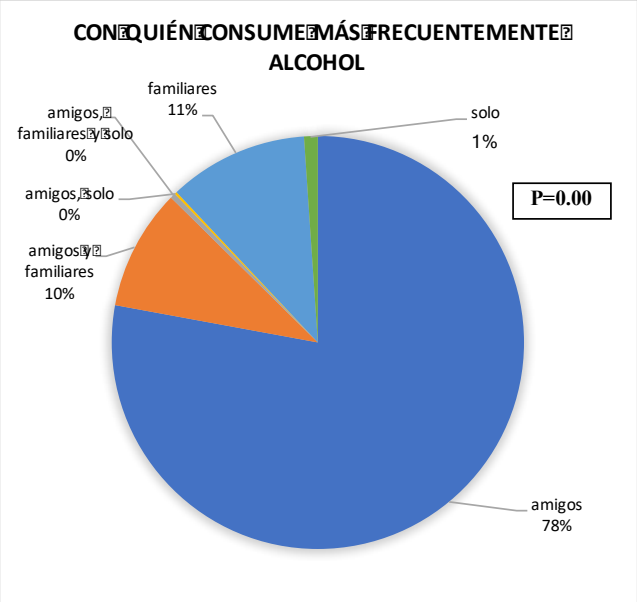


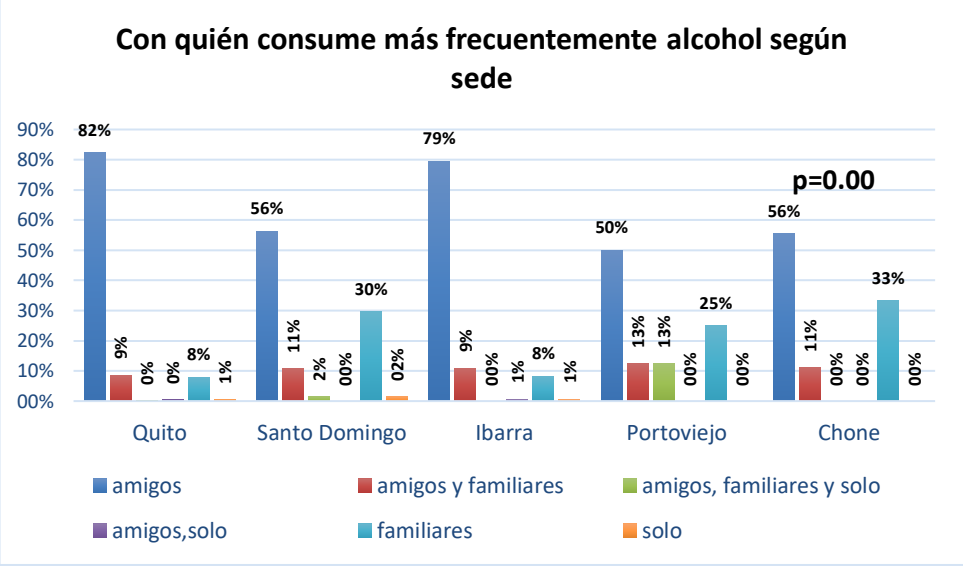


Elaborado por: Ortiz V., Robalino A.
Fuente: Base de datos del Macro Proyecto de investigación: Hábitos y estilo de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con las variables nutricionales y psicológicas.

En el gráfico 3 se observa que la mayor parte de estudiantes prefieren consumir alcohol con sus amigos, patrón evidente en todas las sedes teniendo que el 82% (n=438) de estudiantes de la sede Quito consume estas bebidas alcohólicas en compañía con sus amigos. En Ibarra el 79% ,Chone 56% y Santo Domingo el 56%, Portoviejo 50%, con un valor p=0.00 lo que me indica que la compañía influye al momento de consumir bebidas alcohólicas.

Grafico 3. Patrón de consumo de alcohol de estudiantes de primer nivel de la PUCE 2018, según Sede. (n=843)

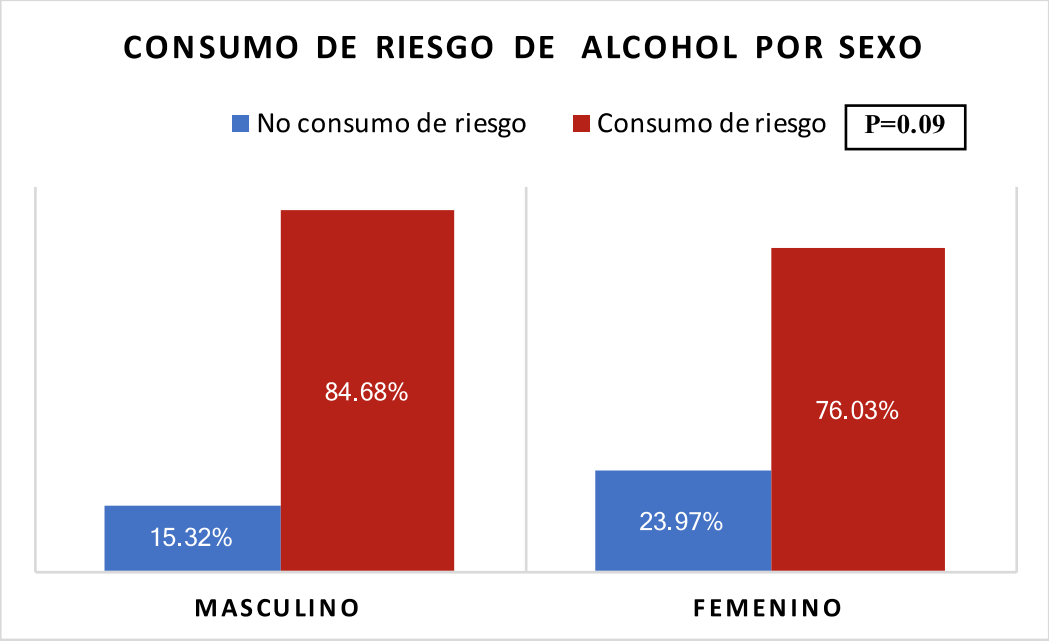




Elaborado por: Ortiz V., Robalino A.
Fuente: Base de datos del Macro Proyecto de investigación: Hábitos y estilo de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con las variables nutricionales y psicológicas.

Se indagó sobre la cantidad de alcohol que ingieren los estudiantes para determinar el riesgo de consumo obtenièndose que el 84.68% de hombres presentan consumo de riesgo (n=210), porcentage ligeramente menor en mujeres con un 76% (n=276), evidenciándose que los hombres preeentan mayor consumo de riesgo de alcohol en comparación con las mujeres. . (Gráfico 4)

Gráfico 4. Cantidad de alcohol que consumen Estudiantes de Primer nivel de PUCE, 2018 (n=843)

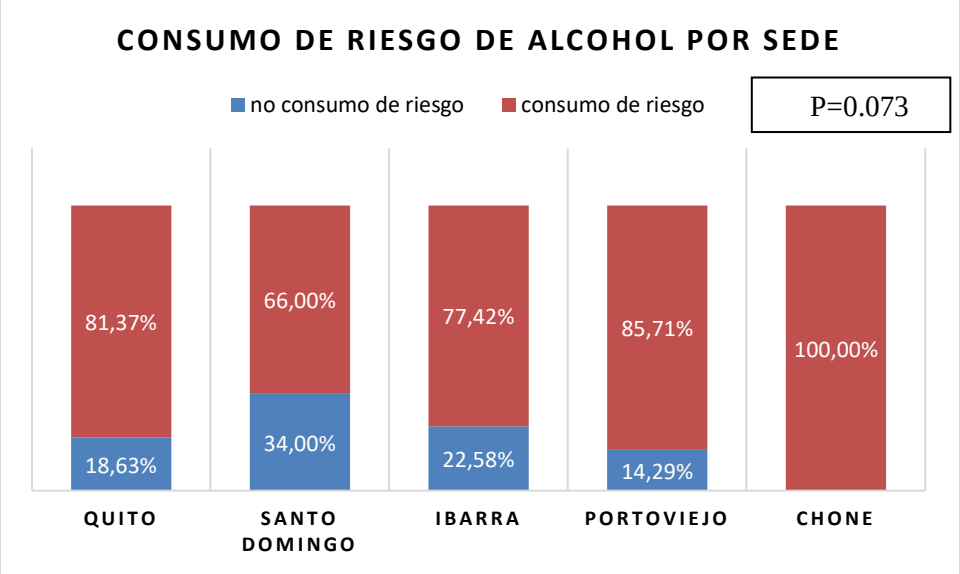


Elaborado por: Ortiz V., Robalino A.

Fuente: Base de datos del Macro Proyecto de investigación: Hábitos y estilo de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con las variables nutricionales y psicológicas.

En cuanto al consumo riesgoso de alcohol se obtuvo los siguientes resultados: En la sede Quito, el riesgo alcanza el 81% (n=345); Santo Domingo 66% (n=33); Ibarra 77% (n=96); Portoviejo 86% (n=6; Chone 100% (n=6), es decir la sede que más riesgo presenta es Chone ya que de los 6 estudiantes que se entrevistaron tienen un riesgo alto. (Gráfico 5)

Gráfico 5. Cantidad de alcohol que consumen Estudiantes de Primer nivel de PUCE, 2018 según sede.

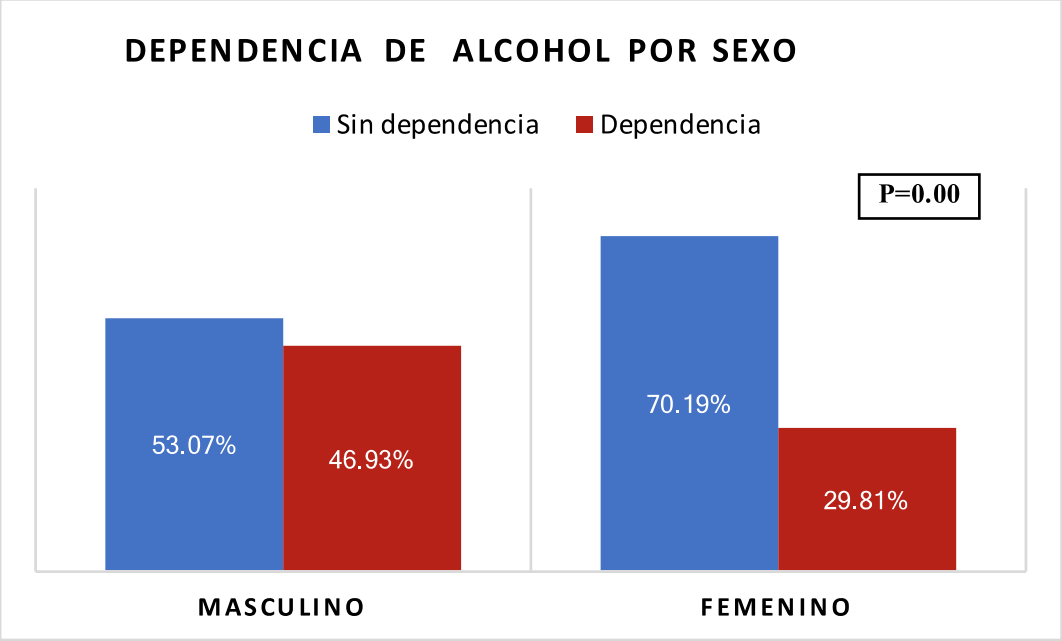


Elaborado por: Ortiz V., Robalino A.

Fuente: Base de datos del Macro Proyecto de investigación: Hábitos y estilo de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con las variables nutricionales y psicológicas.

En lo referente a la dependencia de alcohol según el sexo del estudiante universitario tenemos que los hombres alcanzan una dependencia del 46.9% (n=153), mientras que en las mujeres el 29.8% (n=127), con un valor p=0.00, por ende, los hombres tienen mayor prevalencia de dependencia de alcoholen comparación a las mujeres. (Gráfico 6).

Gráfico 6. Dependencia de alcohol en Estudiantes de Primer nivel de la PUCE, 2018 por sexo. (n=843)

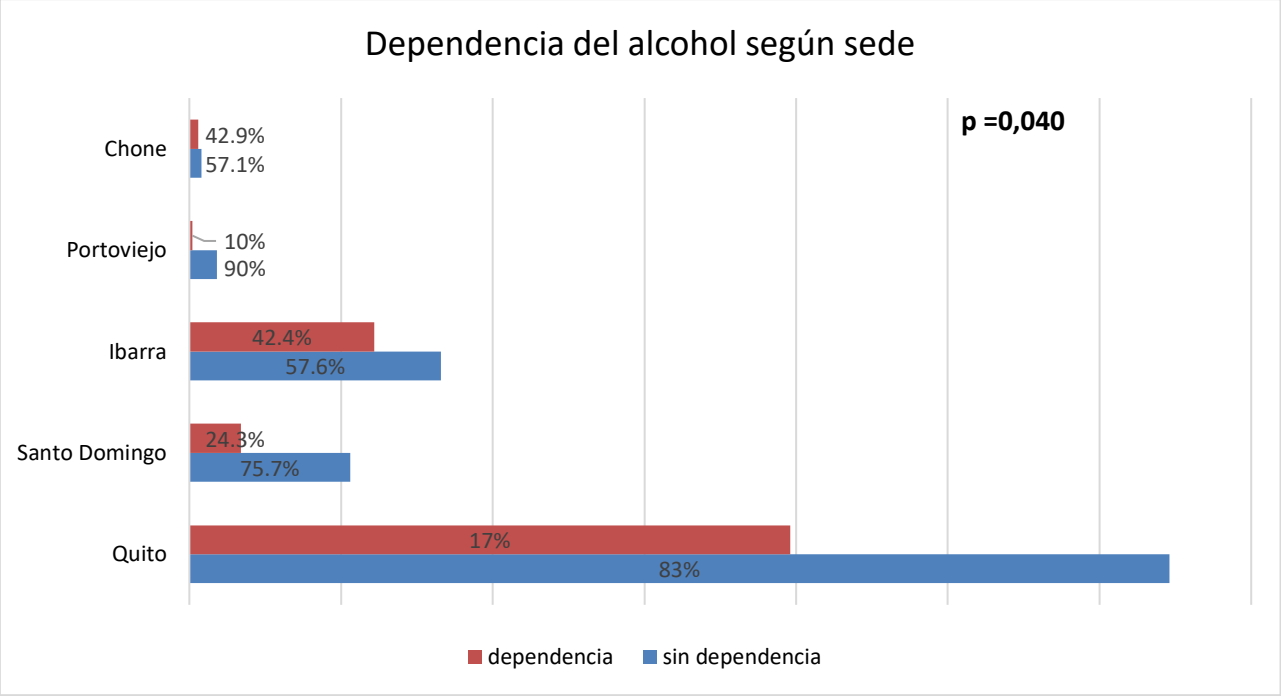


Elaborado por: Ortiz V., Robalino A.

Fuente: Base de datos del Macro Proyecto de investigación: Hábitos y estilo de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con las variables nutricionales y psicológicas.

Los estudiantes con mayor dependencia del consumo de bebidas alcohólicas se encuentran en la sede Chone con el 42.9% (n=3), seguido de Ibarra con el 42.4% (n=61), Quito con el 38% (n=198), Santo domingo con el 24.3% (n=17) y por último Portoviejo con el 10% (n=1) de dependencia. También podemos decir que la dependencia de alcohol es estadísticamente significativa con relación a las sedes de estudio dado que p=0.040. (Gráfico 7)

Gráfico 7. Dependencia de alcohol en Estudiantes de Primer nivel de PUCE, 2018 por sede. (n=843)



Elaborado por: Ortiz V., Robalino A.

Fuente: Base de datos del Macro Proyecto de investigación: Hábitos y estilo de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con las variables nutricionales y psicológicas.

En cuanto al riesgo y dependencia de consumo de alcohol tenemos que el 61.40% (n=248) de las mujeres consumen alcohol 1 vez o menos al mes y el 38.6% (n=156) de los hombres para esta misma frecuencia de consumo, también se puede observar que los hombres consumen con mayor frecuencia bebidas alcohólicas siendo el punto más alto con el 66.20%(n=49) de consumo para los hombres con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana en comparación con el 33.80% (n=25) para las mujeres. Los hombres tienden a consumir más tragos que las mujeres, siendo el 53.8% (n=43) de los que consumen entre 7 a 9 tragos son hombres. Elvalor p en todas las preguntas es $p<0.05$ esto quiere decir que el sexo influye al momento de consumir las bebidas alcohólicas y las consecuencias que esto conlleva. (Tabla 4)

Tabla 4. Consumo de riesgo y dependencia de alcohol según AUDIT, en los estudiantes de primer nivel de la PUCE, 2018, según sexo. (n=843)

		Sexo				P valor
		Masculino		Femenino		
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
¿Con qué frecuencia consume alcohol?	1 vez al mes o menos	156	38.60%	248	61.40%	0
	2 a 4 veces al mes	109	43.80%	140	56.20%	
	2 a 3 veces por semana	49	66.20%	25	33.80%	
	4 o más veces a la semana	7	70.00%	3	30.00%	
¿Cuántos tragos suele tomar cuando bebe	1 o 2	65	34.40%	124	65.60%	0.009
	3 o 4	82	37.10%	139	62.90%	
	5 a 6	67	45.90%	79	54.10%	
	7 a 9	43	53.80%	37	46.30%	
	10 o mas	0	0.00%	0	0.00%	
¿Con qué frecuencia ha tomado 6 o más tragos en un día?	nunca	101	37.10%	171	62.90%	0
	< 1 vez al mes	131	40.90%	189	59.10%	
	mensual	60	51.70%	56	48.30%	
	semanal	42	62.70%	25	37.30%	
	diario	2	100.00%	0	0.00%	
	no aplica	0	0.00%	0	0.00%	

¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que empezó?	nunca	219	39.50%	335	60.50%	0.006
	< 1 vez al mes	63	54.30%	53	45.70%	
	mensual	28	57.10%	21	42.90%	
	semanal	11	47.80%	12	52.20%	
	diario	13	56.50%	10	43.50%	
	no aplica	0	0.00%	0	0.00%	
¿Con qué frecuencia, no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	nunca	222	39.40%	342	60.60%	0.006
	< 1 vez al mes	78	53.10%	69	46.90%	
	mensual	23	57.50%	17	42.50%	
	semanal	6	66.70%	3	33.30%	
	diario	2	40.00%	3	60.00%	
	no aplica	0	0.00%	0	0.00%	
¿Con que frecuencia necesitó beber en ayunas para recuperarse luego de haber bebido?	nunca	281	40.80%	408	59.20%	0.001
	< 1 vez al mes	29	60.40%	19	39.60%	
	mensual	11	64.70%	6	35.30%	
	semanal	6	85.70%	1	14.30%	
	diario	5	71.40%	2	28.60%	
	no aplica	0	0.00%	0	0.00%	
¿Con qué frecuencia ha sentido remordimiento o culpa después de haber bebido?	nunca	195	42.80%	261	57.20%	0
	< 1 vez al mes	75	36.40%	131	63.60%	
	mensual	32	54.20%	27	45.80%	
	semanal	15	83.30%	3	16.70%	
	diario	17	54.80%	14	45.20%	
	no aplica	0	0.00%	0	0.00%	
¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque estaba bebiendo?	nunca	208	39.60%	317	60.40%	0.009
	< 1 vez al mes	73	45.10%	89	54.90%	
	mensual	26	61.90%	16	38.10%	
	semanal	8	61.50%	5	38.50%	
	diario	15	60.00%	10	40.00%	
	no aplica	0	0.00%	0	0.00%	

Elaborado por: Ortiz V., Robalino A.
Fuente: Base de datos del Macro Proyecto de investigación: Hábitos y estilo de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con las variables nutricionales y psicológicas.

Las mujeres tienen 0.57 veces menos prevalencia de consumo de riesgo de alcohol a comparación de los hombres (IC 95% 0.38-0.88), con una p<0.05 siendo estadísticamente significativa. En cuanto a la edad los adultos jóvenes tienen 0.93 veces menos prevalencia de consumo riesgoso que los adolescentes, aunque no es estadísticamente significativa (OR 0.93 IC 0.63 – 1.38). El soltero tiene 1.3 veces más prevalencia de consumo riesgoso de alcohol en relación con los casados (IC 95% 0.41-4.11), aunque no fue estadísticamente significativo. Quienes tienen una situación social regular tienen 0.83 veces menos prevalencia de consumo riesgoso de alcohol que aquellos de buena/muy buena (OR 0.83 IC 95% 0.56-1.24), aunque no es estadísticamente significativo. Los estudiantes que si migraron tienen mayor prevalencia de consumo riesgoso de alcohol que los que no migraron (OR 1.13 IC95% 0.69 - 1.84).

El consumo de riesgo de alcohol no se asocia con ansiedad OR 0.76 IC(0.51-1.11) con p de 0.17 (no estadísticamente significativa). Además, no se asocia con depresión OR 1.00 IC (0.67.1.51) con una p de 0.99 (no estadísticamente significativa); es decir no hay asociación entre las variables de nuestro estudio. (Tabla 5)

Para definir ansiedad y depresión se utilizó la escala HAD. La puntuación para ambos trastornos se considera de 0 a 7 normal (No caso), de 8 a 10 caso dudoso o probable y de 11 o más problema clínico (Caso).

Tabla 5. Análisis multivariado. Consumo de riesgo según características sociodemográficas y síntomas de ansiedad y depresión de los Estudiantes de Primer nivel de PUCE, 2018 (n=843)

	Consumo de riesgo de alcohol			
	Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	Valor p
Sexo				
Masculino	210 (84.7%)	38 (15.3%)	Referencia	
Femenino	276 (76 %)	87 (24%)	0.57 (0.38-0.88)	0.01*
Edad				
Adolescente	281 (80.1%)	70 (19.9)	Referencia	
Adultos jóvenes	205 (78.8%)	55 (21.2%)	0.93 (0.63 – 1.38)	0.714
Estado civil				
Casado	12 (75%)	4 (25%)	Referencia	
Soltero	469 (79.6%)	120 (20.4%)	1.30 (0.41-4.11)	0.65
Convive- Unión libre	4 (80%)	1 (20%)	1.33 (0.11-15.7)	0.81
Viudo	0	1 (100%)	…..	….
Situación social				
Muy buena / buena	231 (81.3%)	53 (18.7%)	Referencia	
Regular	247 (78.4%)	68 (21.6%)	0.83 (0.56-1.24)	0.37
Mala/muy mala	8 (66.7%)	4 (33.3%)	0.45 (0.13-1.58)	0.21
Migró para estudiar				
No	379 (79.1%)	100 (20.9%)	Referencia	
Sí	107 (81.1%)	25 (18.9%)	1.13 (0.69 - 1.84)	0.625
Ansiedad				
No caso	59 (18.30%)	263 (81.70%)	Referencia	
Dudoso/probable	66 (22.40%)	223 (77.16%)	0.76 (0.51 – 1.11)	0.17
Depresión				
No caso	79 (20.50%)	307 (79.50%)	Referencia	
Dudoso/probable	46 (20.40%)	179 (79.6%)	1.00 (0.67 – 1.51)	0.99

*Estadísticamente significativo valor p<0.05

Elaborado por: Ortiz V., Robalino A.
Fuente: Base de datos del MacroProyecto de investigación: Hábitos y estilo de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con las variables nutricionales y psicológicas.

Se calculó la dependencia de alcohol, en donde las mujeres presentan 0.48 veces menos prevalencia de dependencia que los hombres (IC95% 0.36-0.65), con un valor p estadísticamente significativo. Los adultos jóvenes presentan 0.89 veces menos dependencia a bebidas alcohólicas que los adolescentes, aunque el valor de p no es estadísticamente significativo. Los solteros presentan 2.44 veces más dependencia de consumo de alcohol que los casados (IC95% 0.81-7.36), no estadísticamente significativo. La situación económica mala o muy mala se asocia con 1,59 veces mayor prevalencia dependencia de consumo de alcohol comparada con la situación económica buena a muy buena (IC95% 0.66 – 3.85), no estadísticamente significativa. En cuanto a la migración tenemos que el riesgo para dependencia de alcohol de los que migraron es de 1.05 veces más que los que no lo hicieron (IC 95% (0.74-1.50), no estadísticamente significativo.

La dependencia de alcohol no se asocia con ansiedad OR 1.03 IC (0,77-1.38), por lo tanto, se considera como un factor de riesgo para ansiedad por el valor de OR, pero los intervalos de confianza y el valor de p de 0.86 no muestran una asociación estadísticamente significativa. La dependencia de alcohol no se asocia con depresión OR 0.88 IC (0.64-1.20) y valor de p 0.41. Es decir, no hay asociación entre variables. (Tabla 6)

Para definir ansiedad y depresión se utilizó la escala HAD. La puntuación para ambos trastornos se considera de 0 a 7 normal (No caso), de 8 a 10 caso dudoso o probable y de 11 o más problema clínico (Caso).

Tabla 6. Dependencia de alcohol según características sociodemográficas y síntomas de ansiedad y depresión en los Estudiantes de Primer nivel de PUCE, 2018 (n=843)

	Dependencia de alcohol			
	Sí (%)	No (%)	OR (IC 95%)	Valor p
Sexo				
Masculino	153 (46.9%)	173 (53.1%)	Referencia	
Femenino	127 (29.8%)	299 (70.2%)	0.48 (0.36-0.65)	0.00*
Edad				
Adolescente	165 (38.5%)	264 (61.5%)	Referencia	
Adultos jóvenes	115 (35.6%)	208 (64.4%)	0.89 (0.66-1.19)	0.42
Estado civil actual				
Casado	4 (20%)	16 (80%)	Referencia	
Soltero	274 (37.8%)	450 (62.2%)	2.44 (0.81-7.36)	0.12
Convive- Unión libre	2 (28.6%)	5 (71.4%)	1.60 (0.22-11.5)	0.64
Viudo	0 (0%)	1 (100%)	0.00 (0.00)	1
Situación económica				
Muy buena / Buena	122 (36.4%)	213 (63.6%)	Referencia	
Regular	148 (37.4%)	248 (62.6%	1.04 (0.77-1.41)	0.79
Mala / Muy mala	10 (47.6%)	11 (52.4%)	1.59 (0.66 – 3.85)	0.3
Migró para estudiar				
No	217 (37%)	370 (63%)	Referencia	
Sí	63 (38.2%)	102 (61.8%)	1.05 (0.74-1.50)	0.78
Ansiedad			Referencia	
No caso	144 (36.9%)	246 (63.1%)		
Dudoso/probable	136 (37.6%)	226 (62.4%)	1.03 (0.77-1.38)	0.86
Depresión			Referencia	
No caso	184 (38.3%)	296 (61.7%)		
Dudoso/probable	96 (35.3%)	176 (64.7%)	0.88 (0.64-1.20)	0.41

Elaborado por: Ortiz V., Robalino A.

Fuente: Base de datos del Macro Proyecto de investigación: Hábitos y estilo de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con las variables nutricionales y psicológicas.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El consumo de alcohol representa una de las mayores problemáticas sociales ya que varios estudios señalan que es la principal sustancia psicoactiva que consumen los estudiantes universitarios, incluso hoy en día el consumo inicia en edades más tempranas. Puede haber personas con trastornos emocionales aislados que consumen alcohol, o personas consumidoras de alcohol que pueden llegar a estados de ansiedad o depresión, es por eso que no existe relación simple causa – efecto entre los factores mencionados; el consumo de alcohol, ansiedad y depresión son trastornos individualizados en cada persona, se los puede valorar como agravantes o factores de riesgo, motivo por el cual se consideran variables importantes en nuestro estudio.

En nuestro estudio se evidencia que el consumo riesgoso de alcohol se asoció de forma significativa a síntomas de ansiedad (OR 0.76 IC95% 0.51–1.11); al relacionar el consumo riesgoso de alcohol con síntomas de depresión se encontró que no existe asociación entre estas variables (OR 1.00 IC95% 0.67 – 1.51). En lo referente a la dependencia de alcohol asociada con ansiedad, se mostró que existe asociación entre estas dos variables (IC 95% 0.77-1.38) ; mientras que la depresión no mostró asociación con la dependencia de alcohol (IC 95% 0.64-1.20). La literatura menciona que son trastornos bidireccionales, es decir ni el uno ni el otro desencadena consumo o trastornos psicológicos como ansiedad o depresión (Ponce, 2017), estas observaciones concuerdan con varios estudios citados a continuación:

CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL

El presente estudio, el consumo de riesgo se ha asociado con varias variables; Al analizar el sexo, nos permitió evidenciar que las mujeres tienen 0.57 veces menos prevalencia de consumo riesgoso de alcohol a comparación de los hombres (IC 95% 0.38-0.88), con una $p<0.05$, siendo estadísticamente significativa. Este resultado es similar al estudio realizado en los estudiantes universitarios de primer nivel de Bogotá, donde aplicaron el Test de AUDIT y el inventario de depresión de Beck (BDI), y se halló que las mujeres tienen menor prevalencia de consumo riesgoso de alcohol que los hombres debido a que los hombres son más vulnerables ante las reacciones que provoquen los cambios sociales a que estén sometidos (Bernal, 2012).

En cuanto a la edad, los adultos jóvenes tienen 0.93 veces menos prevalencia de consumo riesgoso que los adolescentes, aunque no es estadísticamente significativa (OR 0.93 IC 0.63 – 1.38). En el estudio Borsari de Consumo de riesgo de alcohol en estudiantes universitarios de Bogotá se encontró un resultado similar, en el que los adolescentes son la población de mayor consumo riesgoso de alcohol debido a las presiones sociales a las que están sometidos (Sepúlveda, 2011). De igual manera, el estudio de consumo riesgoso-dependencia de alcohol en estudiantes universitarios mexicanos, aplicando la Encuesta Nacional de Dicciones (ENA, 2008) indica que la edad de mayor consumo de alcohol es en la adolescencia (Chassin, 2002).

Considerando el estado civil, se evidenció que las personas solteras presentan 1.3 veces más prevalencia de consumo riesgoso de alcohol en relación con los casados (IC 95% 0.41-4.11), aunque no fue estadísticamente significativo, encontrándose semejanza al estudio consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos, donde se indica que los jóvenes solteros superan el 74% de consuno de riesgo de alcohol con respecto a la muestra estudiada, esto probablemente se debe al estado gratificante de consumo que sienten los jóvenes durante el cambio social que experimentan (Betancourth, 2016).

Al analizar la situación social, se encontró que quienes se ubican dentro de la categoría muy buena/buena tienen 0.83 veces mayor prevalencia de consumo riesgoso de alcohol que aquellos de mala/muy mala (OR 0.83 IC 95% 0.56-1.24), aunque no es estadísticamente significativo. En el estudio consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos, se indica que el mayor consumo de alcohol, se presenta en aquello estudiantes que tienen una mejor situación económica (Tacán, 2017).

Los estudiantes que migraron tienen mayor prevalencia de consumo riesgoso de alcohol que quienes no migraron (OR 1.13 IC95% 0.69 - 1.84), evidenciando el mismo resultado en el "*Estudio de la migración interna en estudiantes universitarios ¿Un riesgo para el consumo de drogas?"* de la revista Ciencia UAT (Universidad Autónoma de Tamaulipas- México), donde refieren que los universitarios que migraron tienen mayor prevalencia de consumo riesgoso de alcohol, considerada como una droga aceptada por la sociedad que es consumida en gran número de

migrantes universitarios en busca de aceptación en medio del impacto que provoca un cambio de hogar (Jiménez, 2014).

El consumo de riesgo de alcohol no se asocia con ansiedad OR 0.76 IC(0.51-1.11) con p de 0.17 (no estadísticamente significativa). En el *"Estudio Ansiedad social consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos"*, donde aplicaron la Escala de Ansiedad Social para adolescentes y la Encuesta de Consumo de Drogas en la ciudad de México, se encontró que quienes presentan ansiedad tienen mayor consumo de alcohol con respecto a quienes no la presentan, esto se atribuye a un escape forzado como respuesta a la disminución de la tensión o estrés, resultados no concuerdan con nuestro estudio. (Jiménez, 2014).

El consumo de riesgo de alcohol no se asocia con depresión OR 1.00 IC (0.67.1.51) con una p de 0.99 (no estadísticamente significativa); es decir no hay asociación entre las variables de nuestro estudio. En estudios de *"depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura aplicados en México y Ecuador"*, aplicaron el test de AUDIT y Beck y hallaron que la depresión está estrechamente asociada al consumo riesgoso de alcohol (Gonzales, 2012). Existe un estudio previo realizado en la PUCE que estudia relación entre sintomatología depresiva y consumo de bebidas alcoholicas; teniendo como muestra a la Asociación de Estudiantes de Medicina, y concluye que no existe relación entre la sintomatología depresiva y el consumo de alcohol en la muestra estudiada, por lo tanto, los resultados coinciden con nuestro estudio. (Villagómez, 2015)

En el estudio de *"Consumo alcohólico de riesgo en estudiantes de tres universidades de sierra central peruana: frecuencia según sexo y factores asociados"*, donde aplicaron el test de AUDIT y Beck concluyeron que la depresión no está asociada al consumo riesgoso de alcohol (Valle, 2018). De igual manera, el estudio *"Sintomatología depresiva y problemas relacionados al consumo de alcohol durante la formación académica de estudiantes de Medicina en la ciudad de Lima"*, aplicaron las mismas escalas antes mencionadas concluyeron que la depresión no esta enlazada al consumo riesgoso de alcohol (Valdivia, 2018).

DEPENDENCIA DE ALCOHOL

En el presente estudio, el sexo femenino presenta una menor prevalencia de dependencia de alcohol (29.8%) comparado con el sexo masculino (IC95% 0.36 – 0.65), esto es estadísticamente significativo ($p<0.05$). Este resultado es similar al estudio *"Diferencias de género en problemas con el alcohol"* realizado por el Centro de estudios sobre adicciones y violencia en estudiantes de la Universidad Católica de Colombia, en donde utilizaron el cuestionario CEAL, encontrando que los hombres tienen mayor riesgo de intoxicación, abuso y dependencia alcohólica (Briñez, 2010).

Se encontró que los adultos jóvenes presentan 0.89 veces menos dependencia a bebidas alcohólicas que los adolescentes (IC95% 0.66 – 0.19), aunque el valor de p no es estadísticamente significativo. La *"Encuesta sobre alcohol y drogas en España"* (EDADES 1995- 2017), establece que el alcohol empieza a consumirse de forma precoz, aproximadamente a los 16 años, debido a que la adolescencia constituye un tiempo de exploración de nuevas experiencias; esta encuesta coincide con el presente estudio, indicando esta edad como el principal periodo para iniciar el consumo y dependencia de las bebidas alcohólicas.

Los resultados encontrados en nuestro estudio indican que los estudiantes solteros presentan 2.44 veces más dependencia de consumo de alcohol que los casados (IC95% 0.81 – 7.36), aunque el valor de p no es estadísticamente significativo. En la provincia de Córdova, Argentina, se realizó un estudio de consumo de alcohol según características socio demográficas; la muestra se encontraba conformada por 240 jóvenes entre 18 y 24 años y mediante estudio analítico trasversal se encontró que los porcentajes más elevados de consumo y dependencia de alcohol se presentan en jóvenes que son solteros mostrando valores que superan el 74% (Villacé, M., 2013)

El presente estudio muestra que una mala o muy mala situación económica se asocia con 1.59 veces mayor prevalencia de dependencia de consumo de alcohol comparada con una situación económica buena a muy buena (IC 95% 0.66- 3.85), no estadísticamente significativo. Un estudio sobre el nivel socio económico y consumo de sustancias en adolescentes escolarizados entre 15 y 19 años realizado en San Luis Argentina, con tamaño muestral de 280 adolescentes, consideró la prevalencia de los tipos de consumo entre nivel socio económico alto, medio y bajo, obteniendo que el nivel socio económico alto presenta menor porcentaje en relación al consumo no perjudicial

(64%). Los estudiantes del nivel socio económico más bajo presentan el porcentaje más elevado en la categoría de dependencia (2.9%), estos datos son concordantes con los de nuestro estudio (Fantin, M. 2007).

La variable sociodemográfica migración indica que el riesgo para dependencia de alcohol de los estudiantes que migraron es de 1.05 veces mayor que los que no lo hicieron (IC 95% 0.74- 1.50), no estadísticamente significativo; no se encontraron resultados de estudios previos para esta variable.

La dependencia de alcohol no se asocia con ansiedad OR 1.03 IC (0,77-1.38), por lo tanto, se considera como un factor de riesgo para ansiedad por el valor de OR, pero los intervalos de confianza y el valor de p de 0.86 no muestran una asociación estadísticamente significativa. Un estudio realizado sobre ansiedad social y consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos indica que tener problemas de ansiedad y alteraciones del estado de ánimo pueden llevar al uso, abuso y dependencia de alcohol (Jiménez, L. 2014), menciona además la coexistencia entre trastornos de ansiedad y consumo riesgoso de alcohol, lo que no concuerda con los resultados del presente estudio, datos no concordantes con nuestro estudio.

La dependencia de alcohol no se asocia con depresión OR 0.88 IC (0.64-1.20) y valor de p 0.41. Es decir, no hay asociación entre variables. Un estudio acerca del consumo alcohólico de riesgo en estudiantes de 3 Universidades de la Sierra Central peruana, en donde utilizaron la escala AUDIT; mostró que la depresión estuvo estrechamente asociada con consumo alcohólico de riesgo y dependencia, hallazgo concordante con estudios realizados en México y Ecuador (Livano, 2018), datos no concordantes con nuestro estudio.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Después analizar la información recolectada, se encontró que el 85% (n=210) de los hombres presentan consumo riesgoso de alcohol, al igual que las mujeres con el 76% (n=276), lo que indica que le sexo influye ligeramente en el consumo de alcohol, con respecto a la dependencia el resultado es similar con valores de 46.9% para hombres y 29.8% en mujeres
- El 91.7% (n=773) de los estudiantes universitarios han tomado alcohol al menos una vez en su vida, la variable sexo no influye en dicho consumo. ($p > 0.05$)
- Más del 50% (n=417) de los estudiantes inician el consumo de alcohol en la adolescencia media ($p<0.006$) siendo estadísticamente significativa, lo que indica que la edad si influye en el consumo de alcohol.
- Los patrones de consumo muestran que el 79.3% (n=599) de los estudiantes universitarios de la PUCE consumen alcohol con sus amigos con un valor $p=0.00$, siendo estadísticamente significativo; indicando que la compañía es un factor influyente a la hora de consumir bebidas alcohólicas, este patrón es evidente en todas las sedes.
- Se evidencia una frecuencia de consumo de alcohol alta en todas las sedes, siendo Santo Domingo y Portoviejo (82% y 80% respectivamente) en donde se presenta la mayor frecuencia de consumo de bebidas alcóholicas con un patrón de una vez al mes o menos, seguida de Ibarra con un 56%, Quito con el 51% y Chone con el 33%. (Gráfico 2). El patrón de consumo de 2 a 4 veces al mes muestra que la sede Chone y Quito (56% y 37% respectivamente) presentan la mayor frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, seguidas de Ibarra con el 31%, Santo Domingo el 16% y Portiviejo con el 20%.
- Después del análisis de datos se obtubo como resultado que la totalidad de los estudiantes de la sede Chone presentan la mayor prevalencia de consumo riesgoso de alcohol, seguida de Portoviejo con el 85.7%, Quito el 81.31%, Ibarra 77.4% y Santo Domingo 66%.
- El estudio muestra que los estudiantes con mayor dependencia al consumo de alcohol se encuentran en las sedes Chone e Ibarra (42.9% y 42.4% respectivamente), seguida de la sede Santo Domingo (24.3%), Quito (17%) y Portoviejo (10%).

- En cuanto a la edad los adultos jóvenes tienen 0.93 veces menos prevalencia de consumo riesgoso y 0.89 veces menos dependencia de alcohol que los adolescentes, aunque no es estadísticamente significativa.
- Con lo referente al estado civil, los estudiantes solteros tienen 1.3 veces más prevalencia de consumo riesgoso de alcohol en relación con los casados siendo similar en la dependencia de alcohol con 2.44 veces más.
- Una situación económica buena/muy buena se asocia a mayor consumo riesgoso de alcohol, mientras que un nivel socioeconómico malo se asocia a mayor dependencia de alcohol; es por eso que se evidencia que ambos extremos son los de más consumo.
- Los estudiantes que migraron de ciudad para realizar sus estudios, tienen mayor prevalencia de consumo riesgoso y dependencia de alcohol que quienes no migraron (IC 95% 0.74- 1.50).
- El consumo de riesgo de alcohol no se asocia con ansiedad OR 0.76 IC(0.51-1.11) con p de 0.17 (no estadísticamente significativa).
- El consumo de riesgo de alcohol no se asocia con depresión OR 1.00 IC (0.67.1.51) con una p de 0.99 (no estadísticamente significativa); es decir no hay asociación entre las variables de nuestro estudio.
- La dependencia de alcohol no se asocia con ansiedad OR 1.03 IC (0,77-1.38), por lo tanto, se considera como un factor de riesgo para ansiedad por el valor de OR, pero los intervalos de confianza y el valor de p de 0.86 no muestran una asociación estadísticamente significativa. Un estudio realizado sobre ansiedad social y consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos indica que tener problemas de ansiedad y alteraciones del estado de ánimo pueden llevar al uso, abuso y dependencia de alcohol (Jiménez, L. 2014), menciona además la coexistencia entre trastornos de ansiedad y consumo riesgoso de alcohol, lo que no concuerda con los resultados del presente estudio, datos no concordantes con nuestro estudio.
- La dependencia de alcohol no se asocia con depresión OR 0.88 IC (0.64-1.20) y valor de p 0.41. Es decir, no hay asociación entre variables. Un estudio acerca del consumo alcohólico de riesgo en estudiantes de 3 Universidades de la Sierra Central peruana, en donde utilizaron la escala AUDIT; mostró que la depresión estuvo estrechamente asociada con consumo alcohólico de riesgo y dependencia, hallazgo concordante con estudios

realizados en México y Ecuador (Livano, 2018), datos no concordantes con nuestro estudio.

- Nuestro estudio evidencia que no existe relación entre síntomas de ansiedad y depresión con consumo riesgoso y dependencia de alcohol.

RECOMENDACIONES

- Es recomendable que las autoridades universitarias implementen programas preventivos como la práctica de actividades deportivas, recreacionales y culturales con el objetivo de que los estudiantes disminuyan los niveles de estrés que llevan a alteraciones emocionales como ansiedad, depresión y consumo de riesgo de alcohol.

- Parte importante de los estudiantes universitarios presentan alteraciones emocionales, principalmente relacionadas con ansiedad y consumo riesgoso de alcohol es por eso que se recomienda sensibilización a través de puestas en escena, conciertos, video foros considerados actividades de soporte que disminuirán los estresores ambientales y permitirán la culminación de los estudios universitarios.

- Implementar talleres de corta duración a padres de familia, profesionales del primer nivel y demás personas que intervengan en la formación profesional y personal de los estudiantes, a fin de identificar de factores de riesgo que conllevan al consumo riesgoso de alcohol y sintomatología de ansiedad y depresión e intervenir de manera oportuna en los mismos.

- Se recomienda realizar el abordaje biopsicosocial en todos los estudiantes en donde se identifique factores de riesgo o con problemas ya establecidos por el consumo de alcohol, ansiedad y depresión, buscando redes de apoyo a donde puedan acudir en caso de ser necesario.

- Se recomienda ampliar el estudio con estudiantes universitarios de niveles superiores ya que las exigencias académicas con el afán de concluir con éxito la carrera son cada vez mayores y este grupo de estudiantes son también propensos a desarrollar conductas de riesgo como el consumo de alcohol y a manifestar sintomatología ansiosa depresiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilera, J; Burca, N; Carrasco, P; Martínez, F; (2015). Prevalencia de Depresión y Factores Asociados en Estudiantes de la Ciudad de Cuenca – Ecuador. Trabajo de Graduación previo a la obtención del Título de Médico.

Albarracín, M., Muñoz, L., Factores asociados al consumo de alcohol de los primeros años de carrera universitaria. Pontificia Universidad Javeriana. Lima 2008.

Albarracín, M; Muñoz, L; (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. LIBERABIT. Vol. 14. pp. 49-61.

Álvarez, M; Gallego, P; La Torre, C; Bermejo, F; (2001). Papel del test de AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para la detección de consumo excesivo de alcohol en Atención Primaria. MEDIFAM. Vol. 11. No 9. pp: 553-557

American Psychological Association. Trastornos del consumo de alcohol y su tratamiento. 2012

Armendáriz, N; Villar, M; Alonso, M; Alonso, B; Oliva, N; (2012). Eventos estresantes y su relación con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Investig. Enferm. Imagen Desart . ISSN 0124-2059. Vol 14. No.2. pp: 97-112

Arrieta, K; Díaz, S; González, F; Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. REV CLÏN MED FAM. 2014; 7(1): 14-22.

Aznar, I; (2014). Evaluación de un programa de prevención de ansiedad en adolescentes. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. Vol. 1. No. 1. pp. 53 – 60.

Babor, T.; Higgins-Biddle, J.; Saunders, J.; Monteiro, M.; (2001). AUDIT: Cuestionario de identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. OMS.

Balanza, S.; Moreno, I.; Guerrero, J.; (2009). Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados. Clínica y Salud. Vol. 20. No. 2. pp. 177-187

Barrientos, V; (2010). Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos, Asociación en Medicina Familiar.

BBC News Mundo. (2018). 6 datos impactantes sobre el consumo de alcohol en el mundo (incluido en que países de América Latina se consume más). Recuperado el 9 de enero de 2019, de https://www.bbc.com/mundo/noticias-45626675

Bernal, J., Depresión y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. Bogotá, Agosto 2012.

Betancourth, S.; Tacán, L.; Cordoba, E.; Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos, Departamento de Psicología, Universidad de Nariño. San Juan de Pasto, Colombia, 2017.

Bohórquez, A; (2007). Prevalencia de Depresión y de Ansiedad según las escalas de Zung, y evaluación de la asociación con el desempeño académico en los estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Tesis de grado de Maestría en Epidemiología Clínica.

Briñez, J.; Diferencias de género en problemas con el alcohol, según el nivel de consumo. Universidad Católica de Colombia. 2010

Caballero, C., Breso, E., Gutiérrez, O., Burnout en estudiantes universitarios. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. Vol. 32 (3): 424-441, 2015

Caballero, C.; El estrés académico: prevalencia y factores asociados en estudiantes universitarios del área de la salud de la ciudad de Barranquilla. Universidad del norte, Departamento de Psicología. 2010.

Cabrera, V; Martín-Aragón, M; Terol, M; Núñez, R; Pastor, M; (2015). La escla de Ansiedad y Depresión Hospitalatia (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. Terapia Psicológica. Vol. 33. No. 3. pp. 181-193.

Casquero, R.; (2006). Diagnóstico de la depresión. SEMERGEN; Supl. 2: 19-25.

Castaño, G; Calderón, G; (2014). Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Rev. Latino-Am. Enfermagem.

Castaño, G; Calderón, G; Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014.

Castillo, I.; Barrios, A.; Carvajal, M.; Estrés académico y consumo de alcohol en estudiantes de enfermería de Cartagena. Universidad de Cartagena 2015.

Chiriboga, L.; (2016). Estudio comparativo de niveles de ansiedad entre estudiantes de universidades públicas y privadas. Trabajo de titulación. USFQ.

Contreras, S; Novoa-Muñoz, F; (2018). Ventajas del alfa ordinal respecto al alfa de Cronbach ilustradas con la encuesta AUDIT-OMS. RevPanam Salud Publica. Vol. 42.

Cordero, J; Pacheco, D; (2010). Prevalencia de la Ansiedad, Depresión y Alcoholismo en estudiantes de Medicina. Trabajo de Grado. Cuenca.

Cordero, S; Trias, F; (2009). Neruobiología de la depresión. Revista Mexicana de Neurociencia. Vol. 9. No. 6. pp. 462 – 478.

Díaz, R.; Correa, L.; Vaca, A.; Consumo de alcohol en estudiantes Universitarios y personas con procesos de Rehabilitación, Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, 2012.

Drugs and Addictive Behavior, 2(2), 236-254. Octubre 2016.

Echeverría, S; Fernández, M; Ochoa, E; Ramos, D; (2014). Depresión, ansiedad y consumo de alcohol en estudiantes universitarios de nuevo ingreso. Pearson. Edition 1, Chapter 8. pp. 85 – 94.

Escoto, J. (2019). El Alcohol, enemigo de América Latina. El Heraldo.

Escoto, J; El Alcohol; enemigo de América Latina. El Heraldo, 2019

Fantín, M.; Morales, C. Nivel socio económico y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes escolarizados de San Luis, Argentina

Ferreira, L; (2005). Cuestionario CAGE: screening de alcoholismo. Medicina Interna. CHU Juan Canalejo.

Ferrel, R; Celis, A; Hernández, O; (2011). Depresión y Factores Socio Demográficos asociados en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud de una Universidad Pública (Colombia). Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. No. 27. pp. 40 – 60.

Fiellin DA. , Reid MC. , Detección de problemas con el alcohol en atención primaria: una revisión sistemática. Arch Intern Med. 2010; 160 (13).

Foxcroft, D; Ireland, D; Lister-Sharp, D; Lowe, G; Breen, R; (2008). Prevención primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes. La Biblioteca Cochrane Plus. Número 2.

Franken, I., Coping Style of Substance-Abuse Patients: Effects of Anxiety and Mood Disorders on Coping Change. Journal of Clinical Psychology. Vol 57 (3), 2017.

García, R., Acosta, C., Mercado, S., Depresión, ansiedad y consumo de alcohol en estudiantes de nuevo ingreso. Instituto Tecnológico de Sonora. 2010

Gárciga, O; (2006). Prevención de las adicciones. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana. Vol. 3. No. 3.

Gómez, Z; Landeros, R; Noa, P; Martínez, P; (2017). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes universitarios. Revista de Salud Pública y Nutrición. Vol. 16. No. 4.

Góngora, V; Casullo, M; (2009). Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. Interdiciplinaria. Vol. 26. No. 2. pp. 183 – 205.

González, A.; Juárez, F.; Solís, C.; Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México. Febrero 2012.

Goslawski M., Piano MR, Bian JT., El consumo excesivo de alcohol afecta la función vascular en adultos jóvenes. J Am Coll Cardiol. 2013 Jul; 62 (3): 201-7. Epub 2013 23 de abril.

GPC-IMSS. (2015). Diagnóstico y tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto. Recuperado 15 de enero de 2019. De http://educads.salud.gob.mx/sitio/recursos/Depresi%C3%B3n/Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20del%20trastorno%20depresivo%20en%20el%20adulto%20-%20GER.pdf

Guerrero, C., Castellano, L, Consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de la personalidad.

Gutiérrez, J; Montoya, L; Toro, B; Briñón, M; Rosas, E; Salazar, E; (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. CES Medicina. Vol. 24. No. 1. pp. 7 – 17.

Heckmann, W; Maglhäes, S; (2011). Dependencia alcohólica: aspectos clínicos y diagnósticos.

Herrán, O; Ardila, M; (2005). Validez interna y reproducibilidad de la prueba CAGE en Bucaramanga, Colombia. Biomédica. Vol. 25. pp. 231-241.

IMSS; (2010). GPC: Diagnóstico y tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto.

Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo. Ayudando a los pacientes que beben demasiado: una guía para el médico. Publicación de NIH no. 05-3769, Bethda, MD 2005.

Irarrázaval, M; Prieto, F; Armijo, J; (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. Acta Bioethica. Vol. 22. No. 1. pp. 37 – 50.

Jané-Llopis, E; (2018). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. ORIGINALES Y REVISIONES.

Jofre, D., Síndrome de Estrés académico. Universidad de Granada, México. 2014

Kreitman, N., Alcohol consumption and the prevention paradox. British Journal of Addiction, 2015

Latorre, J; Navarro, B; Parra, M; Salguero, J; Mae; C; Cano, A; (2012). Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: un problema sin resolver. REV CLIN MED FAM. Vol. 5. No. 1. pp. 37 – 45.

Lívano, S.; Melgar, V.; Meza, Y.; Consumo alcohólico de riesgo en estudiantes de tres universidades de la sierra central Peruana: frecuencia según sexo y factores asociados. Revista Chilena de neuropsiquiatría. 2018.

Lobo, A; Camorro, L; Luque, A; (2001). Validación de las versiones en español de la Montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica 2002. Vol. 118. No. 13. pp. 493-494.

López, S; (2006). Manifestaciones clínicas de la depresión. Sintomatología: síntomas afectivos, de ansiedad, somáticos, cognitivos y conductuales. SEMERGEN. Vol. 32. Supl. 2.

Magruder-Habib K., Durand AM., Frey KA., Abuso de alcohol y alcoholismo en entornos de atención primaria de salud. J FamPract. 2011; 32 (4): 406.

Martínez, J; Salazar, C; Prevalencia de la Sintomatología Depresiva, uso y/o abuso de alcohol y su posible asociación en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Sabana. Trabajo de Grado. CHIA, 2011.

Martínez, V; Pérez, O; (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. ENSAYOS. Revista de la Facultad de Educación de Albacete. No. 29-2. pp. 63-78.

Martínez-Otero Pérez, V; (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. Revista de la Facultad de Educación de Albacete. Recuperado 14 de enero de 2019. de http://www.revista.uclm.es/index.php/ensayos

Mejía, C; Vargas, M; Talledo-Ulfe, L; Rodríguez, C; Benites, K; Payano-Chumacero, K; Chacón, J; Huamán-Gutiérrez, R; (2016). REV CHIL NEURO-PSIQUIAT. Vol. 54. No. 4. Pp. 291-298.

Metro; (2017). Ecuador en el puesto 11 de depresión en América Latina. Recuperado 15 de enero de 2019. De https://www.metroecuador.com.ec/ec/noticias/2017/02/23/ecuador-puesto-11-depresion-america-latina.html

MinSalud; (2013). Documento de fundamentación y estructura de la estrategia formativa a profesionales de la salud para la implementación de la estrategia de Prevención Indicada del Consumo Problemático de Alcohol en Estudiantes Universitarios. Universidad Nacional de Colombia (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" - Centro de Estudios Sociales – Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Humanas).

Muñoz, M; Barbosa, L; Méndez, M; Cardona; G; Ruiz, L; (2014). "Tómate el Control": un programa de prevención de consumo problemático de alcohol para comunidades universitarias. Investg. Enferm. Imagen Desarr. ISSN 0124-20159. Vol. 16. No. 2. pp. 27 – 48.

Navarro, J; Moscoso, M; Calderón, G; (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. Liberabit. Vol. 23. No. 1. pp. 57-74.

Navas, W; Varga, M; (2012). Trastornos de Ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA. Vol. 69. No. 604. Pp. 497 – 507.

Ochoa, E.; Madoz-Gúrpide, A.; Vicente, N.; (2009). Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. Med Segur Trab. 55 (214): 26-40.

OMS; (2004). Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Ortiz, M; Ortiz-Márquez, M; (2018). Factores de riesgo en adicciones y su relación con actividades deportivas y recreativas. Retos. Vol. 34. pp: 71-79.

Parada, M; Corral, M.; Caamaño-Isorna, F.; Mota, N.; Crego, a.; Rodríguez, S.; Cadavera, F.; (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (bingedrinking). Adicciones. Vol. 23 NUM. 1. Pp 53-63.

Peralta, E; Cerda, Fernández, M; Vargas, C; Olivares, O; (2015): "Tipos de consumo de alcohol en estudiantes de licenciatura en psicología", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (noviembre 2015). En línea: http://www.eumed.net/rev/caribe/2015/11/alcohol.html

Pérez, D; Rivera, S; Gómez, J; (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. REVISTA DIVERSITAS – PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA. Vol. 11 No. 1.

Ponce, J.; (2011). "Lineamientos de Política Pública para prevenir el consumo de alcohol en niños, niñas y adolescentes". Trabajo de Grado. PUCE

Ponce, C., (2017). Consumo de alcohol en las facultades de Ciencias de la Salud, Ciencias Políticas e Ingeniería de la Universidad Nacional de Chimborazo, CreativeCommens.

Quito, D; (2018). Etiología y Diagnóstico Clínico de la Depresión en Adolescentes. UTMACH. Unidad Técnica de Ciencias Químicas y de la Salud.

Rascón, M., Medina, M, Andagua, J.; Trastorno de ansiedad y depresión relacionado con el uso de bebidas alcohólicas. Instituto mexicano de Psiquiatría. 2002.

Recuperado 15 de enero de 2019. De http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf

Recuperado el 13 de enero de 2019, de www.cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsequencias-es-cap3.pdf

Redacción Médica. (2018). Ecuador ya cuenta con un plan nacional para prevenir y evitar el consumo de drogas. Recuperado 15 de enero de 2019. De https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-ya-cuenta-con-plan-nacional-para-prevenir-y-evitar-el-consumo-de-drogas-91550

Regier, D; Rae; Narrow, W; Kaelber, C; Schatzberg, A; (2001). Prevalencia en los trastornos de ansiedad y su comorbilidad en los trastornos de carácter y de adicción. TET. No. 29.

Rico, J; Restrepo, M; Molina, M; (2005). Adaptación y validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. Avances en Medición. Vol. 3. pp. 73 – 86.

Rincón, A.; Moreno, J.; Consumo de alcohol en los estudiantes universitarios de primer semestre. Bogotá 2012

Saunders, J.B., Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption, 2016

Serra, J; Irizarry-Robles, C; (2015). FACTORES PROTECTORES DE LA DEPRESIÓN EN UNA MUESTRA DE ADULTOS MAYORES EN PUERTO RICO: AUTOEFICACIA, ESCOLARIDAD Y OTRAS VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS. Acta.colomb.psicol. Vol. 18. N0. 1. pp. 125 -134.

Soliz, N; Mena, V; Lara, T; (2015). El consumo de alcohol y el rendimiento de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Central del Ecuador en el año 2015. Revista Publicando. No. 10. (2). 120-142.

Téllez, J; Cote, M; (2006). ALCOHOL ETÍLICO: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. RevFacMedUnivNacColomb. Vol. 54 No. 1.

Tirado, R; Aguaded, J; Marín, I; (2009). Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la Universidad de Huelva. Health and Addictions / Salud y Drogas. Vol. 9. No. 2. pp. 165-184.

Valdivia, S.; (2018)Consumo de alcohol de riesgo en estudiantes de tres universidades de la sierra central peruana, según sexo y factores asociados, Scielo, pp. 8

Valle, R.; (2018), Sintomatología depresiva y problemas relacionados al consume de alcohol durante la formación académica de estudiantes de Medicina, MedExp Salud Pública.

Vargas, R; Del Castillo, A; Guzmán, R; Estrés, Depresión y Consumo de Alcohol en estudiantes de Bachillerato de México: diferencias por sexo y escuela. European ScientificJournal. 2016. Vol. 12. No. 32.

Vásquez, F; Blanco, V; Torres, A; Otero, P; Hermida, E; (2014). La eficacia de la prevención indicada de la depresión: una revisión. Anales de Psicología. Vol. 30. No. 1. Pp. 9 – 24.

Vásquez, F; Blanco, V; Torres, A; Otero, P; Hermida, E; (2014). La eficacia de la prevención indicada de la depresión: una revisión. Anales de psicología. Vol. 30. No. 1. pp. 9 – 24.

Vélez, C; Hoyos, M; Jaramillo, C; Escobar, M; (2019). Comportamientos de riesgo en estudiantes universitarios: la ruta para enfocar acciones educativas desde los currículos. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos. Vol. 15. No. 1. pp. 130-153.

Villacé, M,; Fernandez, R,. Consumo de alcohol según características socio demográficas en jóvenes de 18 a 24 años. Revista Latinoamericana -Enfermagen. Octubre 2013.

Villagomez, D; Asociación entre sintomatología depresiva y consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes que forman parte de la asociación de estudiantes de Medicina para proyectos e intercambio de Ecuador. Trabajo de Grado, Quito, 2015.

WHO; (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Lexicon of psychiatric and mental health terms. 2ª ed. Geneva.

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE AUDIT

D017	**¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida?**	◯ Si		◯ No (Pase a la pregunta 27)	
D018	**¿Qué edad tenía cuando tomó alcohol por primera vez?**	_____			
D019	**¿Ha consumido alcohol en los últimos 30 días?**	Si ◯		No ◯	
D020	**¿Con qué frecuencia consume alcohol?**	◯	1 vez al mes o menos	◯	2 o 3 veces a la semana
		◯	2 a 4 veces al mes	◯	4 o más veces a la semana
D021	**¿Cuántos tragos suele tomar cuando bebe alcohol?**	◯	1 o 2	◯	7 a 9
		◯	3 o 4	◯	10 o más
		◯	5 ó 6		

	Durante el último año…					
		Nunca	< 1 vez al mes	Mensual	Semanal	Diario
D022	**¿Con qué frecuencia ha tomado 6 o más tragos en un día?**	◯	◯	◯	◯	◯
	¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que empezó?	◯	◯	◯	◯	◯
	¿Con que frecuencia, no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	◯	◯	◯	◯	◯
	¿Con que frecuencia necesitó beber en ayunas para recuperarse luego de haber bebido?	◯	◯	◯	◯	◯
	¿Con que frecuencia, ha sentido remordimiento o culpa después de haber bebido?	◯	◯	◯	◯	◯
	¿Con que frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque estaba bebiendo?	◯	◯	◯	◯	◯

	Respecto a los últimos 30 días, ¿qué tipo de bebida alcohólica consumió y con qué frecuencia?					
		Diario	Fin de semana	Algunos días de la semana	Una vez al mes	Nunca
D023	Cerveza	◯	◯	◯	◯	◯
	Vino	◯	◯	◯	◯	◯
	Espumantes (champaña, vinos con sabor)	◯	◯	◯	◯	◯
	Tragos fuertes solos o combinados (ron, aguardiente, tequila, vodka u otros)	◯	◯	◯	◯	◯

		◯	En mi propia casa.	◯	En una tienda.
D024	**¿Dónde consume alcohol con más frecuencia? Marque todas las que apliquen**	◯	En casa de mis amigos.	◯	En el parque o zonas recreativas.
		◯	En la universidad.	◯	En fiestas, bares o discotecas.
		◯	En lugares cerca de la universidad.	◯	En eventos (conciertos, partidos, etc).
		◯	En el trabajo.	◯	Otro, ¿Cuál? _____
D025	**¿Con quién consume más frecuentemente alcohol?**	◯	Amigos	◯	Solo
		◯	Familiares	◯	Otro: _____
D026	**¿Tiene amigos o familiares que se emborrachan?**	◯	No		
		◯	Amigos		
		◯	Familiares		

ANEXO 2

ESCALA HAD

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Marque la opción que más se acerque a como se siente. Seleccione una sola opción.

1A	Me siento tenso o nervioso	○ Todos los días	○ Muchas veces	○ A veces	○ Nunca	○ No sabe/No responde
2D	Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer	○ Como siempre	○ No lo bastante	○ Sólo un poco	○ Nada	○ No sabe/No responde
3A	Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder	○ Definitivamente y es muy fuerte	○ Sí, pero no es muy fuerte	○ Un poco, pero no me preocupa	○ Nada	○ No sabe/No responde
4D	Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas	○ Al igual que siempre lo hice	○ No tanto ahora	○ Casi nunca	○ Nunca	○ No sabe/No responde
5A	A Tengo mi mente llena de preocupaciones	○ La mayoría de las veces	○ Con bastante frecuencia	○ A veces, aunque no muy seguido	○ Sólo en ocasiones	○ No sabe/No responde
6D	Me siento alegre	○ Nunca	○ No muy seguido	○ A veces	○ Casi siempre	○ No sabe/No responde
7A	Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado	○ Siempre	○ Por lo general	○ No muy seguido	○ Nunca	○ No sabe/No responde
8D	Siento como si yo cada día estuviera más lento	○ Por lo general en todo momento	○ Muy seguido	○ A veces	○ Nunca	○ No sabe/No responde
9A	Tengo una sensación extraña, como de vacío en el estómago	○ Nunca	○ En ciertas ocasiones	○ Con bastante frecuencia	○ Muy seguido	○ No sabe/No responde
10D	He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado	○ Totalmente	○ No me preocupa como debiera	○ Podría tener un poco más de cuidado	○ Me preocupo al igual que siempre	○ No sabe/No responde
11A	Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme	○ Mucho	○ Bastante	○ No mucho	○ Nada	○ No sabe/No responde
12D	Me siento con esperanzas respecto al futuro	○ Igual que siempre	○ Menos de lo que acostumbraba	○ Mucho menos de lo que acostumbraba	○ Nada	○ No sabe/No responde
13A	Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro	○ Muy frecuente	○ Bataste seguido	○ No muy seguido	○ Nada	○ No sabe/No responde
14D	Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de Tv	○ Seguido	○ A veces	○ No muy seguido	○ Rara vez	○ No sabe/No responde

ANEXO 3

AUTORIZACIÓN SUBCOMITÉ DE ÉTICA



Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Facultad de Medicina

PUCE

SUBCOMITÉ DE BIOÉTICA

Quito, 24 de enero de 2019

Doctoras
Verónica Elizabeth Ortiz Panchi
Andrea Paola Robalino Luzuriaga
Estudiantes del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la PUCE
Presente.-

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, el Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, resuelve **Aprobar** el proyecto titulado: **"ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER NIVEL DE LA PUCE 2018"**.

Atentamente,

Dr. Carlos Acurio Velasco
Subcomité de Bioética
Facultad de Medicina PUCE

FECHA 07 FEB 2019

ANEXO 4

AUTORIZACIÓN DIRECCIÓN GENERAL

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos

PUCE

Quito, 22 de mayo de 2018
Oficio-CEISH-535-2018

Señora Magister
Andrea Carolina Estrella Proaño
Facultad de Enfermería de la PUCE
Presente.

Estimada Mtr. Estrella:

El Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la PUCE, en la sesión del 17.05.2018, revisó el proyecto: **Hábitos y estilos de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con variables clínico-nutricionales y psicosociales.** Código 2018-22-EO.

Protocolo recibido inicialmente el 08.03.2018 y evaluado en las sesiones del 15.03.2018 y 17.05.2018.

Este proyecto se aprueba por el tiempo estimado de duración que es de 2 años.

Igualmente, con el fin de dar seguimiento, se solicita:

- comunicar por escrito, al CEISH-PUCE, el momento del inicio la investigación;
- entregar informe parcial y final cuando sea solicitado por el CEISH-PUCE.

Con nuestra consideración y estima,

Dra. Laura Arcos Terán
Presidente

Dr. Hugo Moreno Zambrano
Secretario

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS
Quito

LAT/yar

Av. 12 de octubre 1076 y Roca
Apartado postal 17-01-2184
Teléf.: (593-2) 299-1700 ext. 1340
Quito – Ecuador

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR Y SU RELACIÓN CON VARIABLES CLÍNICO-NUTRICIONALES Y PSICOSOCIALES

Estimado_____

Sr/Srta. /Sra. Estudiante

Introducción

Soy _____, encuestador de la **(nombre del encuestador/a)**

Pontificia Universidad Católica del Ecuador en Quito (PUCE). Le invito a participar de la investigación titulada "**HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR Y SU RELACIÓN CON VARIABLES CLÍNICO-NUTRICIONALES Y PSICOSOCIALES"**, propuesta por los investigadores: Andrea Estrella, Ma. Fernanda Rivadeneira, Susana Güijarro y Matias Murtagh.

Explicación de la investigación

El ingreso a la vida universitaria supone una serie de cambios en los hábitos y estilos de vida que genera riesgos para la salud física, mental y emocional de los estudiantes.

El estudio al que usted está siendo invitado a participar, se realiza con el propósito de determinar la asociación entre el estado nutricional, salud mental y salud sexual, con los hábitos y estilos de vida desarrollados por los estudiantes universitarios de la PUCE sedes Quito, Santo Domingo, Ibarra y Portoviejo durante 2018-2020.

A continuación, vamos a mencionarle en qué consiste la investigación

En esta investigación recopilaremos información de los estudiantes regulares de primer nivel del período académico II 2018, de ambos sexos, sanos, con edades comprendidas entre los 18 y 25 años de edad que acepten participar voluntariamente. No podrán formar parte del estudio estudiantes con: discapacidad física, enfermedades crónicas como diabetes o hipertensión arterial, trastornos mentales diagnosticados como esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo compulsivo, bipolaridad, anorexia y bulimia, etc. y alteraciones hormonales (hipotiroidismo), así como estudiantes con antecedentes familiares de alcoholismo o cualquier otra adicción.

Para la obtención de datos usted recibirá una encuesta de autollenado, para garantizar su privacidad dividida en cuestionarios sobre:

- Datos sociodemográficos
- Hábitos alimentarios
- Patrones de actividad física
- Apoyo social
- Ansiedad y depresión
- Consumo de tabaco, alcohol y sustancias
- Salud sexual

La evidencia científica no ha demostrado que se genere daño físico o mental por la aplicación de los cuestionarios, los cuales han sido validados a nivel nacional e internacional.

De igual forma, se tomará su talla, peso, circunferencia de la cintura, circunferencia de la cadera y presión arterial por dos ocasiones, y una tercera vez si el valor de las tomas difiere en un valor previamente establecido por los investigadores.

Posibles riesgos y molestias

Debido a que únicamente se realizarán encuestas no existe ningún riesgo en la participación en esta investigación.

Beneficios

El beneficio directo que obtendrá al participar en esta investigación es la identificación temprana de factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estilos de vida como la obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, etc. De igual forma permitirá, identificar prematuramente problemas psicológicos como ansiedad y depresión.

Los resultados derivados de la investigación ayudarán a generar lineamientos institucionales PUCE sobre promoción de salud, estilos de vida saludables, prevención de enfermedades y conductas de apoyo.

Confidencialidad

La información que nos proporcione será compartida solamente con el equipo de investigación, y será presentada en artículos y debates académicos, sin revelar su identidad personal. Los datos que serán colectados no se identificarán por su nombre, se hará una lista con un código y esta lista será guardada en un archivador en la Universidad.

Compensación

La participación en el estudio es totalmente voluntaria, no existe ningún tipo de retribución por participar y usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento.

Información sobre autorizaciones para el estudio

Este estudio ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Dispone también de la autorización de la Dirección General de Estudiantes.

Si tiene alguna duda sobre lo expuesto anteriormente, realice todas las preguntas sobre sus derechos, objetivos y alcance del proyecto al investigador al momento de leer este consentimiento. No firme este consentimiento a menos que haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias. Si usted tiene alguna pregunta adicional como participante del estudio, usted puede contactar con la investigadora principal. Al número de teléfono 2991 700 ext. 2842 o al correo electrónico acestrella@puce.edu.ec. En caso de alguna pregunta sobre sus derechos como participante en una investigación, por favor contacte al Dr. Hugo Guillermo Navarrete Zambrano, secretario del Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la

PUCE, Av. 12 de octubre 1076 y Roca. Tel. (02) 2991700 ext. 2917. Correo: hnavarrete@puce.edu.ec

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

Yo, _____ (nombre del participante), declaro que conozco y se me ha explicado:

- el fin del estudio propuesto
- los posibles riesgos y beneficios de la participación en el estudio
- los mecanismos para garantizar la confidencialidad en el manejo de LOS INSTRUMENTOS y los resultados de las encuestas,
- mi participación en este estudio es completamente voluntaria.
- puedo dejar este estudio en cualquier momento

Yo, _____ (nombre del participante), acepto participar de la segunda fase del estudio, en la cual se realizarán nuevamente todos los procedimientos indicados en este documento durante el periodo académico I 2019.

Persona que informa (delegado del equipo de investigación)

_____ (nombre) con _____ (Cédula de ciudadanía)

Declaro que he informado a _____(nombre del participante) sobre:

- el propósito y la naturaleza del estudio,
- los criterios de inclusión y exclusión para la presente investigación,
- los posibles riesgos y beneficios de la participación en el estudio,
- los procesos para garantizar confidencialidad en el manejo de LOS INSTRUMENTOS y resultados de las encuestas,
- he contestado todas las inquietudes del participante, respecto a este estudio,

En _____ a ____-_____- 2018

(lugar) (fecha dd-mm-aa)

FIRMAS:

Participante del estudio Delegado del equipo de investigación

C.C. C.C.

Si no es posible obtener una firma, utilice este espacio para la huella

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

_____ revoco mi decisión de participación en el estudio "Hábitos y estilos de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con variables clínico-nutricionales y psicosociales", en la fecha: __-___- ____, comprendo que esta decisión no afectará mi actual o futuro proceso de atención sanitaria.

Firma del participante

_____

Nombres y apellidos:

Fecha: ____ de _____ del 2018