

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



**PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN Y ASOCIACIÓN
CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE
PRIMER NIVEL DE LA PUCE, SEDES QUITO, IBARRA, PORTOVIEJO Y SANTO
DOMINGO, PERÍODO ACADÉMICO 2018**

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

Autora:

Dra. Jéssica Fernanda Alvarado Yumisaca

Directora y tutora Metodológica

Dra. María Fernanda Rivadeneira

QUITO, 2019

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **JÉSSICA FERNANDA ALVARADO YUMISACA**, con **C.I.: 0604041954**, autora del trabajo de graduación titulado: **“PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN Y ASOCIACIÓN CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER NIVEL DE LA PUCE, SEDES QUITO, IBARRA, PORTOVIEJO Y SANTO DOMINGO, PERÍODO ACADÉMICO 2018”**; previo a la obtención del título profesional de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la Facultad de **Medicina**:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el Artículo 144 de la ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, respetando los derechos de autor.

2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador difundir a través de sitio web de la biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 2019.

Jéssica F. Alvarado Yumisaca

C.I.: 0604041954

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento, primero a Dios, por brindarme sabiduría y fortaleza en todo momento, permitiéndome culminar un paso más en mi vida como profesional de la salud.

A mis padres por darme la oportunidad de especializarme, sobre todo, por su apoyo y amor incondicional.

Mi sincero agradecimiento a quienes me acompañaron en este largo, pero siempre gratificante camino, mis tutoras María Fernanda Rivadeneira y Katy Segarra, gracias por su guía y conocimientos. Sin olvidar a los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, quienes permitieron la realización de esta investigación.

A mi querida Dra. Sonia Lara, que siempre ha sido una fuente de inspiración, gracias por su amistad y orientación.

Jéssica F. Alvarado Y.

DEDICATORIA

Todo va dedicado a Dios, por sus infinitas bendiciones, por siempre cuidar a mi familia y por llenarme de sabiduría.

A mis padres Ana y Williams, a mis hermanos Ericsson y Joel, quienes siempre me acompañan sin importar la distancia ni las circunstancias, gracias por ser mi fortaleza y el pilar principal en mi vida, este logro es para ustedes.

Jéssica

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	12
Abstract.....	13
Capítulo I.....	14
Introducción.....	14
Justificación.....	16
Problema de investigación.....	18
Objetivos.....	18
Hipótesis	19
Capítulo II.....	20
Marco teórico.....	20
PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.....	20
1.Definiciones iniciales:	20
2.Epidemiología de la ansiedad y depresión, en la adolescencia tardía:	22
3.Epidemiología de la ansiedad y depresión en el adulto joven:.....	23
4.Factores desencadenantes e intervinientes para el desarrollo de trastornos mentales, ansiedad y depresión:	23
5.Ansiedad y depresión, asociado a riesgo de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes, en su rol de estudiantes:	25
6.Manejo de ansiedad y depresión de adolescentes y adultos jóvenes, en su rol de estudiantes:	25
FAMILIA Y SU IMPORTANCIA EN LA SALUD MENTAL	27

1. Definición:	27
2. Funcionalidad Familiar:.....	28
3. Disfuncionalidad Familiar:	32
4. Manejo de disfunción familiar en el adolescente y adulto joven:	36
Capítulo III	37
Materiales y métodos.....	37
1. Operacionalización de variables	37
2. Tipo y Diseño de la Investigación	39
3. Población del estudio.....	39
4. Muestra poblacional	39
5. Criterios de inclusión.....	39
6. Criterios de exclusión	40
7. Procedimientos de recolección de información:.....	40
8. Procedimientos de diagnóstico e intervención:	41
9. Aspectos bioéticos	43
10. Plan de análisis de los datos	44
Capítulo IV	46
Resultados.....	46
CAPÍTULO V.....	61
Discusión	61
CAPÍTULO VI.....	71
Conclusiones y recomendaciones del estudio	71

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 74

ANEXOS 79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. – Operacionalización de variables.....	37-38
Tabla 2. – Estudiantes incluidos en la investigación por sedes. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.....	46
Tabla 3. – Características sociodemográficas de los estudiantes incluidos en la investigación. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.	47-48
Tabla 4. – Frecuencia y porcentaje de estudiantes incluidos según facultad y sustento económico. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.....	48
Tabla 5. – Funcionalidad familiar de los estudiantes según el Test FFSIL. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.....	49
Tabla 6. – Resultados de la media de Funcionalidad familiar de los estudiantes según el Test FFSIL de acuerdo a las dimensiones. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.....	49
Tabla 7. – Resultados del análisis bivariado para la categoría ansiedad de acuerdo a funcionalidad familiar. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.....	51
Tabla 8. – Resultados del análisis bivariado para la categoría depresión de acuerdo a funcionalidad familiar. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.....	51-52
Tabla 9. – Resultados del análisis bivariado para la categoría ansiedad de acuerdo a las características sociodemográficas de los estudiantes incluidos en la investigación. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.....	53
Tabla 10. – Resultados del análisis bivariado para la categoría ansiedad según facultad y sustento económico. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.....	54
Tabla 11. – Resultados del análisis bivariado para la categoría depresión de acuerdo a las características sociodemográficas de los estudiantes incluidos en la investigación. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.....	55-56

Tabla 12. – Resultados del análisis bivariado para la categoría depresión según facultad y sustento económico. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018..... 56

Tabla 13. – Resultados del análisis multivariado para la categoría ansiedad de acuerdo a las características sociodemográficas de los estudiantes incluidos en la investigación. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018..... 57-58

Tabla 14. – Resultados del análisis multivariado para la categoría depresión de acuerdo a las características sociodemográficas de los estudiantes incluidos en la investigación. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018..... 59-60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1. – Factores de riesgo asociados a padecer ansiedad.....	24
Figura 2. – Factores de riesgo asociados a padecer depresión.....	24
Figura 3. – Simbología frecuente del familiograma estructural.....	30
Figura 4. – Simbología frecuente del familiograma funcional.....	30
Figura 5. – Resultados para la escala HADS sobre ansiedad y depresión. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS

FF-SIL. - Test de funcionamiento familiar

HADS. - Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

OMS. - Organización Mundial de la Salud

MSP. - Ministerio de Salud Pública

PUCE. - Pontificia Universidad Católica del Ecuador

ANEXOS

Anexo 1.- Instrumentos de la investigación.

Anexo 2.- Consentimiento informado para la participación en el proyecto de investigación.

Anexo 3.- Aprobaciones para la realización del proyecto de investigación

Anexo 4.- Modelo de encuesta

Resumen

Introducción: La depresión y ansiedad impactan negativamente de forma importante sobre la calidad de vida de los adolescentes y jóvenes. Existen pocos estudios que evidencien el papel de la familia y su relación con estados de depresión y ansiedad en los estudiantes universitarios.

Objetivo: Determinar la prevalencia de síntomas ansiedad y depresión y su asociación con funcionalidad familiar en los estudiantes universitarios de primer nivel de la PUCE, sedes Quito, Ibarra, Portoviejo y Santo Domingo, período académico 2018.

Métodos: Se realizó un estudio transversal analítico, en 847 estudiantes del primer nivel de las diversas sedes, con edades de 18 a 25 años, que cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos se recolectaron a través de una encuesta de auto llenado, la funcionalidad familiar se evaluó mediante el Test FF-SIL. En tanto, la ansiedad y depresión se valoró mediante la aplicación de la Escala HADS.

Resultados: 11% de estudiantes tienen familias disfuncionales y 2,4 % familias severamente disfuncionales. La prevalencia de depresión fue 24,7% y de ansiedad del 19,7%. Se encontró asociación entre ansiedad y depresión con familias disfuncionales. Los estudiantes con familias disfuncionales presentaron 2,03 veces más síntomas de ansiedad (IC95% 1,28-3,24) y 2,07 veces más síntomas de depresión (IC95% 1,31-3,26), que los estudiantes con familias funcionales. La asociación se mantuvo significativa después del ajuste por otras variables.

Conclusiones: Se evidenció que la disfunción familiar se asocia de forma estadísticamente significativa con los síntomas de ansiedad - depresión en adolescentes tardíos y adultos jóvenes, siendo la depresión la patología de mayor presentación.

Palabras Clave: ansiedad, depresión, adolescentes, adultos jóvenes, funcionalidad familiar, disfunción familiar.

Abstract

Introduction: Depression and anxiety negatively impact significantly on the quality of life of adolescents and young people. There are few studies which demonstrate the role of the family and its relationship with states of depression and anxiety in university students.

Objective: To determine the prevalence of symptoms anxiety and depression and its association with family functionality in students in the first level of the PUCE, headquarters Quito, Ibarra, Portoviejo and Santo Domingo, academic term 2018.

Methods: A cross-sectional study was conducted analytical, in 847 students of the first level of the various headquarters, with ages of 18 to 25 years, who met the inclusion criteria. The data were collected through a survey of auto filling, family function was assessed using the Test FF-SIL. In both, the anxiety and depression was assessed through the application of the scale HADS.

Results: 11% of students have dysfunctional families and 2.4 % families severely dysfunctional. The prevalence of depression was 24.7% and anxiety of 19.7%. It was found association between anxiety and depression with dysfunctional families. Students with dysfunctional families presented 2,03 times more symptoms of anxiety (IC95% 1,28-3,24) and 2,07 times more symptoms of depression (IC95% 1,31-3,26), which students with functional families. The association remained significant after

Conclusions: It was evidenced that the family dysfunction was associated in a statistically significant way with the symptoms of anxiety - depression in adolescents belated and young adults, and depression is the pathology of further presentation.

Keywords: anxiety, depression, adolescents, young adults, family functionality, family dysfunction.

Capítulo I

Introducción

La investigación del estado de salud mental en los estudiantes que ingresan a la vida universitaria no es casualidad. En los últimos años se han realizado múltiples estudios enfocados específicamente a depresión y ansiedad. (Arrieta Vergara, Díaz Cárdenas, & González Martínez, 2014) La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural de las personas, que permite un estado de alerta ante eventos amenazantes; por ello un cierto grado de ansiedad proporciona el componente adecuado de precaución ante situaciones peligrosas. Sin embargo, si el sistema de respuesta ansiedad se presenta en momentos inadecuados, de forma desproporcionada ante la situación, con una intensidad y duración que interfiera con las actividades normales de la persona, se transforma en un trastorno. (Reyes, Monterrosas, & Navarrete, 2017) De igual forma, la depresión es un desorden clínico frecuente del grupo de los trastornos afectivos, que altera no sólo la capacidad afectiva de las personas, sino que provoca también la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes los rodean. (Reyes et al., 2017)

El ingreso a la universidad es considerado una crisis normativa de cambio de status, una etapa significativa en la vida de los jóvenes, que experimentan modificaciones relacionadas con sus responsabilidades académicas, familiares y sociales, donde los principales temores de los estudiantes radican en conocer la nueva forma de calificaciones, la sobrecarga, su facilidad para hacer amigos y adaptarse al nuevo ambiente. (Gómez & Gundín, 2016). Se considera a esta etapa de transición como una carrera de obstáculos, en la medida que tienen que ajustar las expectativas familiares, con sus esfuerzos personales para alcanzar los estándares académicos

requeridos, pues el tener una trayectoria escolar exitosa refuerza la autoconfianza y eleva la autopercepción de su valor social a futuro. (Giraldo, Palacios, Salazar, & Sánchez, 2018)

La familia desde la perspectiva social, es la unidad social básica formada por dos o más individuos que viven juntos y cooperan en actividades económicas, sociales y protectoras para el cuidado de los hijos y que se encuentran en permanente interacción, permitiendo a sus integrantes evolucionar y adaptarse a los inevitables cambios que corresponden al desarrollo familiar (Armas, Díaz, 2007). La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis que atraviesa y de acuerdo a ello el buen o mal funcionamiento de la familia, en el grado en que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional. Por ello el interés de la relación entre funcionamiento familiar y el inicio o curso de los trastornos del estado de ánimo.

A nivel de Ecuador, hay pocos estudios que evidencien funcionalidad familiar y su asociación con estados de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios. Un estudio realizado en el cantón Santa Isabel, provincia del Azuay, del total de adolescentes estudiados, se encontró depresión y ansiedad en el 32.8%, y 27.5% de los participantes con familias disfuncionales versus un 22.6% y 10.4% en jóvenes provenientes de familias funcionales. De este estudio se concluye que la disfunción familiar aumenta el riesgo de depresión con un Odds Ratio del 1.68 (IC 95% 1.04-2.71) y ansiedad con Odds Ratio del 3.25 (IC 95% 1.84-5.74), (Abambari, Zhunio, Romero, Redrován, & Atiencia, 2013). Si bien este estudio muestra la situación en adolescentes, quienes todavía mantienen una fuerte dependencia con la familia, no se

ha presentado evidencia en estudiantes universitarios, quienes se enfrentan a nuevos cambios, y en quienes el rol de la familia se ha invisibilizado.

Esta investigación busca identificar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en los estudiantes de primer nivel de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y determinar su asociación con el grado de funcionalidad familiar, teniendo como premisa a comprobar que a mayor funcionalidad familiar habrá menor grado de ansiedad y depresión en los adultos jóvenes estudiados. El presente estudio, forma parte de un proyecto macro de investigación, financiado por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, titulado 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 estudiantes universitarios de Quito, Santo Domingo, Ibarra y Portoviejo durante 2018-2020.

Justificación

En los últimos años, se han realizado varias investigaciones enfocadas en depresión y ansiedad, desordenes clínicos frecuentes en la población general y dentro de la población universitaria. Dentro de los estudios realizados en nuestro país, se estima en los adolescentes, una prevalencia global de trastornos psiquiátricos entre un 15 y 20% y de trastornos psiquiátricos severos en un 5%. (Morla, Saad de Janon, & Saad, 2006) De igual manera en un estudio realizado en el cantón Santa Isabel provincia del Azuay, la prevalencia de depresión en pacientes jóvenes se ubicó en un 25.7% y ansiedad en 15.7% (Abambari, Zhunio, Romero, Redrován, & Atiencia, 2013)

Los estudiantes que ingresan a la vida universitaria presentan factores que los hacen vulnerables, como el enfrentar diferentes escenarios y nuevas exigencias en su intento de lograr su carrera profesional, con una prevalencia mayor en mujeres que

en hombres 15.35% (depresión leve) y 2.30% (depresión moderada), frente a un 5.30% (depresión leve) y 2.30% (depresión moderada) en mujeres. La ansiedad también es mayor en mujeres en relación a los hombres, con una media de 9.25 y 8.97 (Riveros, Hernández, & Rivera, 2007)

Existen pocos estudios que evidencien el papel de la familia y su relación con estados de depresión y ansiedad en los estudiantes universitarios. En estudios previos se ha encontrado que la disfunción familiar es un factor de riesgo estadísticamente significativo. Del total de jóvenes estudiados con familias disfuncionales el 32.8%, y 27.5% presentó depresión y ansiedad respectivamente versus un 22.6% y 10.4% en jóvenes provenientes de familias funcionales (Abambari et al., 2013).

La identificación oportuna de ansiedad y depresión permite no sólo disminuir al mínimo la posibilidad de fracaso académico, sino reducir de manera significativa otras conductas concomitantes de suponen riesgo para la salud como ideación suicida, consumo de cigarrillo o alcohol, desarrollo de conductas alimentarias desadaptativas e incluso psicosis. (Abambari et al., 2013).

Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo identificar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en los estudiantes de primer nivel de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y determinar su asociación con el grado de funcionalidad familiar, teniendo como premisa a comprobar que a mayor funcionalidad familiar habrá menor grado de ansiedad y depresión en los adultos jóvenes estudiados. La información procedente de este estudio permitirá contar con evidencia de la situación actual sobre ansiedad y depresión en los estudiantes que ingresan a la vida universitaria, con la finalidad de aportar a la previsión de

estrategias y políticas que favorezcan la transición del estudiante a la universidad, así como visibilizar la importancia de la familia en su curso de vida.

Problema de investigación

¿Cuál es la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión y cuál es su asociación con funcionalidad familiar en estudiantes universitarios de primer nivel de la PUCE, sedes Quito, Ibarra, Portoviejo y Santo Domingo, período académico 2018?

Objetivos

Objetivo general:

Determinar la prevalencia de síntomas ansiedad y depresión y su asociación con funcionalidad familiar en los estudiantes universitarios de primer nivel de la PUCE, sedes Quito, Ibarra, Portoviejo y Santo Domingo, período académico 2018.

Objetivos específicos:

- Identificar la prevalencia de problemas de salud mental como ansiedad y depresión según edad, sexo, carrera y situación económica en los estudiantes universitarios de primer nivel de la PUCE, sedes Quito, Ibarra, Portoviejo y Santo Domingo, período académico 2018.
- Determinar la asociación de los problemas de salud mental con el grado de funcionalidad familiar en los estudiantes universitarios de primer nivel de la PUCE, sedes Quito, Ibarra, Portoviejo y Santo Domingo, período académico 2018.

- Analizar si la prevalencia de ansiedad y depresión asociada a disfuncionalidad familiar presenta diferencias por sexo, edad y situación económica en los estudiantes universitarios de primer nivel de la PUCE, sedes Quito, Ibarra, Portoviejo y Santo Domingo, período académico 2018.

Hipótesis

H1: Existe asociación entre el grado de funcionalidad familiar y la prevalencia de síntomas ansiedad y depresión en los estudiantes universitarios de primer nivel de la PUCE, sedes Quito, Ibarra, Portoviejo y Santo Domingo, período académico 2018.

H0: No Existe asociación entre el grado de funcionalidad familiar y la prevalencia de síntomas ansiedad y depresión en los estudiantes universitarios de primer nivel de la PUCE, sedes Quito, Ibarra, Portoviejo y Santo Domingo, período académico 2018.

Capítulo II

Marco teórico

La elevada presencia de ansiedad y depresión en los grupos universitarios ha sido objeto de estudio durante mucho tiempo, por ello con esta investigación se busca determinar la prevalencia de síntomas ansiedad y depresión con asociación a funcionalidad familiar en los estudiantes universitarios de primer nivel de la PUCE, sedes Quito, Ibarra, Portoviejo y Santo Domingo, período académico 2018. La disfuncionalidad familiar asociada a otros factores, se ha vinculado al desequilibrio de la salud mental en estudiantes universitarios y jóvenes en general.

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

1. Definiciones iniciales:

La salud mental, definida como un estado de bienestar, según la Organización Mundial de la Salud en el año 2004, es elemento esencial de la calidad de vida personal, familiar y social, que permite al hombre, afrontar sus problemas y trabajar fructíferamente para el bienestar de la comunidad. Por su defecto la alteración de la salud mental, afecta la esfera cognoscitiva, afectiva y social de quienes la padecen, todo esto asociado a un evento estresante. (OMS, 2016).

A nivel mundial, cerca del 10 por ciento de la población presenta trastornos de ansiedad y depresión, que representan una carga económica y social importante, causantes de aproximadamente 1 millón de muertes por suicidio cada año; datos descritos por la OMS basados en la frecuencia de su presentación, coexistencia, comorbilidades, y discapacidad que producen. Entre 1990 y 2013, el número de personas afectas han aumentado cerca de un 50 por ciento, de 416 a 615 millones,

patologías de predominancia entre las mujeres en relación a los hombres. (OMS, 2016).

En Latinoamérica, Brasil, es el país que más casos de depresión y ansiedad presenta; Ecuador, se ubica en el puesto 11, con 4,6 por ciento de personas con depresión y en el puesto 9, con 5,6 por ciento de casos de ansiedad; datos que se reflejan en las atenciones registradas por el Ministerio de Salud Pública a nivel ambulatorio en el año 2015, enfermedades que persisten afectando a los ecuatorianos cada vez en cifras mayores. (Ministerio de Salud Pública, 2017).

1.2. Ansiedad:

La ansiedad es una respuesta natural, definida como un estado afectivo desagradable acompañado de cambios físicos y/o mentales, una señal de alarma ante el peligro, que permite al individuo prepararse frente a la amenaza. Puede ser adaptativa o desadaptativa, al presentarse como respuesta de protección frente a un estímulo o en ausencia de este, respectivamente. Siendo necesario algún grado de ansiedad para afrontar las exigencias diarias, transformándose en patológico cuando se da una sobre respuesta frente al estímulo, generando un trastorno significativo que demuestra malestar físico, psicológico y conductual. (Reyes et al., 2017)

1.3. Depresión:

La depresión frecuentemente es confundida con experimentar solo tristeza profunda, pero esta patología, también presenta apatía frente a las actividades antes placenteras, variaciones en el índice de masa corporal, trastornos del sueño o cansancio crónico; asociado a pensamientos reiterativos de culpa e inutilidad, y en los casos más graves, ideación e intento suicida. (Reyes et al., 2017) Pues la

depresión, se caracteriza por afectar las actividades diarias del hombre, generando sentimientos de desesperanza, reforzando pensamientos negativos que persisten por al menos dos semanas de manera continua; provocando la afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. (Belló et al., 2005).

2. Epidemiología de la ansiedad y depresión, en la adolescencia tardía:

La adolescencia tardía, comprendida de los 17 a 19 años, representa la etapa de transición entre niñez y adultez, donde se completan una serie de cambios importantes para consolidar la identidad del adolescente. Sin embargo, son personas emocionalmente cambiantes por las continuas alteraciones fisiológicas que experimentan, haciéndolos vulnerables a presentar trastornos en su proceso de maduración, cuantos más sean los factores a los que estén expuestos, mayores serán las posibles repercusiones en su salud mental. Se estima que aproximadamente un 20 por ciento de adolescentes en el mundo presentan problemas mentales y de comportamiento, que inician en la adolescencia media; sin embargo, estos siguen sin ser diagnosticados ni tratados oportunamente, por la ausencia de conocimiento en el personal de salud y por el estigma del adolescente que les impide buscar ayuda. (OMS, 2016).

La depresión es la patología que mayor morbilidad provoca a nivel mundial entre adolescentes tardíos, entre tanto el suicidio es la tercera causa de muerte entre adolescentes y adultos jóvenes, 62 000 adolescentes de países de bajos o medianos ingresos murieron en 2016 por autolesiones. Y la ansiedad común durante la infancia y adolescencia, aumenta la probabilidad de desarrollo a largo plazo de un trastorno depresivo si aparece en edades tempranas. (OMS, 2016).

3. Epidemiología de la ansiedad y depresión en el adulto joven:

El adulto joven, se encuentran entre los 20 a los 34 años, etapa donde comienzan a realizar su proyecto de vida, dirigido hacia trabajo o pareja, expuesto en forma continua ambientes con gran carga de exigencias, que ponen a prueba sus competencias y habilidades, en la busca de alcanzar sus objetivos. Este desarrollo de nuevas responsabilidades asociadas a grandes presiones familiares, económicas y sociales, ponen al adulto joven en riesgo de deterioro en su salud mental, desarrollando ansiedad y depresión. (Reyes et al., 2017)

Sobre todo, la depresión afecta a más de 300 millones de habitantes en todo el mundo, al ser un problema complejo, cuando es de larga duración e intensidad, causando sufrimiento y alterando las actividades laborales, escolares y familiares. Y asociado a riesgo de suicidio, como la segunda causa de muerte en este grupo etario; anualmente provoca la muerte de cerca de 800 000 personas, pues la gran mayoría de jóvenes que padecen depresión no reciben tratamiento en su primer episodio, aumentando la probabilidad de presentar nuevos eventos de mayor intensidad a lo largo de su vida. (OMS, 2018).

4. Factores desencadenantes e intervinientes para el desarrollo de trastornos mentales, ansiedad y depresión:

El origen de los trastornos mentales, es multifactorial debido a factores genéticos, familiares y sociales, que, asociados a características cognoscitivas y conductuales, desarrolladas desde edades tempranas adolescencia o adultez, provocan la aparición de ansiedad o depresión.

Algunos de los factores de riesgo reconocidos con una mayor asociación en el desarrollo de la ansiedad, son:

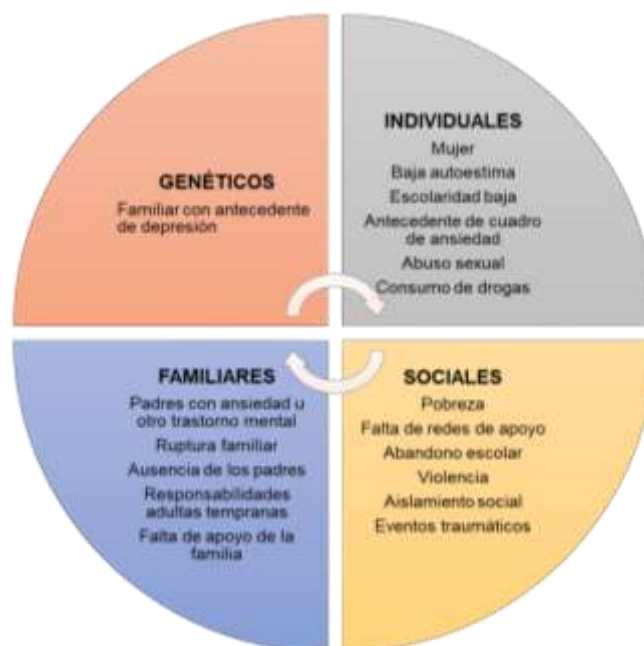
Figura 1: Factores de riesgo asociados a padecer ansiedad.



Fuente: Benjet, Borges et al., 2009; Gladstone, Beardslee, 2011

Factores de riesgo asociados con depresión, por su mayor influencia para su desarrollo desde edades tempranas:

Figura 2: Factores de riesgo asociados a padecer depresión.



Fuente: Benjet, Borges et al., 2009; Gladstone, Beardslee, 2011.

5. Ansiedad y depresión, asociado a riesgo de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes, en su rol de estudiantes:

Los estudiantes universitarios, adolescentes o adultos jóvenes, expuestos a situaciones estresantes en su ambiente de formación, con excesiva demanda asistencial, agotamiento psíquico e insatisfacción, pueden llegar a desarrollar ansiedad y/o depresión, que provocan deterioro significativo en sus actividades en la vida social, laboral y comunitaria. El comportamiento suicida, es la complicación más grave de los trastornos psiquiátricos, la OMS estima que aproximadamente un millón de personas al año mueren por suicidio, con cifras en incremento a partir del 2020 pudiendo llegar a los 1,5 millones, de los cuales la mitad de los casos corresponde a trastornos depresivos y en menor proporción a casos de ansiedad, con un mayor riesgo en casos de coexistencia. (OMS, 2016).

Patología, que se ha convertido en un problema de salud pública, con alto impacto en los ámbitos social, psicológico y económico a nivel mundial, que se manifiesta en presencia de pensamientos de morirse, en amenazas e intentos deliberados de quitarse la vida, considerándose a la ideación suicida como el mejor predictor de un intento de suicidio, y los intentos repetitivos como predictor de consumación. El riesgo de suicidio fue mayor en pacientes con depresión con un OR de 3.4 y con comorbilidad ansiedad-depresión presentó un OR de 4.3 con mayor predominio entre el sexo femenino. (Baca & Aoraca, 2014)

6. Manejo de ansiedad y depresión de adolescentes y adultos jóvenes, en su rol de estudiantes:

El manejo de la patología mental, representa un gran desafío, al ser trastornos crónicos e incapacitantes, por ello las estrategias de prevención e intervención temprana son el área principal de estudio en la actualidad; en busca de afrontar los

factores de riesgo causales y reforzar los factores protectores, con el fin de cambiar el proceso fisiopatológico de la enfermedad. Es por ello que la intervención en edades precoces, es tan relevante y justifica con creces los costos empleados, pues contribuyen a cambiar los factores individuales causantes de patología, que asociados a psicoterapia y redes sociales de apoyo son más eficaces que el tratamiento farmacológico. (Castañeda, 2016)

La promoción de la salud, fundamentada en el refuerzo de los factores resilientes logran una reestructuración cognitiva en las personas para conseguir su equilibrio emocional frente a situaciones de amenaza, anulando los factores endebles, y fortaleciendo los protectores; haciendo que el adolescente deje de ser la víctima y logre una vida social inclusiva, apoderándose de sus propias problemáticas. (Balis & Postolache, 2008). Además, en varios estudios mencionan a la religión como factor protector de ideación y comportamiento suicida, dependiendo del contexto cultural en el cual se profese. (Hagaman et al., 2013)

En diversas unidades de Europa, hacen referencia a la aplicación de talleres para mejorar la autoestima, los cuales favorecen a prevenir el intento de suicidio en adolescentes. Es importante aumentar las intervenciones y estudios de esta índole, teniendo en cuenta que el suicidio se constituye en un importante problema de salud en adolescentes y jóvenes; aprovechando los espacios académicos para crear estrategias preventivas, mediante programas de apoyo para educadores y padres de familia con realce en estilos efectivos de crianza, pues el éxito de estas intervenciones radica en el trabajo conjunto del adolescente, profesor, familia y profesional de la salud. (Castañeda, 2016)

En la actualidad, es de gran interés la atención plena desarrollada en la estrategia mindfulness, una forma de relajación que permite a la persona centrarse en tomar conciencia de sus propios pensamientos, emociones, sin juicios de valor con el fin de erradicar hábitos de frustración. Estas intervenciones aplicadas en el campo educativo; están fundamentadas en la prevención de trastornos mentales, promoción del equilibrio emocional y fortalecimiento de la autoestima en jóvenes, mostrando mejores resultados en mujeres al reducir sus síntomas de ansiedad, depresión y estrés. (Langer, Schmidt, Aguilar-Parra, & Cid, 2017)

FAMILIA Y SU IMPORTANCIA EN LA SALUD MENTAL

1. Definición:

La definición de familia, es un concepto dinámico adaptado al contexto, que ha sufrido numerosas transformaciones de acuerdo a la época en la que se desarrolla, recalcando que no se puede hablar de familia como forma de constitución única, pues en la actualidad hay múltiples formas y maneras de constituir a la familia. Recordando que cada familia tiene su propia composición dinámica, cultural y economía. (Armas, Díaz, 2007).

Desde perspectiva de la Teoría de sistemas, la familia es un sistema total, abierto y autorregulado, configurado por varios subsistemas con los cuales interactúa constantemente a través de dinámicas de comunicación e intercambio mutuo; que le permite a la familia transformarse continuamente para mantener su homeostasis. (Potenciadoras et al., s. f.)

Durante el desarrollo del proyecto de investigación, se entenderá por familia al conjunto de personas que comparten un proyecto de vida en común, generando lazos afectivos, que comparten económica y estructuralmente un hogar en común.

2. Funcionalidad Familiar:

El funcionamiento de la familia, en base a la Teoría General de Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy, es definido como las cualidades que caracterizan y diferencian a la familia como sistema, en su forma de transformarse frente al cambio; permitiendo al sistema familiar tener la flexibilidad de adaptación frente a las crisis asociado a lograr una definición del espacio familiar interno. La familia como un sistema activo en transformación constante, para mantener la continuidad y crecimiento de sus integrantes; a través del equilibrio dinámico entre la tendencia homeostática y la capacidad de transformación. En cuyo proceso de adaptación intervienen un mecanismo de retroalimentación negativa que se orienta a mantener el equilibrio y una retroalimentación positiva dirigida hacia el cambio. (Armas, Díaz, 2007).

2.1. Factores para mantener la funcionalidad familiar:

La familia debe mantener límites generacionales claros, bien definidos, donde sus integrantes sean conscientes que constituyen un todo, a cargo de una autoridad parental, con solidez afectiva, y que cumple con su rol establecido; trabajando conjuntamente para buscar el crecimiento individual, y la restructuración adaptativa del grupo familiar como respuesta a los cambios madurativos y ambientales. (Tomas & Bargada, 2002)

La comunicación es otro pilar fundamental en la funcionalidad de la familia, constituyendo un amplio abanico de sentimientos, con alto nivel de empatía que deja de lado la percepción de los conflictos como negativos e irresolubles. Manteniendo un reforzamiento positivo, como premio a los pequeños logros, y evitando acentuar los comportamientos indeseables. (Carreras, 2014)

Otra característica importante para la funcionalidad, es siempre evitar las coaliciones internas, manteniendo actitud flexible sin romper las delimitaciones internas, entendiendo que la familia es una estructura con capacidad para negociar, a través de una clara comunicación que facilita la resolución de los problemas y la readaptación personal. (Carreras, 2014)

Esta estructuración familiar ofrece a sus miembros un alto nivel de apoyo emocional, induciendo de manera simultánea la individualización y la autonomía, creando un alto nivel de autoestima entre sus integrantes. (Tomas & Bargada, 2002)

2.2 Instrumentos para medir funcionalidad familiar:

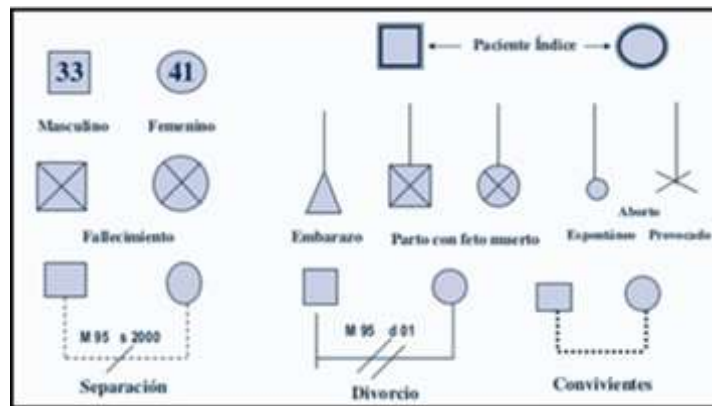
Existen varios instrumentos para evaluar la funcionalidad de la familia. Entre los más utilizados se encuentran los siguientes:

Familiograma: es un instrumento que permite conocer la estructura familiar y funcionalidad, a través de graficar la dinámica de tres generaciones; su elaboración debe completarse en varias consultas, pero debe iniciarse en la primera entrevista.

Familiograma estructural: es la representación gráfica de la familia en un tiempo determinado, mostrando los integrantes de la familia sin denotar sus interacciones; a través de simbología que permite visualizar ciertos detalles de la dinámica familiar; primero se identifica la familia según sus apellidos, luego se anota la fecha de su elaboración y posteriormente se anota el domicilio.

Simbología más frecuente utilizada para representar a los diferentes miembros de la familia:

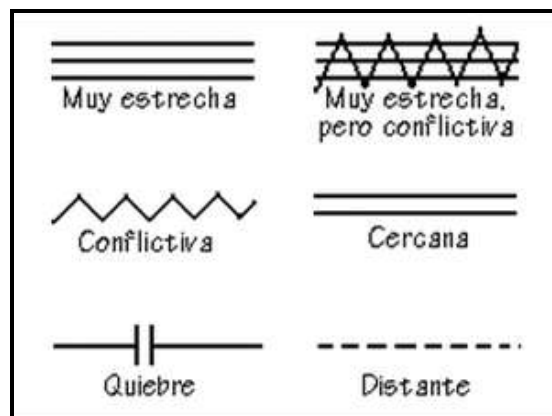
Figura 3: Simbología frecuente del familiograma estructural



Fuente: Alegre & Suárez, 2006. Armas, Díaz, 2007.

Familiograma funcional: permite mediante símbolos conocer la funcionalidad de la familia, los cuales se añaden al familiograma estructural. Siempre enmarcando a la familia de estudio mediante líneas discontinuas que señalan sus límites.

Figura 4: Simbología frecuente del familiograma funcional



Fuente: Alegre & Suárez, 2006. Armas, Díaz, 2007.

No se ha definido tiempo exacto para actualizar el familiograma, pero se recomienda hacerlo cuando en la familia se han generado cambios sea en su estructura o funcionalidad. (Alegre & Suárez, 2006)

El ecomapa: facilita observar las relaciones que mantiene la familia con los supra sistemas sociales más cercanos: la familia extendida, el sistema escolar, el trabajo, los grupos de amigos, la iglesia, los grupos sociales, el vecindario. (Armas, Díaz, 2007)

El círculo familiar: es una forma gráfica de representar la familia, de manera rápida y fácil, consiste en dibujar círculos que representan a la persona y sus familiares, dentro o fuera de un círculo grande que simboliza a la familia como un todo. Se pueden usar círculos de diverso tamaño, color, posición de acuerdo a su realidad; en busca de entender las relaciones familiares. (Armas, Díaz, 2007)

Apgar familiar: instrumento que valora de forma cuantitativa el funcionamiento familiar, en estudios poblacionales el test debe ser contestado por dos integrantes y excluir a las familias en momentos de crisis. Este acrónimo APGAR, permita evaluar respectivamente, adaptación ante los cambios, participación de sus integrantes en busca de soluciones, crecimiento de cada miembro de la familia mediante el apoyo familiar, el amor existente en la familia y los recursos compartidos. Funciones que son evaluadas por medio de 5 preguntas, que permiten diferenciar a la familia en 4 categorías; funcional, disfuncional leve, moderada y severa de acuerdo a su puntaje. (Alegre & Suárez, 2006)

FF-SIL: escala que evalúa la funcionalidad familiar a través de medir la dinámica familiar, basado en siete pilares de interacción a través de 2 preguntas en cada uno; cohesión o unión física y emocional de sus integrantes, armonía entre cada uno de los subsistemas y la familia como sistema macro, adaptabilidad para reacomodarse antes las crisis, capacidad de demostración de

afectividad, cumplimiento de roles al interior de la familia, comunicación y permeabilidad de relación con otros subsistemas sociales. Además de permitir clasificar a la familia en funcionales o disfuncionales, identifica el área de mayor conflicto en la familia, para facilitar el desarrollo de estrategias de intervención. (Armas, Díaz, 2007). Escala que fue utilizada en este proyecto de investigación, por su alta coherencia interna, fácil aplicabilidad, y buena comprensión e interpretación por cualquier miembro del equipo de salud, responsable de su aplicación.

FACES III: escala de evaluación de funcionalidad en base a cohesión (pertenencia y autonomía) y adaptabilidad familiar (reglas y flexibilidad), valorando 20 preguntas; que permiten clasificar a la familia, por su cohesión en desvinculadas, separadas, conectadas y amalgamadas. Y por su adaptabilidad en familias rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas.

3. Disfuncionalidad Familiar:

La familia disfuncional se define como un ente conflictivo, no funcional ante la sociedad en la cual se desempeña, caracterizada por no presentar límites sociales, financieros o intelectuales; siendo el incumplimiento de las funciones básicas de la familia, lo que impide fomentar el desarrollo adecuado de sus integrantes. (Carreras, 2014)

Se caracterizan por negar la existencia de dificultades en su núcleo familiar, usando las mentiras para ocultar su realidad y aparentar normalidad, fomentando la frustración e ira; haciéndolos incapaces de afrontar sus problemas y a través de la violencia e intolerancia se niegan a recibir ayuda; lo que les lleva a promover la

crisis entre pares, aislándolos completamente de la colectividad. (Armas, Díaz, 2007).

Sin embargo, definir a una familia como funcional o disfuncional resulta complicado, pues todas son únicas de acuerdo a su estructura, integración, hábitos, costumbres y patrones de comportamiento; que atraviesan crisis durante cierto tiempo provocando alteraciones en su adaptación. (Solórzano et al., 2001)

Por eso es prudente ver el contexto familiar, a la hora de etiquetarla como disfuncional, pues solo cuando hay predominio de estos patrones en la dinámica familiar se habla de disfuncionalidad.

3.1. Factores que desencadenan disfunción familiar:

Wen-Shing y Mc Dermott en 1979 proponen que la familia se torna disfuncional en base a tres ejes: el desarrollo familiar, sistema familiar y grupo familiar, a causa de factores que rompen la armonía con difícil capacidad de reorganización. (Solórzano et al., 2001)

En la disfunción del desarrollo familiar, interviene:

- La disfunción primaria en la pareja, conflictos e incapacidad para establecer seguridad marital.
- La disfunción en la expansión por la inadecuada preparación de los padres a la llegada de los hijos, con la posterior dificultad de establecer roles.
- La disfunción familiar por el ultimo hijo debido a la insuficiencia adaptación al hijo más joven, al no proveer un ambiente psicológico para la reorganización de la familia como grupo.

- Disfunción en la maduración debido al crecimiento de los hijos y a su separación del núcleo familiar, por la dificultad en el desprendimiento de los hijos con incompetencia para reestablecer el equilibrio conyugal.
- Disfunción en la familia en fase de muerte, por su escasa preparación y la falta de aceptación del deceso de uno de los conyugues.

En la disfunción del sistema familiar, interviene:

- Disfunciones del subsistema conyugal por conflictos en busca de poder, complementaria con asociación de dos personas de carácter patológico, dependencia mutua, o por incompatibilidad en cuanto a personalidad, forma de vida y escalas de valores.
- Disfunciones del subsistema parental que afectan la interacción de padres e hijos.
- Disfunciones del subsistema filial con patología en la interrelación entre hermanos o coalición contra los padres. (Solórzano et al., 2001)

En la disfunción del grupo familiar:

- Disfunciones estructural-funcionales, con existencia de alteración en la organización, integración, vínculos grupales, división de roles y comunicación, dando lugar a la formación de familias hipo funcionantes capitaneada por padres con personalidad inmadura, familia sobre estructurada con padres perfeccionistas, faltos de interacción emocional y afectiva entre sus miembros.
- Disfunción en las relaciones sociales, familia socialmente aislada de la comunidad, desviada por tener una posición contraria a la moral predominante en la comunidad. (Solórzano et al., 2001)

3.2. Consecuencias de la disfunción familiar en el desarrollo de ansiedad y depresión.

En los estudiantes universitarios, el deterioro de la salud mental se asocia a variables individuales, personales, psicosociales, familiares y propias de la vida académica; esto descrito por Arrivillaga y colaboradores, quienes caracterizaron la depresión en jóvenes universitarios de Cali; resaltando el impacto negativo de la disfunción familiar en las alteraciones del estado de ánimo en este grupo, pues durante la adolescencia y adultez los conflictos familiares se manifiestan de manera negativa en las esferas emocional y psíquica. (Arrivillaga, Cortés, Goicochea, & Lozano, 2004). Porque cuando el funcionamiento se altera por situaciones emergentes, se requiere que sea el mismo sistema familiar quien afronte los requerimientos individuales, grupales y sociales frente al cambio. (Morla et al., 2006)

Al ser la familia disfuncional, un problema complejo crea conflictos entre sus integrantes, minimizando su rol principal de protección y convirtiéndolo en factor para desarrollar patología mental; estableciendo conductas incompatibles con el propio contexto cultural del hogar. Además de distorsionar la comunicación familiar, tornándose incoherente, confusa e indirecta, generando un ambiente hostil entre los miembros del sistema. (Santander, Zubarew, Santelices, Argollo, Cerda & Bórquez, 2008) (Morla et al., 2006)

Esto convierte actualmente a la disfunción en un estilo de vida familiar, que produce aislamiento social, distorsión de roles por reglas familiares confusas, rígidas e injustas, provocando que los jóvenes crezcan sin seguridad, atención y afecto necesario para ser personas independientes con buena autoestima, capaces de enfrentar las dificultades de su vida cotidiana; permitiendo en los

adolescentes y jóvenes el desarrollo de conductas agresivas, baja autoestima, depresión, ansiedad, angustia, dificultad en el aprendizaje y a largo plazo maltrato físico y psicológico. (Santander et al., 2008)

Efectos que han sido descritos y confirmados en varios estudios, que asocian funcionalidad familiar con apareamiento de ansiedad y depresión en los miembros de la familia. (Morla et al., 2006; Abambari et al., 2013; Ortega & Osorio, 2003)

4. Manejo de disfunción familiar en el adolescente y adulto joven:

La disfunción familiar, representa un gran reto para el médico, desde la complejidad de su diagnóstico hasta la exigencia de un tratamiento psicodinámico e integral. En varias universidades que buscan el manejo de familia disfuncional, han desarrollado diversos programas de intervención familiar con manejo multidisciplinario dirigido a la preservación familiar y a la capacitación autónoma de padres en el rol parental, enfatizando el fortalecimiento familiar, con potenciación de elementos positivos para promocionar la salud. Estos programas pautan mensualmente reuniones grupales con sus pares a nivel institucional, y a nivel domiciliario reúne a los adolescentes junto a su familia, para abordar las fortalezas y debilidades de cada uno. También se realizan talleres de manejo de frustraciones e ira, fortalecimiento de la autoestima, e implementación de la comunicación efectiva y escucha empática entre padres e hijos. (Cárdenas, 2016) (Higuera & Cardona, 2016)

Dada la bibliografía que prepondera el impacto negativo de la disfunción familiar en las alteraciones del estado de ánimo en adolescentes y adultos jóvenes, con gran impacto en el ámbito sanitario y educativo, se encuentra una situación excepcional para valorar la asociación entre ansiedad y depresión con disfuncionalidad familiar.

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Operacionalización de variables

LISTADO DE VARIABLES

Variable dependiente: ansiedad y depresión.

Variables independientes: Funcionalidad familiar.

Variables intervinientes: sexo, edad, estado civil, religión, carrera universitaria, sede en la cual estudia, sustento económico estudiantil, situación económica, con quién vive actualmente y donde residía antes de comenzar la universidad.

Tabla 1: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA	INDICADOR	FUENTE
ANSIEDAD	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad		Cualitativa nominal	Si No	Frecuencia Porcentaje	Escala HADS
DEPRESIÓN	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.		Cualitativa nominal	Si No	Frecuencia Porcentaje	Escala HADS
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	El conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia.	Cohesión Armonía Comunicación Adaptabilidad Afectividad Roles Permeabilidad	Cuantitativa transformada a categorías	Funcional Moderadamente funcional Disfuncional Severamente disfuncional	Frecuencia Porcentaje	Test FF-SIL
EDAD	Meses cumplidos hasta la encuesta.		Cuantitativa continua transformada a categorías	18 a 25 años	Frecuencia Porcentaje	Encuesta

SEXO	Características físicas y sexuales		Cualitativa nominal	Masculino Femenino	Frecuencia Porcentaje	Encuesta
ESTADO CIVIL	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.		Cualitativa nominal	Soltero Divorciado Convive Unión Libre Viudo	Frecuencia Porcentaje	Encuesta
RELIGIÓN	Profesión y observancia de la doctrina religiosa.		Cualitativa nominal	Católica Testigo de Jehová Evangélica Otras: Adventista Ninguna	Frecuencia Porcentaje	Encuesta
SEDE EN LA CUAL ESTUDIA	Lugar donde está ubicado la unidad universitaria.		Cualitativa nominal	Quito Ibarra Portoviejo y Santo Domingo	Frecuencia Porcentaje	Encuesta
FACULTAD	Centro docente de educación superior, en general perteneciente a una universidad.		Cualitativa nominal	Medicina Enfermería Psicología Arquitectura, etc.	Frecuencia Porcentaje	Encuesta
CARRERA UNIVERSITARIA	Estudios que un individuo desarrolla en una universidad con el objetivo de alcanzar un grado académico.		Cualitativa nominal	Medicina Enfermería Ingeniería Civil Psicología clínica, etc.	Frecuencia Porcentaje	Encuesta
SUSTENTO ECONÓMICO ESTUDIANTIL	Apoyo económico destinado a la vida estudiantil.		Cualitativa nominal	Pagan sus padres Recibe beca de la universidad o del estado Autofinanciado Crédito educativo	Frecuencia Porcentaje	Encuesta
SITUACIÓN ECONÓMICA	Se refiere al conjunto de bienes que integran el patrimonio de una persona.		Cualitativa nominal	muy buena buena regular mala muy mala	Frecuencia Porcentaje	Encuesta
CON QUIÉN VIVE ACTUALMENTE	Grupo de personas que viven bajo el mismo techo.		Cualitativa nominal	Padres Pareja Familiar Solo, etc.	Frecuencia Porcentaje	Encuesta
DONDE RESIDÍA ANTES DE COMENZAR LA UNIVERSIDAD	Lugar donde una persona vive por un tiempo.		Cualitativa nominal	Esta misma Migré de otra ciudad	Frecuencia Porcentaje	Encuesta

2. Tipo y Diseño de la Investigación

Se realizó un estudio transversal analítico.

3. Población del estudio

El presente estudio formó 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 de Quito, Santo Domingo, Ibarra y Portoviejo durante 2018-2020, por lo cual se tomó como base la misma población de estudio, los estudiantes del primer semestre del período académico 2018 de la PUCE, sedes Quito, Ibarra, Portoviejo y Santo Domingo.

4. Muestra poblacional

La muestra fue seleccionada 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 Secretarías de cada Unidad Académica. De un total de 940 encuestados, 847 estudiantes del primer nivel de las sedes Quito, Ibarra, Portoviejo y Santo Domingo de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, cumplieron con los criterios de inclusión y participaron en el estudio, respondiendo voluntariamente a las preguntas de ansiedad y depresión, como de funcionalidad familiar.

5. Criterios de inclusión

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

6. Criterios de exclusión

- Discapacidad física u otra que le impida responder el cuestionario
- 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).

7. Procedimientos de recolección de información:

Los estudiantes seleccionados fueron captados en sus aulas de clase, en un horario permitido por sus docentes para no interferir con sus actividades normales, donde se les informó de los objetivos, procedimientos, riesgos y compensaciones de la investigación mediante un consentimiento informado, donde los estudiantes que estuvieron de acuerdo en participar firmaron dicho consentimiento, garantizando su participación voluntaria. A los universitarios que aceptaron participar se les aplicó la encuesta de auto llenado, que duró aproximadamente 45 minutos en completarla.

Los datos para el presente estudio, fueron tomados de la encuesta aprobada y validada por el Comité de Ética (Anexo 3), correspondiente a la investigación principal “Hábitos y estilos de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con variables clínico-nutricionales y psicosociales”, que contiene formularios sobre datos demográficos, hábitos alimentarios, patrones de actividad física, apoyo social, funcionalidad familiar, ansiedad y depresión, consumo de tabaco, alcohol y sustancias, y salud sexual. (Anexo 4)

Tomando en cuenta esta consideración, los datos sobre funcionamiento familiar se recogieron mediante la aplicación del Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

creado en 1993 en Cuba por Isabel Louro Bernal, y validado por Dolores De la Cuesta y colaboradores en 1999 (Ortega, De la Cuesta, & Días, 1999), que constituye una prueba de alta confiabilidad por su estabilidad y coherencia interna, al tratarse de un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares en diversas dimensiones como la cohesión, armonía, comunicación, afectividad, rol y permeabilidad, permitiéndonos identificar el área de mayor conflicto en la familia.

Además, es de fácil aplicación y comprensión para cualquier nivel de escolaridad, que puede ser calificado e interpretado por cualquier miembro del equipo de salud. El test consta de siete dimensiones fundamentales en la interacción familiar, valorados mediante dos preguntas para cada uno de los parámetros, con una escala de 5 respuestas cualitativas, que finalmente podrán permitir clasificar a las familias en funcionales o disfuncionales. (Anexo 1)

Los síntomas de ansiedad y depresión, fueron evaluados mediante la aplicación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), que fue creada por Zigmond y validada en México en 1983 (Zigmond & Snaith , 1983), seleccionada entre otras varias escalas con el mismo fin, por ser un instrumento corto de autoevaluación, útil a la hora de proporcionar preguntas clave para detectar malestar emocional y sobre todo su mayor ventaja es excluir ítems de carácter somático que pudieran sesgar la investigación, permitiendo de manera simultánea evaluar tanto el diagnóstico como la gravedad del trastorno (Grupo de trabajo, Septiembre 2008). Esta escala ha demostrado ser también aplicable para el contexto comunitario. (Anexo 1)

8. Procedimientos de diagnóstico e intervención:

La aplicación de la escala FF-SIL, para valorar el grado de funcionalidad familiar, permitió clasificar a las familias de los estudiantes universitarios en funcionales o

disfuncionales. Esto evaluando catorce dimensiones o situaciones que pueden presentarse o no en la familia, distribuidas en siete dimensiones, permitiéndonos identificar el área de mayor conflicto en la familia, y guiar en posteriores estudios al desarrollo de estrategias de intervención terapéutica acorde a la necesidad específica de cada familia. (Anexo 1)

- **Cohesión:** Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. Preguntas 1 y 8.
- **Armonía:** Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. Preguntas 2 y 13.
- **Comunicación:** Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. Preguntas 5 y 11.
- **Permeabilidad:** Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. Preguntas 6 y 10.
- **Afectividad:** Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros. Preguntas 4 y 14.
- **Roles:** Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. Preguntas 3 y 9.
- **Adaptabilidad:** Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera. Preguntas 7 y 12.

Estas dimensiones se califican en base a dos preguntas por cada uno, con un puntaje que varía de 1 a 5 de acuerdo a la frecuencia como se presenta tal situación en la familia.

SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES	POCAS VECES	CASI NUNCA
1	2	3	4	5

Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera (Ortega et al., 1999):

Familia funcional	De 70 a 57 puntos
Familia moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Familia disfuncional	De 42 a 28 puntos
Familia severamente funcional	De 27 a 14 puntos

Para el diagnóstico de ansiedad y depresión, se aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), que evalúa síntomas cognitivos-conductuales y excluye síntomas somáticos como insomnio, fatiga y pérdida de apetito. Esto se lo realiza a través de dos subescalas de 7 ítems cada una, HAD A para ansiedad y HAD D para depresión, permitiendo evaluar las dos entidades al mismo tiempo, la puntuación de cada subescala puede variar entre 0 y 21, ya que cada ítem presenta cuatro opciones de respuesta, que van desde ausencia/mínima presencia = 0, hasta máxima presencia = 3 (Zigmond et al., 1983). (Anexo 1)

Al final se suman los puntos, y se obtiene como resultado lo siguiente:

0-7	No caso
8-10	Caso dudoso
11	Caso probable

9. Aspectos bioéticos

El presente estudio formó parte del proyecto macro de investigación titulado “Hábitos y estilos de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con variables clínico-nutricionales y psicosociales”, el cual fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la PUCE (CEISH-PUCE). (Anexo 4)

Los estudiantes fueron abordados en las aulas de clase, donde se les explicó los objetivos, procedimientos, riesgos y compensaciones de la investigación mediante un consentimiento informado (Anexo 2), el cual fue obtenido de los estudiantes de forma verbal y escrita antes de la entrega de los cuestionarios. Si los estudiantes estaban de acuerdo en participar firmaron dicho consentimiento, garantizando su participación voluntaria, pues no existe ningún tipo de retribución. En este estudio no existieron daños potenciales ya que únicamente se realizó encuestas de auto llenado para garantizar la integridad y la confidencialidad de los encuestados, y se entregaron en sobre cerrado a los participantes.

La información proporcionada fue compartida solamente con el equipo de investigación, sin revelar la identidad de los estudiantes, sin embargo, en las encuestas se solicitaron datos de identificación para futuras investigaciones de seguimiento. Y los datos se almacenaron en un cajón con llave ubicado en la oficina de Promoción de Salud, a la que tiene únicamente acceso la directora de la investigación.

Los resultados de la investigación serán presentados a las autoridades de la universidad, con la finalidad de que sean tomados en cuenta en la generación de políticas y reglamentos sobre promoción de salud y conductas de apoyo.

10. Plan de análisis de los datos

El presente estudio se realizó mediante: Descripción de las variables incluidas en la encuesta, correspondientes a salud mental y contexto familiar. Las variables cualitativas se analizaron mediante porcentajes y frecuencias, mientras que a las cuantitativas se las recodificó a nominales, transformándolas a categorías, y se las

analizó también por porcentajes y frecuencias. Posteriormente, se calcularon medidas de asociación, razones de prevalencia con sus respectivos intervalos de confianza.

Se realizó un análisis bivariado y multivariado mediante regresiones logísticas para identificar asociaciones significativas ($p < 0.05$) entre las esferas de salud mental, con el contexto familiar.

Se utilizaron los programas Excel y SPSS versión 25 (disponible en la PUCE) para el ingreso de los datos, limpieza de las variables y análisis posterior, así como para la elaboración de figuras.

Capítulo IV

Resultados

De un total de 940 encuestados, 847 estudiantes que representan el 90,1% respondieron a las preguntas para funcionalidad familiar, ansiedad y depresión, de acuerdo a las escalas FF-SIL, y HADS respectivamente. En la tabla 2 se muestra la frecuencia y porcentaje de estudiantes encuestados en cada sede en Quito fueron 67,7% (n= 573), en Ibarra 19,2% (n= 163), Santo Domingo 10,3% (n= 87), Portoviejo 1,7% (n= 14), y Chone 1,2% (n= 10).

Tabla 2: Estudiantes incluidos en la investigación por sedes. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018. (n=847)

Sede	Frecuencia	Porcentaje
Quito	573	67,7
Ibarra	163	19,2
Santo Domingo	87	10,3
Portoviejo	14	1,7
Chone	10	1,2
Total	847	100,0

Elaborado por: Jéssica Alvarado, posgradista Medicina familiar y Comunitaria.

Fuente: Encuesta Hábitos y estilos de vida, estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.

De acuerdo a las características sociodemográficas, el 42,3% (n=358) corresponden a estudiantes de sexo masculino y 57,7% (n=489) al sexo femenino; el 58,6% (n=496) son adolescentes y 41,4% (n=351) adultos jóvenes. Del total de estudiantes el 96,6% (n=818) son solteros, 2,5% (n=21) son casados, 0,8% (n=7) convive o unión libre y 0,1% (n=1) viudo; el 70,6% (n=598) tienen religión católica, el 7,6% (n=64) de religión evangélica, el 0,5% (n=4) es adventista, el 0,2% (n=2) testigo de jehová, 5,1% (n=43) tienen otras religiones, 0,4% (n=3) no sabe o no responde y 15,7% (n=133) no tienen ninguna religión.

El 52,5% (n=445) son de situación económica regular, 42,5% (n=360) de situación buena, 2,4% (n=20) con muy buena situación económica, 2,4% (n=20) con mala y 0,2% (n=2) con muy mala situación; de los cuales el 51,9% (n=440) viven actualmente con sus padres, 23,5%

(n=199) con su madre y 3% (n=25) con su padre solo, 3,2% (n=27) con madre y padrastro, 0,2% (n=2) con padre y madrastra, 8,55% (n=72) viven con otro familiar, 6,3% (n=53) viven solos, 2,5% (n=21) tienen compañero de departamento y 0,9% (n=8) pareja. De los estudiantes, el 22,8% (n=193) migraron a esta ciudad para estudiar y 77,2% (n=654) no lo hicieron. (ver Tabla 3).

Tabla 3: Características sociodemográficas de los estudiantes incluidos en la investigación. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018. (n=847)

Características	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	358	42,3
Femenino	489	57,7
Edad		
Adolescentes (18 a 19 años)	496	58,6
Adultos jóvenes (20 a 25 años)	351	41,4
Estado civil		
Soltero	818	96,6
Casado	21	2,5
Convive/ unión libre	7	0,8
Viudo	1	0,1
Religión		
Católica	598	70,6
Ninguna	133	15,7
Evangélica	64	7,6
Otras	43	5,1
Adventista	4	0,5
No sabe/ no responde	3	0,4
Testigo de jehová	2	0,2
Situación económica		
Regular	445	52,5
Buena	360	42,5
Muy buena	20	2,4
Mala	20	2,4
Muy mala	2	0,2
Con quién vive actualmente		
Padres	440	51,9
Madre	199	23,5
Otro familiar	72	8,5
Solo	53	6,3
Madre y padrastro	27	3,2
Padre	25	3,0
Compañero de departamento	21	2,5

Pareja	8	0,9
Padre y madrastra	2	0,2
Migró a esta ciudad para estudiar		
No	654	77,2
Si	193	22,8

Elaborado por: Jéssica Alvarado, posgradista Medicina familiar y Comunitaria.

Fuente: Encuesta Hábitos y estilos de vida, estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.

De acuerdo a la facultad que asisten los estudiantes encuestados, las más frecuentes fueron: Enfermería (23,8%) (n=202), Administración y Ciencias contables (14%) (n=119), Medicina (11,9%) (n=101), Arquitectura y Diseño (10,3%) (n=87) y Jurisprudencia (5,2%) (n=44). El 96,5% (n=743) reciben sustento económico para sus estudios por sus padres, y 3,5% (n=27) son autofinanciados. (ver Tabla 4)

Tabla 4: Frecuencia y porcentaje de estudiantes incluidos según facultad y sustento económico. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018. (n=847)

Características	Frecuencia	Porcentaje
Facultad		
Enfermería	202	23,8
Administración y Ciencias contables	119	14,0
Medicina	101	11,9
Arquitectura y Diseño	87	10,3
Psicología	70	8,3
Ingeniería	61	7,2
Ciencias de la educación	59	7,0
Jurisprudencia	44	5,2
C.c humanas	36	4,3
C.c exactas y naturales	29	3,4
Economía	14	1,7
Comunicación, lingüística y literatura	11	1,3
C.c filosóficas y teológicas	9	1,1
Trabajo social	5	0,6
Sustento económico estudiantil		
Pagan sus padres	743	96,5
Autofinanciado	27	3,5

Elaborado por: Jéssica Alvarado, posgradista Medicina familiar y Comunitaria.

Fuente: Encuesta Hábitos y estilos de vida, estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.

En la Tabla 5, de acuerdo a los estudiantes que respondieron al test FF-SIL que valora funcionalidad familiar, el 46,9% (n=397) tienen familia funcional, el 39,8% (n=337) tienen familia moderadamente funcional, el 11% (n=93) familia disfuncional y 2,4 (n=20) en familia severamente disfuncional.

Tabla 5: Funcionalidad familiar de los estudiantes según el Test FFSIL. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018. (n=847)

Funcionalidad familiar	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	397	46,9
Moderadamente funcional	337	39,8
Disfuncional	93	11,0
Severamente disfuncional	20	2,4
Total	847	100,0

Elaborado por: Jéssica Alvarado, posgradista Medicina familiar y Comunitaria.

Fuente: Encuesta Hábitos y estilos de vida, estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.

En la Tabla 6, de acuerdo a la percepción del funcionamiento familiar realizado a través del test FF-SIL, que mide el grado de funcionalidad basado en 7 dimensiones: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad. La dimensión mejor evaluada fue la cohesión, con una media de 8,30 (DE 1,80); mientras que la peor evaluada fue la permeabilidad, que logró una media de 6,94 (DE 2,08).

Tabla 6: Resultados de la media de Funcionalidad familiar de los estudiantes según el Test FFSIL de acuerdo a las dimensiones. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018. (n=847)

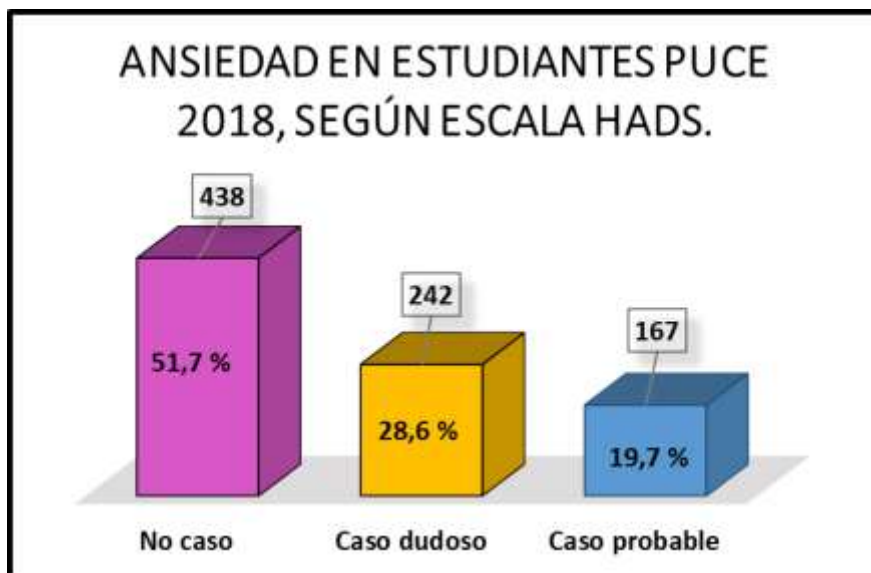
Dimensiones de la Funcionalidad familiar	Media	Desviación estándar
Cohesión	8,30	1,80
Armonía	8,00	1,80
Comunicación	7,58	1,96
Afectividad	8,06	1,99
Roles	7,68	1,81
Adaptabilidad	7,55	1,76
Permeabilidad	6,94	2,08

Elaborado por: Jéssica Alvarado, posgradista Medicina familiar y Comunitaria.

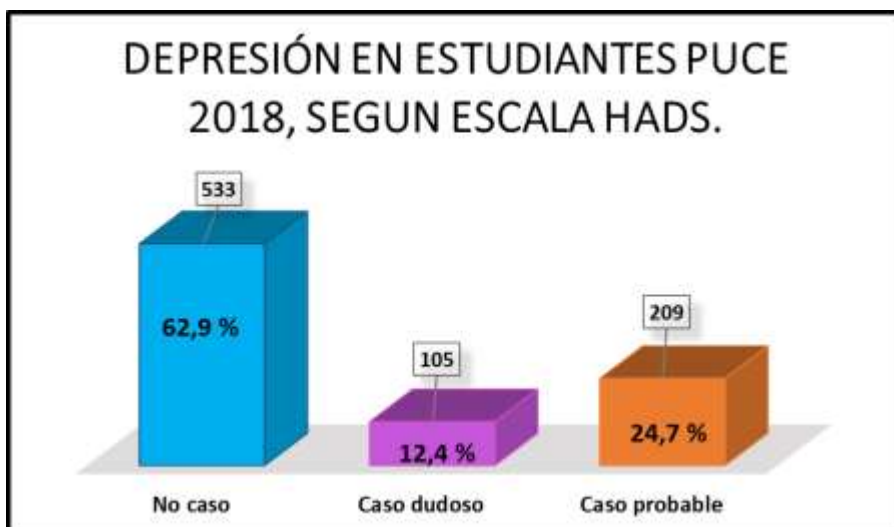
Fuente: Encuesta Hábitos y estilos de vida, estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.

Del total de estudiantes que respondieron la escala HADS, en la categoría ansiedad el 51,7% (n=438) corresponde a no caso, 28,6% (n=242) caso dudoso y 19,7% (n=167) caso probable. En depresión 62,9% (n=533) son no caso, 12,4% (n=105) caso dudoso y 24,7% (n=209) caso probable. (ver Figura 5)

Figura 5: Resultados para la escala HADS sobre ansiedad y depresión. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018. (n=847)



Elaborado por: Jéssica Alvarado, posgradista Medicina familiar y Comunitaria.
Fuente: Encuesta Hábitos y estilos de vida, estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.



Elaborado por: Jéssica Alvarado, posgradista Medicina familiar y Comunitaria.
Fuente: Encuesta Hábitos y estilos de vida, estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.

ASOCIACIÓN DE VARIABLES:

En la Tabla 7, se muestra la asociación del análisis bivariado para la categoría ansiedad de acuerdo a funcionalidad familiar. Se observa que los estudiantes con familias disfuncionales tienen 2,03 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 1,28 - 3,24) comparados con los estudiantes con familias funcionales, y esto es estadísticamente significativo (p 0,003). Los estudiantes con familia severamente disfuncional presentan 1,05 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 0,61 - 3,70) comparado con las familias funcionales, sin embargo, no es estadísticamente significativo (p 0,376).

Tabla 7: Resultados del análisis bivariado para la categoría ansiedad de acuerdo a funcionalidad familiar. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018. (n=847)

Categorías	Ansiedad		OR (IC 95%)	Valor p
	Si (%)	No (%)		
Funcional	178 (44,8)	219 (55,2)	Referencia	
Moderadamente funcional	162 (48,1)	175 (51,9)	1,13 (0,85 - 1,52)	0,381
Disfuncional	58 (62,4)	35 (37,6)	2,03 (1,28 - 3,24)	0,003
Severamente disfuncional	11 (55,0)	9 (45,0)	1,50 (0,61 - 3,70)	0,376

Elaborado por: Jéssica Alvarado, posgradista Medicina familiar y Comunitaria.

Fuente: Encuesta Hábitos y estilos de vida, estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.

En la Tabla 8, se muestra la asociación del análisis bivariado para la categoría depresión de acuerdo a funcionalidad familiar, se observa que los estudiantes con familias disfuncionales tienen 2,07 veces más prevalencia de depresión (IC 95% 1,31 - 3,26) comparados con los estudiantes con familias funcionales, y esto es estadísticamente significativo (p 0,002). Los estudiantes con familia severamente disfuncional presentan 1,94 veces más prevalencia de depresión (IC 95% 0,78 - 4,77) comparado con las familias funcionales, sin embargo, no es estadísticamente significativo (p 0,149).

Tabla 8: Resultados del análisis bivariado para la categoría depresión de acuerdo a funcionalidad familiar. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018. (n=847)

Categorías	Depresión		OR (IC 95%)	Valor p
	Si (%)	No (%)		
Funcional	135 (34,0)	262 (66,0)	Referencia	Referencia
Moderadamente funcional	121 (35,9)	216 (64,1)	1,08 (0,80 - 1,47)	0,590
Disfuncional	48 (51,6)	45 (48,4)	2,07 (1,31 - 3,26)	0,002
Severamente disfuncional	10 (50,0)	10 (50,0)	1,94 (0,78 - 4,77)	0,149

Elaborado por: Jéssica Alvarado, posgradista Medicina familiar y Comunitaria.

Fuente: Encuesta Hábitos y estilos de vida, estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.

De acuerdo a los resultados del análisis bivariado para ansiedad, por las características sociodemográficas, el sexo femenino tiene 1,47 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 1,11-1,93) comparado con el sexo masculino, y esto es estadísticamente significativo (p 0,006). Los adultos jóvenes tuvieron mayor prevalencia de ansiedad, sin diferencia significativa para la edad entre adolescentes y adultos jóvenes. El estar casado o en unión libre tiene 4,08 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 1,63 - 10,17) comparado con estar soltero, y esto es estadísticamente significativo (p 0,006). (Tabla 9)

Además, el tener otra religión diferente a la católica tiene 0,90 veces menos prevalencia de ansiedad (IC 95% 0,60 - 1,35) en relación al tener religión católica, pero no es estadísticamente significativo (p 0,622) y el no tener ninguna religión tiene 1,29 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 0,88 - 1,89) en relación al tener religión católica, pero no es estadísticamente significativo (p 0,177). Según la situación socioeconómica, el tener una regular y mala o muy mala situación tiene 1,34 y 3,43 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 1,02 - 1,76 y 1,32- 8,98) comparado con tener una muy buena o buena situación económica, esto estadísticamente significativo (p 0,036 y 0,012 respectivamente). (Tabla 9)

Por con quien vive actualmente el estudiante que tiene pareja o compañero de departamento tiene 2,21 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 1,01 - 4,88) comparado con vivir con sus padres, y esto es estadísticamente significativo (p 0,048); el migrar a Quito para estudiar

tiene 1,23 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 0,89 - 1,70) comparado con quienes no tienen que migrar para estudiar, pero no es estadísticamente significativo (p 0,201). (Tabla 9)

Tabla 9: Resultados del análisis bivariado para la categoría ansiedad de acuerdo a las características sociodemográficas de los estudiantes incluidos en la investigación. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018. (n=847)

Características	Ansiedad		OR (IC 95%)	Valor p
	Si (%)	No (%)		
Sexo				
Masculino	153 (42,7)	205 (57,3)	Referencia	Referencia
Femenino	256 (52,4)	233 (47,6)	1,47 (1,11-1,93)	0,006
Edad				
Adolescentes (18 a 19 años)	235 (47,4)	261 (52,6)	Referencia	Referencia
Adultos Jóvenes (20 a 25 años)	174 (49,6)	177 (50,4)	1,09 (0,83 - 1,43)	0,53
Estado civil				
Soltero	387 (47,3)	431 (52,7)	Referencia	Referencia
Casado/ Unión Libre	22 (78,6)	6 (21,4)	4,08 (1,63 - 10,17)	0,003
Religión				
Católica	285 (47,7)	313 (52,3)	Referencia	Referencia
Otras	51 (45,1)	62 (54,9)	0,90 (0,60 - 1,35)	0,622
Ninguna	72 (54,1)	61 (45,9)	1,29 (0,88 - 1,89)	0,177
Situación económica				
Muy buena / Buena	166 (43,7)	214 (56,3)	Referencia	Referencia
Regular	227 (51,0)	218 (49,0)	1,34 (1,02 - 1,76)	0,036
Mala / Muy mala	16 (72,7)	6 (27,3)	3,43 (1,32- 8,98)	0,012
Con quién vive actualmente				
Padres	203 (46,1)	237 (53,9)	Referencia	Referencia
Madre/ padre	100 (44,6)	124 (55,4)	0,942 (0,68 - 1,30)	0,715
Madre y Padrastro / Padre y Madrastra	15 (51,7)	14 (48,3)	1,25 (0,59 - 2,65)	0,560
Otro familiar	41 (56,9)	31 (43,1)	1,54 (0,93 - 2,55)	0,090
Pareja / Compañero de departamento	19 (65,5)	10 (34,5)	2,21 (1,01 - 4,88)	0,048
Solo	31 (58,5)	22 (41,5)	1,65 (0,92 - 2,93)	0,091
Migró a esta ciudad para estudiar				
No	308 (47,1)	346 (52,9)	Referencia	Referencia
Si	101 (52,3)	92 (47,7)	1,23 (0,89 - 1,70)	0,201

Elaborado por: Jéssica Alvarado, posgradista Medicina familiar y Comunitaria.

Fuente: Encuesta Hábitos y estilos de vida, estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.

En la tabla 10, de acuerdo a la facultad, los resultados del análisis bivariado para ansiedad, el estar en la facultad de Administración y Ciencias Contables tiene 0,53 veces menos

prevalencia de ansiedad (IC 95% 0,34 - 0,85) comparado con la facultad de Enfermería, y esto es estadísticamente significativo (p 0,008). Y de acuerdo al sustento económico el que paguen sus padres causa 0,85 veces menos prevalencia de ansiedad (IC 95% 0,56 - 1,23) en comparación si no pagan, pero esto no es estadísticamente significativo (p 0,429); y el ser autofinanciado tiene 1,35 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 0,63 - 2,92), no obstante, no es estadísticamente significativo (p 0,444).

Tabla 10: Resultados del análisis bivariado para la categoría ansiedad según facultad y sustento económico. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018. (n=847)

Características	Ansiedad		OR (IC 95%)	Valor p
	Si (%)	No (%)		
Facultad				
Enfermería	104 (51,5)	98 (48,5)	Referencia	Referencia
Administración y ciencias contables	43 (36,1)	76 (63,9)	0,53 (0,34 - 0,85)	0,008
Medicina	46 (45,5)	55 (54,5)	0,79 (0,49 - 1,27)	0,330
Arquitectura y diseño	40 (46,0)	47 (54,0)	0,80 (0,46 - 1,33)	0,391
Jurisprudencia	29 (65,9)	15 (34,1)	1,82 (0,92 - 3,60)	0,085
Otras	147 (50,0)	147 (50,0)	0,94 (0,66 - 1,35)	0,745
Sustento económico estudiantil				
Pagan sus padres				
No	54 (51,9)	50 (48,1)	Referencia	Referencia
Si	355 (47,8)	388 (52,2)	0,85 (0,56 - 1,23)	0,429
Autofinanciado				
No	394 (48,0)	426 (52,0)	Referencia	Referencia
Si	15 (55,6)	12 (44,4)	1,35 (0,63 - 2,92)	0,444

Elaborado por: Jéssica Alvarado, posgradista Medicina familiar y Comunitaria.

Fuente: Encuesta Hábitos y estilos de vida, estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.

Acorde a los resultados del análisis bivariado para depresión, por las características sociodemográficas, el sexo femenino tiene 1,41 veces más prevalencia de depresión (IC 95% 1,06 - 1,88) en relación con el sexo masculino, y esto es estadísticamente significativo (p 0,016); y el ser adulto joven causa 0,66 veces menos prevalencia de depresión (IC 95% 0,50- 0,89) comparado con ser adolescente, esto estadísticamente significativo (p 0,006). El estar casado o en unión libre tiene 6,60 veces más prevalencia de depresión (IC 95% 2,64 - 16,47)

comparado con estar soltero, y esto es estadísticamente significativo (p 0,000); y el no tener ninguna religión causa 1,57 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 1,07 - 2,30) en relación con tener religión católica, esto estadísticamente significativo (p 0,019). Por la situación socioeconómica el tener una regular situación tiene 1,46 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 1,10 - 1,95) que teniendo una muy buena y buena situación económica, esto estadísticamente significativo (p 0,009). Y de acuerdo a con quien vive actualmente, el vivir solo comparado a vivir con sus padres, tiene 0,80 veces menos prevalencia de depresión (IC 95% 0,43 - 1,46) pero no es estadísticamente significativo (p 0,459); y el migrar a esta ciudad para estudiar tiene 0,98 veces menos prevalencia de depresión (IC 95% 0,71 - 1,37), sin ser estadísticamente significativo (p 0,926). (ver Tabla 11)

Tabla 11: Resultados del análisis bivariado para la categoría depresión de acuerdo a las características sociodemográficas de los estudiantes incluidos en la investigación. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018. (n=847)

Características	Depresión		OR (IC 95%)	Valor p
	Si (%)	No (%)		
Sexo				
Masculino	116 (32,4)	242 (67,6)	Referencia	Referencia
Femenino	198 (40,5)	291 (59,5)	1,41 (1,06 - 1,88)	0,016
Edad				
Adolescentes (18 a 19 años)	203 (40,9)	293 (59,1)	Referencia	Referencia
Adultos Jóvenes (20 a 25 años)	111 (31,6)	240 (68,4)	0,66 (0,50-0,89)	0,006
Estado civil				
Soltero	292 (35,7)	526 (64,3)	Referencia	Referencia
Casado/ unión libre	22 (78,6)	6 (21,4)	6,60 (2,64 - 16,47)	0,000
Religión				
Católica	209 (34,9)	389 (65,1)	Referencia	Referencia
Otras	43 (38,1)	70 (61,9)	1,14 (0,75 - 1,73)	0,527
Ninguna	61 (45,9)	72 (54,1)	1,57 (1,07 - 2,30)	0,019
Situación económica				
Muy buena / Buena	122 (32,1)	258 (67,9)	Referencia	Referencia
Regular	182 (40,9)	263 (59,1)	1,46 (1,10 - 1,95)	0,009
Mala / Muy mala	10 (45,5)	12 (54,5)	1,76 (0,74 - 4,19)	0,200
Con quién vive actualmente				
Padres	164 (37,3)	276 (62,7)	Referencia	Referencia
Madre/ padre	74 (33,0)	150 (67,0)	0,83 (0,59 - 1,17)	0,282

Madre y Padrastro / Padre y Madrastra	15 (51,7)	14 (48,3)	1,80 (0,85 - 3,83)	0,125
Otro familiar	29 (40,3)	43 (59,7)	1,14 (0,68 - 1,89)	0,626
Pareja / Compañero de departamento	15 (51,7)	14 (48,3)	1,80 (0,85 - 3,83)	0,125
Solo	17 (32,1)	36 (67,9)	0,80 (0,43 - 1,46)	0,459
Migró a esta ciudad para estudiar				
No	243 (37,2)	411 (62,8)	Referencia	Referencia
Si	71 (36,8)	122 (63,2)	0,98 (0,71 - 1,37)	0,926

Elaborado por: Jéssica Alvarado, posgradista Medicina familiar y Comunitaria.

Fuente: Encuesta Hábitos y estilos de vida, estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.

En la tabla 12, de acuerdo a la facultad, los resultados del análisis bivariado para depresión, el estar en otras facultades distintas a las más frecuentes tiene 1,54 veces más prevalencia de depresión (IC 95% 1,05 - 2,24), esto es estadísticamente significativo (p 0,027). Y de acuerdo al sustento económico el que paguen sus padres causa 1,23 veces más prevalencia de depresión (IC 95% 0,76 - 1,97), pero esto no es estadísticamente significativo (p 0,401); y el ser autofinanciado tiene 1,16 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 0,49 - 2,78), no obstante, no es estadísticamente significativo (p 0,733).

Tabla 12: Resultados del análisis bivariado para la categoría depresión según facultad y sustento económico. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018. (n=847)

Características	Depresión		OR (IC 95%)	Valor p
	Si (%)	No (%)		
Facultad				
Enfermería	62 (30,7)	140 (69,3)	Referencia	Referencia
Administración y ciencias contables	27 (22,7)	92 (77,3)	0,66 (0,39 - 1,12)	0,123
Medicina	36 (35,6)	65 (64,4)	1,25 (0,76 - 2,07)	0,386
Arquitectura y diseño	28 (32,2)	59 (67,8)	1,07 (0,62 - 1,84)	0,802
Jurisprudencia	42 (95,5)	2 (4,5)	47,4 (11,1 - 202,1)	0,000
Otras	119 (40,5)	175 (59,5)	1,54 (1,05 - 2,24)	0,027
Sustento económico estudiantil				
Pagan sus padres				
No	35 (33,7)	69 (66,3)	Referencia	Referencia
Si	279 (37,6)	464 (62,4)	1,23 (0,76 - 1,97)	0,401
Autofinanciado				
No	304 (37,1)	516 (62,9)	Referencia	Referencia
Si	10 (37,0)	17 (63,0)	1,16 (0,49 - 2,78)	0,733

Elaborado por: Jéssica Alvarado, posgradista Medicina familiar y Comunitaria.

Fuente: Encuesta Hábitos y estilos de vida, estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.

ANÁLISIS MULTIVARIADO:

En la Tabla 13, se muestra la asociación del análisis multivariado para la categoría ansiedad de acuerdo a las características sociodemográficas, donde se mantiene significancia con disfuncionalidad familiar que tiene 1,93 veces más prevalencia de ansiedad comparados con los estudiantes con familias funcionales (IC 95% 1,20 - 3,10) de manera estadísticamente significativa (p 0,007), independientemente del resto de variables. Los estudiantes con familia severamente disfuncional presentan 1,32 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 0,52 - 3,35) comparado con las familias disfuncionales independiente del resto de variables, sin embargo, sin ser estadísticamente significativo (p 0,55).

El sexo femenino persiste siendo estadísticamente significativo con 1,44 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 1,08 - 1,91) comparado con el sexo masculino (p 0,012) sin importar el resto de variables; y el estar casado o en unión libre de igual manera tiene 3,58 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 1,41 - 9,09) comparado con estar soltero, y esto es estadísticamente significativo independiente de las otras variables (p 0,007). (tabla 13)

Se mantiene también la significancia de la situación económica regular, mala y muy mala que tienen 1,36 y 3,21 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 1,02 - 1,80 y 1,18- 8,71) en relación a tener muy buena y buena situación económica, esto estadísticamente significativo (p 0,036 y 0,022) respectivamente. Sin embargo, el que el estudiante tenga pareja o compañero de departamento, que tiene 2 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 0,89 - 4,53) comparado con vivir con sus padres, pierde significancia estadística por influencia del resto de variables (p 0,095). (ver tabla 13)

Tabla 13: Resultados del análisis multivariado para la categoría ansiedad de acuerdo a las características sociodemográficas de los estudiantes incluidos en la investigación. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018. (n=847)

Ansiedad		
Características	OR (IC 95%)	Valor p
Funcionalidad		
Funcional	Referencia	Referencia
Moderadamente funcional	1,07 (0,80 - 1,45)	0,648
Disfuncional	1,93 (1,20 - 3,10)	0,007
Severamente disfuncional	1,32 (0,52 - 3,35)	0,55
Sexo		
Masculino	Referencia	Referencia
Femenino	1,44 (1,08 - 1,91)	0,012
Estado civil		
Soltero	Referencia	Referencia
Casado/ unión libre	3,58 (1,41 - 9,09)	0,007
Situación económica		
Muy buena / Buena	Referencia	Referencia
Regular	1,36 (1,02 - 1,80)	0,036
Mala / Muy mala	3,21 (1,18 - 8,71)	0,022
Con quién vive actualmente		
Padres	Referencia	Referencia
Madre/ Padre	0,89 (0,64 - 1,25)	0,505
Madre y Padrastro / Padre y Madrastra	1,06 (0,49 - 2,30)	0,885
Otro familiar	1,44 (0,86 - 2,42)	0,165
Pareja / Compañero de departamento	2,00 (0,89 - 4,53)	0,095
Solo	1,57 (0,87 - 2,83)	0,136

Elaborado por: Jéssica Alvarado, posgradista Medicina familiar y Comunitaria.

Fuente: Encuesta Hábitos y estilos de vida, estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.

Finalmente, en la asociación del análisis multivariado para la categoría depresión de acuerdo a las características sociodemográficas, se mantiene significancia con disfuncionalidad familiar que tiene 1,87 veces más prevalencia de ansiedad comparados con los estudiantes con familias funcionales (IC 95% 1,16 - 3,01) de manera estadísticamente significativa (p 0,010), independientemente del resto de variables. Los estudiantes con familia severamente disfuncional presentan 1,77 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 0,70 – 4,46) comparado con las familias disfuncionales independiente del resto de variables, sin embargo, no es estadísticamente significativo (p 0,229). (tabla 14)

El sexo femenino persiste siendo estadísticamente significativo con 1,37 veces más prevalencia de depresión (IC 95% 1,02 - 1,85) comparado con el sexo masculino (p 0,037) sin importar el resto de variables; de igual forma el ser adulto joven conserva significancia de 1,37 veces más prevalencia de depresión (IC 95% 1,02 - 1,85) en relación al ser adolescente, esto estadísticamente significativo (p 0,037) independientemente del resto de variables. (tabla 14)

El estar casado o en unión libre de igual manera tiene 7,91 veces más prevalencia de depresión (IC 95% 3,11 - 20,13) comparado con estar soltero, y esto es estadísticamente significativo independiente de las otras variables (p 0,000) y el no tener ninguna religión sigue causando autónomamente del resto de variables, 1,63 veces más prevalencia de depresión (IC 95% 1,10 - 2,42) en relación con tener religión católica, esto estadísticamente significativo (p 0,016). También se mantiene la significancia en la situación económica regular con 1,46 veces más prevalencia de depresión (IC 95% 1,08 - 1,97) que teniendo una muy buena y buena situación económica, esto estadísticamente significativo (p 0,014). (ver Tabla 14)

Tabla 14: Resultados del análisis multivariado para la categoría depresión de acuerdo a las características sociodemográficas de los estudiantes incluidos en la investigación. Estudiantes de primer nivel PUCE, 2018. (n=847)

Características	Depresión	
	OR (IC 95%)	Valor p
Funcionalidad		
Funcional	Referencia	Referencia
Moderadamente funcional	1,06 (0,77 - 1,45)	0,734
Disfuncional	1,87 (1,16 - 3,01)	0,010
Severamente disfuncional	1,77 (0,70 - 4,46)	0,229
Sexo		
Masculino	Referencia	Referencia
Femenino	1,37 (1,02 - 1,85)	0,037
Edad		
Adolescentes (18 a 19 años)	Referencia	Referencia

Adultos Jóvenes (20 a 25 años)	0,63 (0,46 - 0,84)	0,002
Estado civil		
Soltero	Referencia	Referencia
Casado/ Unión Libre	7,91 (3,11 - 20,13)	0,000
Religión		
Católica	Referencia	Referencia
Otras	1,27 (0,82 - 1,96)	0,280
Ninguna	1,63 (1,10 - 2,42)	0,016
Situación económica		
Muy buena / Buena	Referencia	Referencia
Regular	1,46 (1,08 - 1,97)	0,014
Mala / Muy mala	1,65 (0,66 - 4,13)	0,288

Elaborado por: Jéssica Alvarado, posgradista Medicina familiar y Comunitaria.

Fuente: Encuesta Hábitos y estilos de vida, estudiantes de primer nivel PUCE, 2018.

CAPÍTULO V

Discusión

La salud mental representa en la actualidad un gran desafío para el sistema de salud a nivel mundial, debido al aumento en la incidencia de muertes por suicidio en la población adolescente y adulta joven, siendo esta la más susceptible de sufrir niveles altos de ansiedad y depresión; cuantos más sean los factores de riesgo a los que estén expuestos. A partir de los hallazgos encontrados, el estudio permite demostrar la asociación de disfuncionalidad familiar con la aparición de síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de primer nivel de la PUCE; ya que la disfunción familiar es un factor de riesgo para el aumento de estos trastornos mentales, pues los conflictos familiares se manifiestan de manera negativa principalmente en las esferas emocionales y psíquicas. (Morla, Saad de Janon, & Saad, 2006)

Los resultados del test FF-SIL demostraron que la mayoría de los estudiantes (46,9%) tienen familias funcionales; sin embargo, se encuentra un 11% de estudiantes con familias disfuncionales y 2,4 % de familias severamente disfuncionales. Es decir, el 13,4% de la población de estudio presentó familias disfuncionales. Abambari y colaboradores de Ecuador en el 2013, publicaron un estudio sobre la disfuncionalidad familiar como factor asociado a depresión y ansiedad en la población adolescente azuaya, autores que determinaron en una población de 428 individuos, que el 44,9% de adolescentes estudiados cuenta con familias moderadamente funcionales y solamente el 19,7% fueron familias disfuncionales. (Abambari, Zhunio, Romero, Redrován, Atiencia, 2013)

Jiménez en el 2010, en su estudio publicado sobre funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes mexicanos, determinaron en una población de 237 adolescentes que el 42,7% contaron con familias funcionales y 11,4% fueron familias con disfuncionalidad. En comparación con nuestra población se observa que la disfuncionalidad familiar en los estudiantes universitarios fue mayor que la de los jóvenes mexicanos, pero inferior a la de los ecuatorianos del Azuay. (Ortega & Osorio, 2003)

A su vez, en busca de valorar la percepción de funcionalidad familiar por sus dimensiones, se encontró que la cohesión percibida como unión familiar, fue la mejor evaluada con una media de 8,30, mientras que la de más baja puntuación fue la permeabilidad familiar, con una media de 6,94. En concordancia con Rawatlal, que describe que los estudiantes de la Universidad de KwaZulu-Natal y la Universidad de Virginia, reportaron de forma similar niveles altos de cohesión familiar, en las familias con menor riesgo de desarrollar síntomas depresivos, describiendo a la cohesión como factor protector frente a eventos negativos. (Rawatlal, Kliwer & Pillay, 2015)

La prevalencia de depresión encontrada en los estudiantes universitarios de primer nivel de la PUCE, se ubicó en un 24,7% mientras que de ansiedad fue del 19,7%; al respecto Abambari y colaboradores determinaron una prevalencia de depresión del 25,7%, similar a lo encontrado en nuestro estudio, mientras que la prevalencia de ansiedad es ligeramente mayor en nuestros estudiantes a diferencia de la población de Santa Isabel, que alcanza el 15,7%. (Abambari, Zhunio, Romero, Redrován, & Atiencia, 2013).

Se encontró, un estudio descrito por Borst, que estima la prevalencia de problemas de salud mental en estudiantes de medicina de la Universidad de Queensland-Holanda, encontrando una prevalencia de síntomas de depresión del 36%, y en un 28% síntomas de ansiedad. (Borst et al., 2015) Del mismo modo en Perú, Borrego y colaboradores, encontraron en 373 estudiantes de la Universidad Nacional de Trujillo, que el 18,77% presenta ansiedad y 15.28% depresión significativa (Borrego, Cruz, Gonzales, Pando, Quevedo, Rodríguez, Solar & Villacorta, 2007); prevalencia inferior a lo encontrado en la población universitaria de la PUCE.

Parte de la literatura encontró, un estudio detallado por Labarca y Fuhrmann, sobre Estructura familiar y salud mental en estudiantes universitarios de Chile, donde la variable distanciamiento afectivo con la familia se asocia con mayores casos de patología, el 43,6 % de los estudiantes presentó síntomas depresivos y el 22% de síntomas ansiosos. (Labarca & Fuhrmann, 2011) Santander, a su vez, menciona que el 39% de estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, exteriorizaron en un 39% síntomas de ansiedad y en 25% síntomas depresivos. (Santander et al., 2011)

Arrieta y colaboradores, al valorar síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios de Cartagena, señala que a partir de la escala Goldberg, encontró el 76,2% de estudiantes con posible sintomatología ansiosa y 75,4% con síntomas depresivos, estadísticas con valores más altas a los reportados por el presente estudio y estudios internacionales, asociándolos al contexto socioeconómico y político colombiano. (Arrieta et al., 2014)

De acuerdo a la distribución por facultades, la mayor cantidad de estudiantes con síntomas de ansiedad y depresión corresponden a Enfermería y Medicina,

respectivamente; estadísticas que se contrastan con los datos obtenidos de la Universidad Nacional de Trujillo en Perú, donde se aprecia que la facultad de Ingeniería con un 27,04%, presenta mayores casos de ansiedad significativa y donde la facultad de Medicina, sigue teniendo un mayor nivel de depresión significativa con un 23,03%. (Borrego et al., 2007) De igual forma, otro estudio que valora depresión, ansiedad y otros indicadores de malestar psicológico entre estudiantes de Estados Unidos y Canadá, encontró de manera similar mayores puntuaciones de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de medicina. (Dyrbye, Thomas, Shanafelt, 2006)

Ospina y colaboradores, en una población de 538 personas, detectaron el 28,3% de adolescentes con síntomas sugestivos de ansiedad y 3,3% con síntomas depresivos; con mayor porcentaje de ansiedad en mujeres y depresión en hombres, dato que no fue estadísticamente significativo. (Ospina, Fernández & Osorio, 2011) A diferencia a lo observado en nuestro estudio, el sexo femenino tiene 1,47 veces más asociación con ansiedad (IC 95% 1,11-1,93) comparado con el sexo masculino, y en la categoría depresión, el mismo sexo femenino sigue teniendo 1,41 veces más asociación con depresión (IC 95% 1,06 - 1,88), esto estadísticamente significativo.

De acuerdo a estos datos y en similitud a lo descrito en Perú, se ratifica que las universitarias tienen una mayor asociación con el desarrollo de ansiedad y depresión, por sobre los hombres. (Benjet, Borges, Medina-Mora et al., 2009) (Borrego et al., 2007) Lowe y colaboradores, señalan de igual forma las mujeres son más propensas a experimentar ansiedad generalizada en comparación con los hombres. (Lowe et al., 2008)

Por otra parte, en los estudiantes de la Universidad Médica de Harbin en China, no se observaron diferencias en la presentación de síntomas depresivos entre géneros,

alegando que en los países orientales tanto hombres como mujeres tienen los mismos derechos y experimentan la misma carga de presiones; datos que son contrarios a nuestros resultados donde si hay predominio del sexo femenino. (Chen et al, 2013)

En cuanto a la edad, no se encontró diferencias significativas para la asociación ansiedad entre adolescentes y adultos jóvenes; aunque el ser adulto joven se asocia con 0,66 veces menos casos de depresión (IC 95% 0,50-0,89) comparado con ser adolescente, esto estadísticamente significativo (p 0,006). En datos del Segundo Estudio Nacional de Salud realizado en Colombia describen que los jóvenes entre 16 y 21 años muestran los más altos índices de depresión en comparación con otros rangos de edad. (Santander et al., 2011)

Por ello en concordancia con estos resultados la OMS, busca incesantemente formas de promoción y prevención de patología mental en este grupo etario, al considerarlos de alta vulnerabilidad, estimando que un 20% de adolescentes a nivel mundiales presentan estos trastornos mentales.

Al analizar la asociación de trastornos mentales con disfuncionalidad en la familia, el 62,4% de los adolescentes con disfunción familiar presentaron ansiedad, observando que los estudiantes con familias disfuncionales tienen 2,03 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 1,28 - 3,24) comparados con los estudiantes con familias funcionales, esto estadísticamente significativo (p 0,003). Los estudiantes con familia severamente disfuncional presentan 1,05 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 0,61 - 3,70) comparado con las familias disfuncionales, y aunque estos resultados no fueron estadísticamente significativos (p>0,05) evidencian un aumento del riesgo.

Y el 51,6% de los adolescentes con familias disfuncionales presenta depresión, donde las familias disfuncionales tienen 2,07 veces más prevalencia de ansiedad (IC

95% 1,31 - 3,26) comparados con los estudiantes con familias funcionales (p 0,002). Los estudiantes con familia severamente disfuncional presentan 1,94 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 0,78 - 4,77) comparado con las familias disfuncionales, sin embargo, no es estadísticamente significativo (p 0,149).

Y mediante el análisis bivariado y multivariado, hay una correlación importante, estadísticamente significativa, de ansiedad y depresión cuando existe disfuncionalidad familiar independientemente del resto de variables, con lo cual se confirma la hipótesis planteada.

Por otro lado, Pérez Milena y colaboradores, en su estudio para valorar estructura y funcionalidad familiar asociado a malestar psíquico en adolescentes españoles, refiere que el $92 \pm 1,4\%$ de adolescentes exhiben según la escala Golberg síntomas de ansiedad frecuentemente entre mujeres ($p < 0,05$), y el $74 \pm 2,2\%$ manifiestan síntomas depresivos; entre los cuales se distingue un mal funcionamiento familiar ($p < 0,01$). (Pérez et al., 2007)

Esto se correlaciona a los hallazgos descritos por Abambari, que muestra que el 32,8% de los adolescentes con disfunción familiar presentó depresión y un 27,5% se asoció ansiedad, encontrando que la disfuncionalidad aumenta el riesgo de depresión en 1,68 veces (IC 95% 1,04 – 2,71) en comparación con adolescentes de familias funcionales; los resultados presentaron significancia estadística ($p < 0,05$) y respecto a ansiedad la disfuncionalidad aumenta en 3,25 veces (IC 95% 1,84 – 5,74) comparado con los estudiantes con familias funcionales, esto estadísticamente significativo ($p < 0,05$). . (Abambari, Zhunio, Romero, Redrován, Atiencia, 2013)

Ansiedad asociada a factores demográficos:

El estar casado o en unión libre tiene 4,08 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 1,63 - 10,17) comparado con estar soltero, estadísticamente significativo ($p = 0,006$); dato que refiere también Bayram y Bilgel, donde las estudiantes casadas reportan mayores casos de ansiedad y depresión. Pero, este hallazgo está en contradicción con la literatura, Wahed y Sarokhani, describen mayor prevalencia entre los estudiantes solteros. (Wahed, Hassan, 2017) (Sarokhani et al., 2013)

Por la situación económica el tener una situación regular, mala y muy mala que tienen 1,36 y 3,21 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 1,02 - 1,80 y 1,18-8,71) en relación a tener muy buena y buena situación económica. Santander, dentro de los factores asociados a síntomas de ansiedad en los estudiantes chilenos y Arrieta en estudiantes colombianos, refiere a las dificultades económicas, al considerar que la privación económica genera un ambiente emocional desfavorable. (Santander et al., 2011) (Arrieta et al., 2014)

Por con quien vive actualmente el estudiante que tiene pareja o compañero de departamento tiene 2,21 veces mayor asociación de ansiedad (IC 95% 1,01 - 4,88) comparado con vivir con sus padres, y esto es estadísticamente significativo ($p = 0,048$); la literatura encontró a Louise y colaboradores, quienes destacan el hecho de que vivir sin los padres se encuentra asociado con trastornos mentales en estudiantes universitarios (Farrer et al., 2016)

Cárdenas y colaboradores, al hablar de ansiedad en estudiantes universitarios menciona a la ubicación de la residencia durante el curso académico, como factor con mayor asociación a mayor frecuencia de ansiedad a diferencia que los residentes en el domicilio familiar. (Cárdenas, 2016) En el estudio también el migrar a para

estudiar tiene 1,23 veces más asociación con ansiedad (IC 95% 0,89 - 1,70) comparado con quienes no tienen que migrar para estudiar, no obstante, no es estadísticamente significativo (p 0,201).

Depresión asociada a factores demográficos:

En la categoría depresión, el estar casado o en unión libre tiene 7,91 veces más prevalencia de depresión (IC 95% 3,11 - 20,13) comparado con estar soltero (p 0,000); dato que refiere también Bayram y Bilgel, que reporta mayores casos de ansiedad y depresión en estudiantes casadas. Y de igual manera que en la ansiedad, esta asociación es contradicha por Wahed y Sarokhani, que refiere mayores casos de patología mental en estudiantes solteros. (Wahed, Hassan, 2017) (Sarokhani et al., 2013)

El no tener religión, también ocasiona autónomamente 1,63 veces más prevalencia de depresión (IC 95% 1,10 - 2,42) en relación con tener religión católica. Al considerar a la religión en diversos ámbitos, como factor protector contra depresión y ansiedad, especialmente en personas con alto riesgo familiar o deprimidos. (Duran, 2013)

Se encontró que la situación socioeconómica regular causa 1,46 veces más casos de depresión (IC 95% 1,08 - 1,97) en comparación con una buena situación económica, esto estadísticamente significativo (p 0,014). Lorant, al valorar las desigualdades socioeconómicas en la asociación con depresión, describe que el grupo de personas con nivel socio económico más bajo tienen 1,81 veces más probabilidad de depresión en comparación con aquellos de nivel alto. (Lorant et al, 2003) Se encontró igualmente asociación significativa de depresión con nivel socioeconómico bajo en los estudiantes de medicina de la Universidad de Fayum-Egipto. (Wahed, Hassan, 2017) Esto puede corresponder a que las condiciones económicas afecten el

autoestima y autoconfianza en los universitarios, a su vez contribuyendo en el apareamiento de síntomas depresivos.

De acuerdo al sustento económico el que paguen sus padres causa 1,23 veces más prevalencia de depresión (IC 95% 0,76 - 1,97), pero esto no es estadísticamente significativo ($p = 0,401$); y el ser autofinanciado tiene 1,16 veces más prevalencia de ansiedad (IC 95% 0,49 - 2,78), no estadísticamente significativo ($p = 0,733$). Al igual a lo descrito por Borrego en estudiantes peruanos, donde no comprueba asociación entre la presencia de depresión y el financiamiento de los estudios. ($p = 0,1$) (Borrego et al., 2007).

Las patologías mentales, ansiedad y depresión se presentan con mayor frecuencia en las adolescentes con familias disfuncionales, además este tipo de familias aumentan el riesgo de desarrollo de estos trastornos. Por ello es importante mencionar que la alta prevalencia de depresión y ansiedad reportadas, son similares a las reportadas en otras poblaciones.

Limitaciones:

Naturalmente la presente investigación, está sujeta a las limitaciones propias de su metodología, al ser la información obtenida para el estudio en su totalidad datos proporcionados por el propio paciente, se puede expresar un riesgo de sesgo del informante al tratarse de datos sobre salud mental. Además, al tratarse de un estudio transversal, no permite realizar asociaciones de causa-efecto, por tanto, la asociación entre disfunción familiar y ansiedad o depresión, puede tener también una relación inversa. La carencia de antecedentes de otras investigaciones en lo referente a trastornos de ansiedad o depresión y disfunción familiar, realizadas en el Ecuador hace que la comparación de datos con otras poblaciones sea limitada.

Ventajas:

El presente estudio aporta con información relevante sobre la disfunción familiar asociada a la ansiedad y depresión en los estudiantes universitarios ecuatorianos, por lo cual, la evidencia que aporta es fundamental para el manejo de la integral de estos problemas de salud en esta población universitaria, y revela la importancia del rol de la familia en este grupo etario.

La investigación forma parte del macro-proyecto de investigación denominado “Hábitos y estilos de vida en estudiantes universitarios y su asociación con variables clínico-nutricionales y psicosociales”, lo cual permitió una toma conjunta de datos para varios proyectos de tesis, disminuyendo costos y tiempo.

CAPÍTULO VI

Conclusiones y recomendaciones del estudio

CONCLUSIONES

- La prevalencia de los problemas de salud mental identificados en los estudiantes del primer nivel de la PUCE, son en un 19,7% ansiedad y en un 24,7% depresión; mostrando que la patología de mayor prevalencia es la depresión, por lo que es evidente un alto número de estudiantes con síntomas depresivos. Siendo la depresión un tema alarmante en los estudiantes del primer año ya que además de estar expuestos a varios factores de riesgo por su ciclo vital, estos se enfrentan a un proceso estudiantil y laboral desconocido.
- Durante el estudio, se evidenció que la disfunción familiar se asocia de forma estadísticamente significativa con los síntomas de ansiedad y depresión en los adolescentes tardíos, estudiantes de primer nivel de la PUCE, sedes Quito, Ibarra, Portoviejo y Santo Domingo, período académico 2018. El porcentaje de prevalencia de ansiedad asociado a disfuncionalidad fue del 62,4% (n=58) y el 51,6% (n=58) de los adolescentes con familias disfuncionales presenta depresión. Los trastornos del estado de ánimo son entidades frecuentes en la población juvenil y nuestra población de estudio no escapa de esta realidad, pues se ha demostrado el impacto de la familia y su funcionalidad en la esfera psicológica del adolescente.
- De acuerdo al grado de disfuncionalidad, los estudiantes con familias disfuncionales tienen 2,03 veces más prevalencia de ansiedad comparados con los estudiantes con familias funcionales, y también los estudiantes con familias disfuncionales tienen 2,07 veces más prevalencia de depresión (IC 95% 1,31 - 3,26) comparados con los estudiantes con familias funcionales, esto estadísticamente significativo ($p < 0,005$). Por lo cual la

presencia de disfunción familiar y problemas de salud mental en los estudiantes de la PUCE es preocupante. Siendo la dimensión peor evaluada dentro de la funcionalidad familiar la permeabilidad, que logró una media de 6,94 (DE 2,08); que en sus diferentes niveles refleja el grado de apertura de la familia en sus diversos contextos.

- Durante la investigación, se encontró asociación entre factores sociodemográficos tales como: edad, sexo, carrera, estado civil, religión, con quien vive actualmente y situación económica de los estudiantes universitarios de primer nivel de la PUCE; con ansiedad - depresión y disfuncionalidad familiar. Siendo el sexo femenino el de mayor prevalencia en ansiedad y depresión; y el ser adulto joven causa menos prevalencia de depresión en relación al ser adolescente, estadísticamente significativo independientemente del resto de variables.
- A pesar de sus limitaciones, el presente estudio nos permite comprender, desde una perspectiva médico-psiquiátrica, la asociación de disfunción familiar con la ansiedad y depresión.

RECOMENDACIONES

- Difundir los resultados del presente estudio y ponerlos al conocimiento de las autoridades de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a fin de fortalecer los espacios de promoción existentes en la institución, donde las acciones no solo se centren en el diagnóstico y manejo de casos preexistentes, sino en una auténtica promoción de la salud mental.
- Incorporar en la valoración estudiantil inicial, el abordaje del contexto y funcionalidad familiar, fomentando medidas de promoción, prevención y manejo según sea el caso.

- Trabajar en materia educacional en salud mental, bajo el lema propuesto por la OM “Los Jóvenes y la Salud Mental en un Mundo en Transformación”, para permitir a los adolescentes mejorar sus capacidades sociales, y aumentar su facultad de resolución de problemas, ganando seguridad en sí mismos, evitar comportamientos arriesgados y violentos.
- Además, educar a las familias sobre la magnitud y repercusión de la disfunción familiar sobre sus miembros, al afectar el normal desenvolvimiento personal y social, lo que permitirá desarrollar un estilo de vida familiar en armonía, que ayude a las personas a tomar decisiones con responsabilidad.
- Realizar estudios comparativos a nivel local y nacional, de características similares al presente trabajo, para incrementar la evidencia del impacto de la disfuncionalidad familiar en las patologías mentales en adolescentes y adultos jóvenes, a parte del contexto de vida universitaria.
- Efectuar investigaciones para valorar cómo la funcionalidad familiar afecta el rendimiento académico de los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Identificar otros posibles factores intervinientes sobre la coexistencia de ansiedad y depresión con disfuncionalidad familiar; tales como, estructura familiar y los diversos componentes de la misma funcionalidad de manera más profunda para crear estrategias de intervención guiadas y más específicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abambari, C., Zhunio, D., Romero, A., Redrován, J., & Atiencia, R. (2013). La disfuncionalidad familiar como factor asociado a depresión y ansiedad en la población adolescente de Santa Isabel. *Rev. Med. HJCA*, 69-73.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V., & Lozano, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3(1).
- Alegre, Y., Suárez, M. (2006). CADEC Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. *Rampa*, 1(1), 48-57.
- Armas Guerra, N., Díaz Muñoz, L. (2007). Entre voces y silencios: LAS FAMILIAS POR DENTRO. Quito-Ecuador.
- Arrieta Vergara, K. M., Díaz Cárdenas, S., & González Martínez, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14-22.
- Auerbach, RP, Alonso, J., Axinn, WG, Cuijpers, P., Ebert, DD, Green, JG, Bruffaerts, R. (2016). Trastornos mentales entre estudiantes universitarios en la Organización Mundial de la Salud Encuestas mundiales de salud mental. *Medicina psicológica*, 46 (14), 2955-2970.
- Baca, E., & Aoraca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud mental*, 37(5), 373-380. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58232671003.pdf>.
- Balis, T., & Postolache, T. (2008). Ethnic Differences in Adolescent Suicide in the United States. *International Journal on Disability and Human Development*, 1(3), 281-296
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008) The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc Psychiat Epidemiol* 43: 667.
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., y Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders*, 173, 90-96.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1).
- Benjet, C., Borges, G., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, E., y Méndez, E. (2009). La encuesta de salud mental en adolescentes de México. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*.

- Benítez, A. & Caballero, M.C. (2017). Estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Acta Colombiana de Psicología*, 221-231.
- Borst, J., Frings-Dresen, M., Sluiter, J. (2015). Prevalence and incidence of mental health problems among Dutch medical students and the study-related and personal risk factors: a longitudinal study. *Int J Adolesc Med Health; AOP*.
- Cárdenas, M. (2016). Funcionamiento familiar, soporte social percibido y autoeficacia para el afrontamiento del estrés como factores asociados al bienestar psicológico en estudiantes de una universidad privada de Trujillo-La Libertad. *Revista de Psicología*, 18(1), 72-85.
- Cardona Arias, J. A., Pérez Restrepo, D., Rivera Ocampo, S., Gómez Martínez, J., & Reyes, Á. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 79-89.
- Carreras, A. (2014). Recursos, Funcionalidad y Disfuncionalidad Familiar. *Apuntes: Recursos, funcionalidad y disfuncionalidad familiar*, 1(0), 1-12.
- Castañeda Ibáñez, N. N. (2016). Psychological and neuropsychological prevention of suicide risk factors in college students. *Psicogente*, 19(36), 338-348.
- Chen, L., Wang, L., Qiu, X., Yang, X., & Qiao, Z. (2013) La depresión entre los chinos estudiantes universitarios: Prevalencia y correlatos sociodemográficos. *PLoS ONE* 8 (3): e58379.
- Dyrbye, N., Thomas, M., & Shanafelt, T. (2006) Revisión sistemática de la depresión, la ansiedad y otros indicadores de malestar psicológico entre los Estados Unidos y Canadá Los estudiantes de medicina. *Acad Med* 81 (4): 354-373
- Farrer, L., Gulliver, A., Bennett, K., Fassnacht, D., & Griffiths, K. (2016) Predictores demográficos y psicosociales de la depresión mayor y el trastorno de ansiedad generalizada en los estudiantes universitarios. *BMC Psychiatry*, 16: 241.
- Galindo, S., Morales, I., & Guerrero, J. (2009). Prevalence of Anxiety and Depressive Disorders in University Students: Associated Academic and Socio-Family Factors. *Cínica y Salud* Vol. 20, n. ° 2, 177-187.
- Giraldo, J., Palacios, Y.A., Salazar, N., & Sánchez, K. L. (2018). Depresión, ansiedad y estresores en estudiantes que ingresan a la Universidad. (Trabajo de grado Psicología). Universidad de San Buenaventura Colombia, Facultad de Psicología, Medellín.
- Gómez, C. M., & Gundín., O. A. (2016). Estresores académicos percibidos por estudiantes universitarios y su relación con el burnout y el rendimiento académicos. *Anuario de Psicología*, 90-97.

- Gladstone, T. R., y Beardslee, W. R. (2009). The prevention of depression in children and adolescents: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 212-221.
- Grupo de Trabajo. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Madrid-España: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Hagaman, A., Wagenaar, B., McLean, K., Kaiser, B., Winskell, K., & Kohrt, B. (2013). Suicide in rural Haiti: Clinical and community perceptions of prevalence, etiology and prevention. *Social Science & Medicine*, 83, 61-69.
- Hernández-Castillo, L., & Cargill-Foster, N., & Gutiérrez-Hernández, G. (2012). Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco. *Salud en Tabasco*, 14-24.
- Higueta, L.F., & Cardona, J. (2016). Percepción de funcionalidad familiar en adolescentes escolarizados en instituciones educativas públicas de Medellín (Colombia). *Rev. CES Psicol.*, 9 (2), 167-178.
- Labarca, A., Fuhrmann, I. (2011) Family Mental Health and performance in college students. *De Familias y Terapias*.
- Langer, Á. I., Schmidt, C., Aguilar-Parra, J. M., & Cid, C. (2017). Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: Efectos de una intervención en el contexto educativo. *Revista Médica de Chile*, 145(4), 476-482.
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., & Philippot, P. (2003) Desigualdades socioeconómicas en la depresión: un meta-análisis. *Am J Epidemiol*, 157 (2), 98-112.
- Lovell, GP, Nash, K., Sharman, R., y Lane, BR (2014). A cross-sectional investigation of depressive, anxiety, and stress symptoms and health-behavior participation in Australian university students. *Nursing and health sciences*, 17 (1), 134-142.
- Lowe, B., Decker, O., Muller, S., Brahler, E., Schellberg, D., & Herzog, W. (2008). Validación y estandarización del trastorno de ansiedad generalizada Screener (GAD-7) en la población general. *Care Med*. 46: 266 - 74.
- Martínez, V., & Pérez, O. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 63-78.
- Ministerio de Salud Pública. (abril de 2017). Guía rápida. Obtenido de Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias - web: file:///C:/Users/HP/Downloads/GUIA_RAPIDAESTADISTICA_RDACAA_WEB%20v1.pdf.

- Morla, R., Saad de Janon, E., & Saad, J. (2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Rev. Colomb. Psiquiatr.*, 35(2):149-165.
- Musiat, P., Conrod, P., Treasure, J., Tylee, A., Williams, C., y Schmidt, U. (2014). Targeted Prevention of Common Mental Health Disorders in University Students: Randomised Controlled Trial of a Transdiagnostic Trait-Focused Web-Based Intervention. *PLoS ONE*, 9 (4), e93621.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400 por ciento*. OMS: Centro de Prensa. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Depresión: Nota descriptiva*. OMS: Centro de Prensa. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Ortega, A., Fernández, A., & Osorio, M. (2003). Funcionamiento familiar: Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(4)
- Ortega, T., Cuesta, D., & Días, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 164-168.
- Pérez, M., Martínez, M., Leal, F., Mesa, I., Jiménez, I. (2006) Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Aten Primaria*. 39(2):61-7.
- Potenciadoras, F., Ii, T., Iii, T., Potenciadoras, F. P., Ii, T., Iii, T. Obstructoras, F. (s. f.). *Instrumentos De Funcionamiento Familiar. (I)*. Recuperado de <http://www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pdf>
- Reyes C., Monterrosas A.M., & Navarrete A. (2017). Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina, antes de iniciar el internado. *Inv Ed Med*, 6(21): 42-46.
- Riveros, M., Hernández, H., & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Rev.IIPSI*.
- Santander, J., Romero, M., Hitschfeld, M., Zamora, & V. (2011). Anxiety and depression prevalence in medical students of the Pontificia Universidad Catolica de Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*; 49 (1): 47-55

- Santander, R., Zubarew, G., Santelices, C., Argollo, M., Cerda, L., & Bórquez, P. (2008). Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Revista médica de Chile*, 136(3), 317-324
- Sarokhani, D., Delpisheh, A., Veisani, Y., Sarokhani, M., Manesh, R., & Sayehmiri, K. (2013) Prevalence of Depression among University Students: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Depress Res Treat*. 2013:373857.
- Solórzano, M., Brandt, C., & Flores, O. (2001) Estudio Integral del Ser Humano y su Familia, (Tesis de Postgrado de Medicina Familiar), Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, Caracas.
- Wahed, W., & Hassan, S. (2017) Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among medical Fayoum University students. *Alexandria journal of medicine*, Volume 53, Number 1, 77-84(8)
- Yusoff, M. S., Abdul Rahim, A. F., & Yaacob, M. J. (2010). Prevalence and Sources of Stress among Universiti Sains Malaysia Medical Students. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*, 17(1), 30–37.
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 361-370.

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos de la investigación.

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FF-SIL

Dimensiones a valorar:

Cohesión	Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones de la vida familiar, en la distribución de las tareas domésticas y en la toma de decisiones (<i>ítems 1 y 8</i>).
Armonía	Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo (<i>ítems 2 y 13</i>).
Rol	Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar (<i>ítems 3 y 9</i>).
Afectividad	Capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a otros (<i>ítems 4 y 14</i>).
Comunicación	Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa (<i>ítems 5 y 11</i>).
Adaptabilidad	Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera (<i>ítems 6 y 10</i>).
Permeabilidad	Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones (<i>ítems 7 y 12</i>).

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Puntuación:

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

De acuerdo al puntaje obtenido, las familias podrán clasificarse como funcionales o disfuncionales.

Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (AUTO ADMINISTRADA)

VERSION ADAPTADA: Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente.

1A	Me siento tenso o nervioso	3. Todos los días 2. Muchas veces 1. A veces 0. Nunca
2D	Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer	0. Como siempre 1. No lo bastante 2. Sólo un poco 3. Nada
3A	Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder	3. Definitivamente y es muy fuerte 2. Sí, pero no es muy fuerte 1. Un poco, pero no me preocupa 0. Nada
4D	Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas	0. Al igual que siempre lo hice 1. No tanto ahora 2. Casi nunca 3. Nunca
5A	Tengo mi mente llena de preocupaciones	3. La mayoría de las veces 2. Con bastante frecuencia 1. A veces, aunque no muy seguido 0. Sólo en ocasiones
6D	Me siento alegre	3. Nunca 2. No muy seguido 1. A veces 0. Casi siempre
7A	Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado	0. Siempre 1. Por lo general 2. No muy seguido 3. Nunca
8D	Siento como si yo cada día estuviera más lento	3. Por lo general en todo momento 2. Muy seguido 1. A veces 0. Nunca
9A	Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago	0. Nunca 1. En ciertas ocasiones 2. Con bastante frecuencia 3. Muy seguido

10 D	He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado	3. Totalmente 2. No me preocupa como debiera 1. Podría tener un poco más de cuidado 0. Me preocupo al igual que siempre
11 A	Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme	3. Mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. Nada
12 D	Me siento con esperanzas respecto al futuro	0. Igual que siempre 1. Menos de lo que acostumbraba 2. Mucho menos de lo que acostumbraba 3. Nada
13 A	Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro	3. Muy frecuentemente 2. Bastante seguido 1. No muy seguido 0. Nada
14 D	Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión	0. Seguido 1. A veces 2. No muy seguido 3. Rara vez

Valoración:

0-7	No caso
8-10	Caso dudoso
11	Caso probable

Anexo 2: Consentimiento informado para la participación en el proyecto de investigación.

PARTE I

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

PARTE II

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 investigación	Delegado del equipo de
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

Anexo 3: Aprobaciones para la realización del proyecto de investigación

CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL SUBCOMITÉ DE BIOÉTICA

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Facultad de Medicina



SUBCOMITÉ DE BIOÉTICA

Quito, 13 de diciembre de 2018

Doctora

Jéssica Fernanda Alvarado Yumisaca

Estudiante 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: **"PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN Y ASOCIACIÓN CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER NIVEL DE LA PUCE, SEDES QUITO, IBARRA, PORTOVIEJO Y SANTO DOMINGO, PERÍODO ACADÉMICO 2018"**.

Atentamente,

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



**CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL MACRO PROYECTO POR EL COMITÉ
DE ÉTICA DE LA PUCE**

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Dirección General de Estudiantes
Dirección General de Estudiantes



Quito, 5 de febrero de 2018
DGE – 159-2018

Magister
Andrea Estrella Proaño
DIRECTORA DEL PROYECTO
Presente. –

De mi consideración:

Me permito informar que, dada a la importancia de esta investigación para la PUCE, y que la evidencia generada contribuirá a la toma de decisiones en cuanto a políticas y estrategias destinadas a promover hábitos y estilos de vida más saludables, lo cual redundará en beneficio de la comunidad universitaria.

Con este antecedente me comunicar a usted, que se autoriza a la Mtr. Estrella a reclutar a los estudiantes que participarán del estudio en el Centro Médico de la PUCE, durante los periodos académicos primero y segundo 2018. Esta autorización se hará efectiva una vez que el proyecto presentado cuente con la aprobación del Comité de Ética de la PUCE.

Por la atención que se digne dar a la presente, anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,


Mtr. Lorena Araujo
DIRECTORA GENERAL DE ESTUDIANTES



CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL PROYECTO MACRO POR EL CEISH-PUCE.

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos



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, estudió 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 Navarrete Zambrano
Secretario

LAT/yar



Av. 12 de octubre 2076 y Ramón Roca
Apartado postal 17-01-2184
Telf. (593) 2 299 17 00 ext. 2917
Quito - Ecuador



Anexo 4: Modelo de encuesta

Hábitos y estilos de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su relación con variables clínico-nutricionales y psicosociales - Estudio SULY HELP

Estimado/a estudiante agradecemos su participación en esta encuesta. Por favor, llenar la misma con la mayor honestidad posible. Los datos recolectados con confidenciales y no se compartirán.

Fecha de encuesta _____ Cédula Identidad _____
 día/mes/año

SD01	Sexo	Masculino <input type="radio"/>	Femenino <input type="radio"/>
SD02	Fecha de nacimiento	____ día ____ mes ____ año	
SD03	Estado civil actual	Casado (a) <input type="radio"/>	Divorciado(a) Viudo (a) <input type="radio"/>
		Soltero (a) <input type="radio"/>	Convive/Unión libre <input type="radio"/>
SD04	Ocupación que desarrolla	Estudiante <input type="radio"/>	Estudio y trabajo <input type="radio"/>
SD05	Facultad	_____	Carrera: _____
SD06	¿Cómo sustenta su vida estudiantil? (puede seleccionar más de una respuesta)	Pagan mis padres <input type="radio"/>	Autofinanciado <input type="radio"/>
		Beca de la universidad o del estado <input type="radio"/>	Crédito educativo <input type="radio"/>
SD07	¿Cómo calificaría su situación económica?	Muy buena <input type="radio"/>	Regular <input type="radio"/>
		Buena <input type="radio"/>	Mala <input type="radio"/>
SD08	¿Cuál es el estado civil de sus padres?	Casado (a) <input type="radio"/>	Convive/Unión <input type="radio"/>
		Soltero (a) <input type="radio"/>	Divorciado(a) <input type="radio"/>
			Libre <input type="radio"/>
			Separado(a) <input type="radio"/>
			Viudo (a) <input type="radio"/>
SD09	¿Con quién vive actualmente?	Padres <input type="radio"/>	Padrastra Pareja <input type="radio"/>
		Madre <input type="radio"/>	Otro familiar <input type="radio"/>
		Padre <input type="radio"/>	Padre y Madrastra <input type="radio"/>
			solo <input type="radio"/>
SD10	¿En qué ciudad estaba ud. residiendo antes de comenzar a estudiar la Universidad?	Esta misma <input type="radio"/>	Migré de otra ciudad <input type="radio"/>
			¿De qué ciudad migró? _____
SD11	Religión a la que pertenece	Católica <input type="radio"/>	Testigo de Jehová <input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	Evangélica Otras: <input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	Adventista Ninguna <input type="radio"/>

SITUACIÓN FAMILIAR

Responda las siguientes preguntas sobre lo que ocurre en su familia. **Seleccione una sola opción.**

		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre	No sabe/No responde
FF-SIL01	Se toman decisiones conjuntas para cosas importantes de la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FF-SIL02	En mi casa predomina la armonía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FF-SIL03	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FF-SIL04	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FF-SIL05	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FF-SIL06	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FF-SIL07	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FF-SIL08	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FF-SIL09	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FF-SIL10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FF-SIL11	Podemos conversar diversos temas sin temor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FF-SIL12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FF-SIL13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FF-SIL14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FF-SIL15	¿Qué tanto controlan sus padres o familiares?	Mucho	Medianamente	Poco	Nada	No sabe/No responde	
	Estudios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Vida Sentimental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Actividades de diversión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

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

1A	Me siento tenso o nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Todos los días	Muchas veces	A veces	Nunca	No sabe/No responde
2D	Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Al igual que siempre lo hice	No tanto ahora	Casi nunca	Nunca	No sabe/No responde
5A	A Tengo mi mente llena de preocupaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Nunca	No muy seguido	A veces	Casi siempre	No sabe/No responde
7A	Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Siempre	Por lo general	No muy seguido	Nunca	No sabe/No responde
8D	Siento como si yo cada día estuviera más lento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Nunca	En ciertas ocasiones	Con bastante frecuencia	Muy seguido	No sabe/No responde
10D	He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Mucho	Bastante	No mucho	Nada	No sabe/No responde

12D	Me siento con esperanzas respecto al futuro	<input type="radio"/> Igual que siempre <input type="radio"/> Menos de lo que acostumbraba	<input type="radio"/> Mucho menos de lo que acostumbraba	<input type="radio"/> Nada	<input type="radio"/> No sabe/No responde
13A	Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro	<input type="radio"/> Muy frecuente	<input type="radio"/> Bastante seguido <input type="radio"/> No muy seguido	<input type="radio"/> Nada	<input type="radio"/> No sabe/No responde