

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

*ASOCIACIÓN ENTRE EL APOYO SOCIAL Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y  
DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER NIVEL DE LA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, SEDES QUITO,  
IBARRA, SANTO DOMINGO Y PORTOVIEJO DURANTE EL AÑO 2018.*

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**MD. LIDIA PIEDAD ALOMOTO IZA.**

**DRA. GLENDA ELISABETH CAÑAREJO ANTAMBA.**

**Directora.**

**DRA. MARÍA FERNANDA RIVADENEIRA**

**Tutora metodológica.**

**DRA. MARÍA FERNANDA RIVADENEIRA**

**QUITO, 2019**

### **Dedicatoria.**

Quiero dedicar este trabajo a mi Dios, quien con su amor y bendición diaria, ha sembrado en mi fortaleza y decisión al no temer las adversidades permitiendo cumplir un anhelo más en mi vida.

A mis padres Angel Cañarejo y Elvia Antamba , doy gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo , dedicación y valentía, quienes con su infinito amor, paciencia y apoyo supieron guiarme a culminar con éxito mis estudios .

A mi querido esposo, por su comprensión de mis días ausentes, por su colaboración y amor, permitió alcanzar una meta más en mi vida.

A mi adorados hijos Angel Gabriel y María Emilia, por su paciencia, comprensión y amor incondicional, permitiendo ser una luz de aliento en mi proceso de formación académica.

A mis hermanos Javier , Magali ,Johana y mis abuelitos Segundo y Clarita quienes han estado presente con sus oraciones y palabras de aliento en todo mi proceso de formación academia .

### **Agradecimiento**

A la Universidad Pontificia Católica del Ecuador, por haberme entregado la oportunidad de cumplir una meta en mi vida profesional.

Al centro de Investigación y Ciencias, por haber permitido fortalecer el proceso de titulación de Medicina Familiar y Comunitaria.

Mi profundo y sincero agradecimiento a la Dra. María Fernanda Rivadeneira, por su paciencia, dedicación y conocimiento, quien supo guiarnos en este proceso de Titulación académica cumpliendo una meta anhelada en la vida profesional.

A la Dra. Luisa Vaca primera lectora , mi admiración y respeto , por su dedicación y entrega profesional, quien supo dirigimos en el campo profesional .

A la Dra. Irene Rodas, segunda lectora por su ímpetu de docente y dedicación, quien con su apoyo profesional nos ha permitido culminar este proceso académico.

### **Dedicatoria.**

En primer lugar a Jehová por darme el aliento de vida cada día y permitir disfrutar de ella, siempre con un pensamiento positivo a pesar de las adversidades.

A mi madre María Eugenia Iza, por ser esa mujer ejemplar que me anima siempre y no me deja desvanecer, por ser ahora mi única razón para seguir en el duro trajinar de la vida.

A mis hermanos Luis, Rubén, Margoth, Leonela, Paúl y Marlon por compartir su tiempo y brindarme su apoyo incondicional.

A mis queridos sobrinos Andréé y Stefy por considerarme más que su tía y enseñarme que la lealtad y el amor incondicional siempre serán la fortaleza de nuestros lazos familiares.

### **Agradecimiento.**

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a sus profesores que supieron guiarnos en nuestra formación y culminar como médicos especialistas, para brindar una mejor atención integral al paciente con calidad y calidez.

A nuestra tutora metodológica Dra. María Fernanda Rivadeneira, por ser una persona ejemplar que reúne unas cualidades impresionantes como es la paciencia y la vocación de ser maestra y llevarnos de la mano para culminar nuestro proceso de titulación.

A las Doctoras, Irene Rodas y Luisa Vaca, mi respeto y admiración por siempre animarnos a mejorar y brindarnos la confianza de que con esfuerzo y dedicación siempre se logra alcanzar los objetivos planteados en estos 3 años académicos.

## **Resumen.**

La ansiedad y depresión constituye uno de los problemas más frecuentes de salud mental, el apoyo social sirve como una provisión psicosocial y permite enfrentar las crisis y mantener un bienestar físico y mental.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre el apoyo social y los síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios.

**Métodos:** Estudio transversal analítico con 843 estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Las variables evaluadas fueron apoyo social, ansiedad, depresión, características sociodemográficas y funcionalidad familiar.- Se aplicó el cuestionario de apoyo social (MOS), funcionalidad familiar (FF-SIL), escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y el formulario de datos sociodemográficos del estudiante.

Se realizó un análisis descriptivo, se calculó las medidas de asociación, razones de prevalencia con los intervalos de confianza entre la variable dependiente (síntomas de ansiedad y depresión) y la variable independiente (apoyo social).- Se calculó el valor de Chi cuadrado para valorar la significancia de estas asociaciones, se consideró significativo un valor  $P < 0.05$ .- Se realizó regresión logística variada y multivariada.

**Resultados:** La mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión fueron asociadas a las mujeres, con un 52,5 % (OR=1,49; IC 95% 1,13-1,96) para síntomas de ansiedad y con 40,5% (OR=1,43; IC 95% 1,08-1,91) para los síntomas de depresión. La falta de apoyo social se asoció con síntomas de ansiedad con un 69,5% (OR=2,64; IC 1,66-4,18) y depresión con un 56,8% (OR=2,41; IC 1,56-3,71).

**Conclusiones.** En los estudiantes de primer nivel de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el año 2018, se encontró una mayor prevalencia de

síntomas de ansiedad y depresión en las mujeres y la falta de apoyo social fue un determinante importante en su aparición.

**Palabras Clave.** Apoyo social, ansiedad, depresión.

## Abstract

Anxiety and depression are some of the most frequent mental health problems, social support serves as a psychosocial provision and allows one to face crises and keep physical and mental well-being.

**Objective:** To determine the association between social support and anxiety and depression symptoms in university students.

**Methods:** Analytical cross-sectional study with 843 students at Pontifical Catholic University of Ecuador.

The variables evaluated were social support, anxiety, depression, sociodemographic characteristics, and family functionality.- Social support questionnaire (MOS, family functionality (FF-SIL), hospital anxiety and depression scale (HADS) and sociodemographic data of the student form were applied.

A descriptive analysis was performed, association measures were calculated, prevalence reasons with the confidence intervals between the dependent variable (anxiety and depression symptoms) and the independent variable (social support). – Chi-square value was calculated to assess these associations' significance, a P-value <0.05 was considered significant. - Varied and multivariate logistic regression was performed.

**Results** The highest prevalence of anxiety and depression symptoms were associated with women, with 52.5% (OR = 1.49; 95% CI 1.13-1.96) in anxiety symptoms and with 40.5% (OR = 1.43; 95% CI 1.08-1.91) in depression symptoms.

The lack of social support was associated with anxiety symptoms with 69.5% (OR = 2.64; CI 1.66-4.18) and depression with 56.8% (OR = 2.41; CI 1, 56-3.71).

**Conclusions.** A higher prevalence of anxiety and depression symptoms was found in women. The determining factors were social support, marital status, economic situation, and family functionality.

**Keywords.** Social support, anxiety, depression.

## Índice

Dedicatoria.....	I
Agradecimiento.....	I
Resumen.....	IV
Abstract.....	VI
Índice .....	1
Lista de graficos.....	5
Lista de tablas .....	5
Lista de abreviaturas. ....	6
CAPÍTULO I. ....	1
2. Justificación. ....	3
3. Objetivos .....	5
Problema de Investigación.....	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos. ....	5
Hipótesis. ....	6
CAPÍTULO II. ....	7
MARCO TEÓRICO .....	7
1. Ansiedad. ....	7
1.1 Definición. ....	7
1.2 Perfil epidemiológico de los trastorno de ansiedad. ....	8

1.3 Factores de riesgo asociados a los trastornos de ansiedad.....	10
1.4 Neurobiología de la ansiedad.....	11
1.5 Manifestaciones clínicas.....	13
1.5.1 Clasificación del trastorno de Ansiedad según el DSM-5.....	15
1.6 Diagnóstico.....	15
1.6.1 Escalas de evaluación de la Ansiedad.....	16
1.7 Tratamiento.....	18
1.8 Prevención primaria, secundaria y terciaria.....	21
1.9 Promoción de la salud en los trastornos mentales.....	24
2. Depresión.....	25
2.1 Definición.....	245
2.2 Perfil epidemiológico del trastorno depresivo.....	25
2.3 Factores de riesgo asociados a los trastornos depresivos.....	266
2.4 Causas y fisiopatología de los trastornos depresivos.....	27
2.5 Manifestaciones clínicas.....	29
2.6 Clasificación de los trastornos depresivos según DSM-5.....	31
2.7 Diagnóstico.....	31
2.7.1 Instrumentos de evaluación de los trastornos depresivos.....	32
2.8 Tratamiento.....	33
2.8.1 Psicoterapia.....	34
2.8.2 Farmacoterapia.....	34
2.9 Actividades de prevención de los trastornos depresivos.....	36
2.9.1 Promoción de la salud para los trastornos mentales.....	36

2.9.2 Efectos negativos de la ansiedad y depresión en universitarios.....	37
3. Apoyo social.....	38
3.1 Definición.....	38
3.2 Clasificación del apoyo social.....	38
3.3 Tipos de recursos de apoyo social.....	39
3.4 Niveles de apoyo social.....	40
3.5 La familia como red de apoyo social.....	40
3.6 Apoyo social y sus efectos en la salud.....	41
3.7 Instrumentos de medición del apoyo social.....	42
3.8 Beneficios del apoyo social.....	44
4. Relación del apoyo social con la ansiedad.....	45
4.1 Relación del apoyo social con depresión.....	45
4.2 Relación del apoyo social en el contexto universitario.....	46
CAPITULO III.....	47
Materiales y métodos.....	47
Operacionalización de variables.....	48
Tipo y diseño de la investigación .....	72
Población del estudio .....	72
Muestra poblacional.....	72
Criterios inclusión:.....	73
Criterios exclusión: .....	73
Tipo de estudio: .....	73
Procedimientos de recolección de información.....	73
Plan de análisis de datos: .....	76

Aspectos bioéticos.....	77
Aspectos administrativos.....	78
Cronograma de actividades.....	79
Capítulo IV .....	81
Resultados.....	81
CAPÍTULO V.....	97
Discusión .....	97
CAPITULO VI.....	101
Conclusiones.....	101
Recomendaciones.....	103
Anexos .....	<b>¡Error! Marcador no definido.5</b>
Anexo 1 cuestionario de MOS de apoyo social...	<b>¡Error! Marcador no definido.5</b>
Anexo 2. Cuestionario de ansiedad y depresion hospitalaria (HADS).....	<b>¡Error!</b>
<b>Marcador no definido.8</b>	
Anexo 3. Escala de funcionalidad familiar: FF-SIL .....	<b>¡Error! Marcador no definido.10</b>
Anexo 4. Aprobación del proyecto comité de etica e investigación en seres humanos.....	<b>¡Error! Marcador no definido.13</b>
Anexo 5 Aprobación la dirección general de estudiantes de la PUCE. ....	<b>¡Error!</b>
<b>Marcador no definido.14</b>	
Anexo 6 Consentimiento informado.....	<b>¡Error! Marcador no definido.15</b>
Anexos 7.Encuestas.....	120
Referencias.....	<b>¡Error! Marcador no definido.23</b>

### Lista de gráficos.

Ilustración N° 1. Representación esquemática de los principales participantes en el desarrollo de depresión.....	30
Grafico N° 1. Prevalencia de síntomas de ansiedad en relación a las sedes.....	75
Grafico N°2 Prevalencia de síntomas de ansiedad en relación al sexo.....	75
Gráfico N°3 Prevalencia de síntomas de depresión en relación al sexo.....	80
Gráfico N°4 Prevalencia de síntomas de depresión en relación a las sedes.....	81

### Lista de tablas

Tabla 1 Diferencia entre ansiedad como respuesta fisiológica y patológica .....	8
Tabla 2 Factores de riesgo asociados a los trastornos de ansiedad.....	10
Tabla 3Clasificación de los trastornos de ansiedad según DSM-5. ....	15
Tabla 4Tratamiento del trastorno generalizado de ansiedad .....	18
Tabla 5 Factores de riesgo asociados a los trastornos depresivos. ....	26
Tabla 6 Clasificación del trastorno depresivo según DSM-V .....	31
Tabla 7 Principales fármacos utilizados en el tratamiento de los trastornos depresivos. ....	34
Tabla 8 Niveles comparativos en asociación con características del apoyo social. ....	40
Tabla 9 Interpretación del cuestionario MOS.....	43
Tabla 10 Operacionalización de variables .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla N° 11. Presupuesto del proyecto de Investigación.....	71
Tabla N° 12. Cronograma de actividades.....	73
Tabla N° 13. Número de estudiantes de primer nivel de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en relación a variables sexo, edad y sede.....	75

Tabla N° 14. Asociación entre síntomas de ansiedad (caso dudoso/probable) y variables sociodemográficas en estudiantes de primer nivel de la PUCE, 2018.....	78
Tabla N° 15. Asociación entre síntomas de ansiedad caso dudoso/probable y variables del contexto familiar en estudiantes de la PUCE, 2018.....	79
Tabla N° 16. Asociación entre los síntomas de ansiedad caso dudoso/probable y apoyo social de la PUCE, 2018.....	80
Tabla N° 17. Asociación entre síntomas de depresión caso dudoso/probable y variables sociodemográficas.....	83
Tabla N° 18. Asociación entre síntomas de depresión caso dudoso/probable y variables del contexto familiar.....	84
Tabla N° 19. Asociación entre síntomas de depresión caso dudoso/probable y apoyo social.....	86
Tabla N° 20. Análisis multivariado de la asociación entre síntomas de ansiedad con variable sexo, situación económica, con quien vive, funcionalidad familiar y apoyo social global.....	87
Tabla N° 21. Análisis multivariado de la asociación entre síntomas de depresión con variable sexo, situación económica, con quien vive, funcionalidad familiar y apoyo social global.....	88

### **Lista de abreviaturas.**

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

SERT: Inhibición del transportador de serotonina.

IRNS: Inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina.

IRND: Inhibición del transportador de serotonina y dopamina.

ATC: Antidepresivos tricíclicos.

BZD: Benzodiazepinas.

SGA: Antipsicóticos de segunda generación.

NA: Noradrenalina.

SHT: Serotonina.

HHA: Eje hipotálamo hipófisis adrenal.

ACTH: adrenocorticotropa.

GABA: Acido ácido  $\gamma$ -amino butírico.

MOS: Escala de apoyo social.

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale.

FF-SIL: cuestionario de apoyo familiar.

PHQ2: Patient Health Questionnaire. Cuestionario de cribado de depresión.

OMS: Organización mundial de la salud.

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

## **CAPÍTULO I.**

### **1. Introducción.**

En los últimos años en el campo de la salud mental, varios estudios señalan que los trastornos depresivos y ansiosos en universitarios presentan una elevada tasa en comparación con la población general, con una relación mujer a hombre de 2:1. (Arrieta.K, 2014)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, estos trastornos afectan aproximadamente a una de cada tres personas y se han convertido en un serio problema de salud pública, constituyendo el 41.9% de los casos de incapacidad entre las mujeres y el 29.3% en los hombres. (Jaiberth.A, 2015)

La ansiedad como proceso fisiológico es una respuesta del organismo que se desencadena frente a una situación de amenaza, peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta.- Mientras que la depresión es un estado de infelicidad, tristeza o dolor emocional, una reacción a una situación o evento desagradable que habitualmente se establece como causa de tal respuesta emocional. (Arrieta.K, 2014)

Estudios realizados en estudiantes universitarios de Cali, se identificaron como variables asociadas con síntomas de depresión y ansiedad a los antecedentes personales y familiares de este trastorno, disfunción familiar, dificultades académicas, inestabilidad económica, diagnóstico de una enfermedad grave, muerte de un ser querido, separación de los padres y consumo de alcohol. (Arrieta.K, 2014)

Además ciertos elementos como la relación entre padres e hijos y los recursos afectivos dentro del sistema familiar, están relacionados con la sintomatología depresiva en adolescentes.

El apoyo social es considerado un elemento importante en el comportamiento humano ya que permite que ocurra una interacción social a nivel emocional, se describe como la confianza que tienen los individuos sobre el apoyo disponible si se necesita de una manera evidente. (Vaca.R, 2016) Así también la falta de apoyo social, podría relacionarse con el apareamiento síntomas somáticos, ansiedad, insomnio, disfunción social y depresión grave, en los estudiantes universitarios. (Dávila.A, 2011)

Las fuentes de apoyo social más básicas y tradicionales están constituidas por la familia, los amigos, los compañeros de trabajo. (Suarez.M, 2011)

Al apoyo social se ha considerado una variable de gran relevancia en los procesos de salud-enfermedad, tiene componentes emocionales: expresado a través de empatía, amor y confianza; instrumentales: en el cual se aporta a la solución de problemas; e informativos: a través del cual se obtiene información útil para afrontar un problema. (Londoño.N, 2012).

Otro papel fundamental en redes de apoyo es la familia “grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas “. El contar o no con el apoyo familiar va a tener repercusiones importantes sobre la salud de los individuos ya que funciona como un amortiguador del estrés, ayuda al afrontamiento de cambios que pueden presentarse en la vida de la persona (enfermedad, minusvalía , pérdida de un ser querido ,cambios de rol ,etc.) , que pueden repercutir negativamente favoreciendo el desarrollo de enfermedades. (Terol.M, 2015).

Schuster y colaboradores, en Estados Unidos realizaron una investigación con estudiantes de nivel medio superior y encontraron que un incremento en el nivel de comunicación con padres disminuía síntomas depresivos en población masculina.- Concluyeron que una buena relación parental, buenos patrones de comunicación

protegen del desarrollo de problemas depresivos, aun en presencia de factores de riesgo como estrés y pobreza.

Los ambientes familiares hostiles, la separación de los padres y conflictos familiares, lleva a que los estudiantes no cuentan con espacios adecuados en su hogar, la falta de apoyo moral, afectivo y económico por parte de sus padres por disfuncionalidad a nivel de la pareja o entre padres e hijos y pocos momentos para compartir tiempo y experiencias que retroalimenten la crianza y educación, pueden influir en el desarrollo de síntomas depresivos.

Resulta relevante indagar en el rol que juega el apoyo social en la salud mental de los estudiantes universitarios, transformándose en una de las variables a evaluar, debido a la evidencia encontrada respecto a la influencia que puede ejercer en el bienestar psicológico de las personas. Al haber pocos estudios a nivel local que estudian específicamente el apoyo social, nuestro interés es generar evidencia en relación al apoyo social y su asociación con síntomas de ansiedad y depresión como información que puede ser considerada para desarrollar nuevas pautas para la prevención de éstas patologías en estudiantes Universitarios.

## **2. Justificación.**

La ansiedad y la depresión constituyen uno de los trastornos psicológicos con mayor prevalencia en el ámbito universitario, se sugiere estudiar el apoyo social de familiares y amigos como factor protector mediador ya que determina un efecto positivo en las personas, lo cual se explicaría por qué el apoyo social proporciona al individuo un sentido de estabilidad, predictibilidad y de control que lo hace sentirse mejor y percibir de manera más positiva su ambiente. (Dávila.A, 2010)

Según datos previos los estudiantes universitarios están expuestos a un mayor número de trastornos depresivos y de ansiedad en comparación con la población

general, por lo que constituyen un grupo especial de riesgo. Se estima que la prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento afecta entre el 10-15% de los niños y adolescentes de Latinoamérica y el mundo. (Jaramillo.C, 2018). La prevalencia de ansiedad clínicamente significativa en universitarios chilenos fue de 41,2% (37% en los hombres y 43,3% en las mujeres), y la prevalencia de depresión clínicamente significativa fue de 9,5% (9% en los hombres y 10% en las mujeres). (Dávila.A, 2011).

La ansiedad y depresión conllevan a algunas consecuencias tales como: deserción de la facultad, bajo rendimiento académico, dificultades en las relaciones interpersonales, abuso de alcohol y drogas, ideación suicida y suicidio, por lo que se considera que la identificación temprana de los individuos en riesgo es de suma importancia. (Mayor.M, 2009) .

A nivel mundial se considera que la carga de ansiedad alcanza los 390 años de vida ajustados por discapacidad (siglas en inglés, DALY) por 100.000 personas con mayor carga de la enfermedad en la población de 15 a 35 años. (Baxter.A, 2010) En relación con la depresión se considera que es la segunda causa de DALY en la categoría de 15 a 44 años. (Reddy, 2010)

Un posible factor involucrado en este fenómeno es la falta de apoyo social que muchos estudiantes sienten, ya sea de parte de su familia o de sus amigos, durante el curso de la carrera; asimismo, varias teorías afirman que un buen apoyo social constituye un factor protector frente a los efectos negativos del estrés. (Torales.J, 2017)

Son pocos los estudios a nivel local que estudian específicamente el apoyo social en estudiantes Universitarios, por lo que el objetivo de este estudio es estimar la asociación entre el apoyo social y los síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes de pregrado de la PUCE. A través de este estudio se pretende examinar sistemáticamente las características del apoyo social asociado con la protección de la depresión y ansiedad en

los estudiantes universitarios a fin de implementar a futuro proyectos sobre temáticas de salud mental que permita identificar y dar seguimiento a los estudiantes considerados como la población de mayor riesgo.

### **3. Objetivos**

#### **Problema de Investigación.**

¿Cuál es la asociación entre el apoyo social y los síntomas de ansiedad y depresión en los estudiantes de primer nivel de la PUCE, sedes Quito, Ibarra, Santo Domingo y Portoviejo, durante el año 2018?

#### **Objetivo general.**

Determinar la asociación entre el apoyo social y los síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes de primer nivel de la PUCE, sedes Quito, Ibarra, Santo Domingo y Portoviejo, durante el año 2018.

#### **Objetivos específicos.**

- Identificar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en los estudiantes de primer nivel de la PUCE por edad, sexo, facultad y sedes Quito, Ibarra, Santo Domingo y Portoviejo, durante el año 2018
- Analizar la asociación entre el apoyo social y los síntomas ansiedad y depresión, de acuerdo con la condición socioeconómica en los estudiantes de primer nivel de la PUCE sedes Quito, Ibarra, Santo Domingo y Portoviejo, durante el año 2018
- Comparar cómo se asocia el apoyo social y los síntomas de ansiedad y depresión entre los estudiantes que viven solos o acompañados, en el primer nivel de la PUCE sedes Quito, Ibarra, Santo Domingo y Portoviejo, durante el año 2018

- Analizar la asociación entre el apoyo social y los síntomas de ansiedad y depresión, en estudiantes con familias funcionales o disfuncionales en el primer nivel de la PUCE sedes Quito, Ibarra, Santo Domingo y Portoviejo, durante el año 2018.

### **Hipótesis.**

La falta de apoyo social se asocia con síntomas de ansiedad y depresión en los estudiantes de primer nivel de la PUCE sedes Quito, Ibarra, Santo Domingo y Portoviejo durante el año 2018.

## **CAPÍTULO II.**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1. Ansiedad.**

##### **1.1 Definición.**

La ansiedad puede definirse como un mecanismo adaptativo indispensable para la supervivencia humana en respuesta a estímulos externos o internos del propio organismo, es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, moviliza las operaciones defensivas del organismo, es la base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. (Vélez, 2017) (Pérez, 2018)

La ansiedad se convierte en patológica cuando altera el comportamiento del individuo, de tal manera que deja de ser una respuesta fisiológica para convertirse en una amenaza que el individuo no puede controlar.

##### **Trastorno de ansiedad.**

Es una enfermedad crónica caracterizada por un sentimiento inapropiado o injustificado de miedo y aprehensión, que se puede acompañar de manifestaciones físicas como tensión, taquicardia, taquipnea y temor, y que usualmente cursa con exacerbaciones y remisiones a lo largo del tiempo. (Acuña, 2013).

A continuación, en la tabla N°1 se describe las principales diferencias entre ansiedad como respuesta fisiológica y patológica.

**Tabla 1 Diferencia entre ansiedad como respuesta fisiológica y patológica**

<b>Ansiedad como respuesta fisiológica.</b>	<b>Ansiedad patológica</b>
Poco intensa o persistente	Profunda y recurrente
Impulso positivo y productivo.	Interfiere en el rendimiento de la persona.
Adaptativa.	Desorganiza la conducta adaptativa.
Adecuada al estímulo.	Inadecuada o desproporcionada al estímulo
No limita las actividades diarias del sujeto.	Limita las posibilidades de pensar y actuar.

---

Fuente: (Corona, 2016)

Elaborado por: Mds Alomoto.L, Cañarejo G.

Al considerar a la ansiedad como un mecanismo fisiológico, no requiere tratamiento; sin embargo, cuando se presenta un trastorno de ansiedad, es importante su detección y manejo oportuno.

### **1.3 Perfil epidemiológico de los trastorno de ansiedad.**

De acuerdo con OMS la ansiedad y la depresión son un problema psicológico que aqueja a 350 millones de personas en todo el mundo, con una prevalencia aproximada del 18,4% (ansiedad 14,9% y 4,4 % depresión), una de cada tres personas presentan ansiedad y depresión, ocupando hoy el cuarto lugar de discapacidad. (Romero, 2015). Los trastornos de ansiedad afectan al 4,6% de las mujeres y 2,6% de los hombres. (OMS, 2017)

El número de casos de trastorno de ansiedad distribuidos a nivel mundial corresponde a la región de Asia sudoriental un 23%, seguido de Región de las Américas el 21%, Región del Pacífico Occidental 14%, Región de Europa un 14%, Mediterráneo Oriental un 12% y la Región de África 10%. (OMS, 2017)

En Estados Unidos la prevalencia de esta patología es alrededor del 33,7%, siendo la más alta de América (Maharaj, Lees, & Lal, 2018), en la región de las Américas se estima que el 7,7% de las mujeres padece ansiedad, mientras que el 3,6% corresponde a los hombres. Brasil es de nuevo el país de Latinoamérica que más desórdenes de ansiedad padece (9,3% de la población); seguido de Paraguay (7,6%); Chile (6,5%); Uruguay (6,4%); Argentina (6,3%); Cuba (6,1%) y Colombia (5,8%). Les siguen Perú y República Dominicana (5,7%); Ecuador (5,6%); Bolivia (5,4%); Costa Rica y El Salvador (4,6%); Nicaragua y Panamá (4,5%); Venezuela (4,4%); Honduras (4,3%); Guatemala (4,2%) y México (3,6%).(OMS, 2017).

Diversos estudios epidemiológicos señalan que los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia durante la infancia y la adolescencia, e informan tasas de prevalencia que van desde el 2.6% al 41.2%. (Fajardo & Moscoso, 2017)

En relación a los estudiantes universitarios, los que cursan las carreras de la salud están expuestos a niveles elevados de estrés cerca del 91 %, más alto que la población general, la carrera de Medicina en sí es el mayor factor de riesgo para problemas de salud mental y alteración de la calidad de vida de los estudiantes. (Castillo, 2016). Se ha evidenciado que más de 90% de los estudiantes con este trastorno pueden tener ausentismo escolar. (Fajardo & Moscoso, 2017)

La ansiedad y depresión conllevan a algunas consecuencias negativas para los estudiantes universitarios, tales como deserción de la facultad, bajo rendimiento académico, dificultades en las relaciones interpersonales, la relación entre consumo de

sustancias, ansiedad y depresión puede finalizar en un abuso de sustancias o una dependencia propiamente dicha, ideación suicida y suicidio por lo que se considera que la identificación temprana de los individuos de riesgo es de suma importancia y la oportuna derivación para el tratamiento, siendo el sistema educacional, un contexto útil para esta detección temprana.. (Mayor.M, 2009) .

#### **1.4 Factores de riesgo asociados a los trastornos de ansiedad.**

A continuación, se describen los diferentes factores de riesgo asociados al trastorno de ansiedad y sus consecuencias sobre la salud.

**Tabla 2 Factores de riesgo asociados a los trastornos de ansiedad.**

<b>Factores.</b>	<b>Característica.</b>	<b>Función.</b>
<b>Ambientales y genéticos.</b>	Relacionado con la expresión del gen hereditario llamado SLC6A4, polimorfismos en el gen receptor de la serotonina 1-A. (Reyes, 2014) Antecedente familiar de primer grado de trastorno de ansiedad.(Soodan & Arya, 2015).	Responsable de transportar serotonina, ante estímulos emocionales como el miedo. (Reyes, 2014)
<b>Familiares.</b>	La violencia, desamor, falta de unión familiar, inseguridad, problemas económicos, estilo parental autoritario o sobreprotector, presencia de algún familiar con enfermedad mental o física grave.	Cuanto mayor es la alteración de la convivencia en la familia más probable es que se deteriore la salud mental de sus miembros. (Martinez, 2014)
<b>Individuales.</b>	Los problemas interpersonales, académicos y laborales, cambios en los estilos de vida.	Se relaciona con los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada.

<b>Traumáticos.</b>	Accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.	Provocan daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como el estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático.
<b>Cognitivos y conductuales.</b>	Los pensamientos negativos, sujetos que viven en un ambiente con patrones cognitivos distorsionados.	Pueden desencadenar ataques de pánico, aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás.

---

Fuente: (Soodan & Arya, 2015). (Reyes, 2014) (Martinez, 2014)

Elaborado por: Mds Alomoto.L, Cañarejo G.

---

## **1.4 Neurobiología de la ansiedad.**

Se ha identificado al sistema límbico, comandado y coordinado por la amígdala y el locus ceruleus, como la estructura responsable de los procesos para preservar la vida a través de reacciones de lucha o de huida, de la alimentación y la actividad sexual, que a la vez están vinculadas con emociones: el miedo, la furia, las sensaciones ligadas al sexo o al placer y también al dolor y a la angustia. (Reyes, 2014)

### **1.4.1 Fisiopatología de la ansiedad.**

#### **1.4.1.1 Trastornos por ansiedad y sistema límbico.**

El sistema límbico es un conjunto de estructuras del encéfalo que desempeña un papel muy importante en la aparición de los estados de ánimo, está formado por varias estructuras que regulan las respuestas fisiológicas frente a determinados estímulos y las estrategias relacionadas con la supervivencia, los daños o lesiones en su porción lateral produce cambios en la conducta.

Está formado por partes del tálamo, hipotálamo, hipocampo, amígdala cerebral, cuerpo calloso, septo y mesencéfalo. Se extiende desde el lóbulo frontal hasta el parietal.

Sus funciones son la conservación de la memoria, el hambre, la atención, los instintos sexuales, las emociones, la personalidad y la conducta.

El estrés crónico disminuye los niveles cerebrales del ácido gamma amino butírico (GABA) en el hipocampo relacionados con estados ansiosos y depresivos.

#### **1.4.1.2 Disfunción serotoninérgica.**

La Serotonina es un neurotransmisor particularmente abundante en la corteza y en las áreas límbicas relacionadas con la conducta humana y, además, se ha demostrado que participa en los mecanismos neurológicos que intervienen en la ansiedad.

El receptor pos sináptico, que actúa como molécula transportadora de serotonina es codificada por un gen localizado en la región 17q12 del cromosoma 17, regula la magnitud de la respuesta neuronal de este neurotransmisor.

Otros sistemas de neurotransmisores como la serotonina, dopamina, noradrenalina también están asociados a la fisiopatología de la ansiedad. (Reyes, 2014)

#### **1.4.1.3 Complejo receptor GABA.**

El GABA, es un neurotransmisor inhibitor más potente del sistema nervioso central, relacionado con el 30% de las conexiones gabaérgicas.

Existen 2 tipos de receptores gabaérgicos, cuya función reside en regular el transporte y la permeabilidad de los iones Cloro a través de la membrana neuronal.

- GABA<sub>A</sub> relacionados con los receptores de Benzodiazepinas y canales de membrana para el cloro.
- GABA<sub>B</sub> asociado con adenilato ciclasa, no relacionado con benzodiazepinas.

(Reyes, 2014)

Al estimular el receptor GABA<sub>A</sub> se produce efectos como disminución de la conciencia, relajación muscular, amnesia, efecto hipnótico, antiepiléptico y ansiolítico.

### **1.5 Manifestaciones clínicas.**

Los síntomas de ansiedad pueden ser múltiples y varían entre los individuos, y según la gravedad del proceso, lo que generalmente se ha encontrado en los pacientes según

Clinical practice guidelines in the Spanish nhs, 2015, es lo siguiente:

#### **Síntomas físicos:**

- Malestar abdominal
- Diarrea.
- Boca seca.
- Latidos cardiacos rápidos o palpitaciones.
- Opresión o dolor en el pecho.
- Falta de aliento.
- Mareo.
- Micción frecuente.
- Odinofagia.

#### **Síntomas psicológicos:**

- Inquietud
- Sensación de agobio.
- Sensación de amenaza o peligro.
- Deseos de huir.
- Inseguridad.
- Despersonalización.
- Temor a perder el control.
- Incertidumbre del futuro.

#### **Síntomas de conducta:**

- Estado de alerta e hipervigilancia permanente.

- Bloqueos mentales.
- Dificultad para realizar actividades o actuar.
- Impulsividad.
- Dificultad de estar en reposo.
- Acompañado de posturas cerradas, movimientos inadecuados, tensión y rigidez.

**Intelectuales o cognitivos:**

- Dificultad para la atención
- Concentración y memoria disminuidos
- Preocupación excesiva
- Descuidos de actividades constantes.
- Pensamientos distorsionados
- Expectativas negativas en referencia a situaciones futuras.
- Sensación de confusión
- Recuerdos desagradables pasados
- Prevención excesiva
- Interpretaciones inadecuadas.

**Sociales**

- Irritabilidad.
- Dificultad para iniciar o mantener una conversación.
- Verborrea.
- Temor excesivo por algún potencial conflicto.

**1.5.1. Clasificación de los trastornos de ansiedad según DSM-5**

Seguidamente plantearemos las principales clases diagnósticas del DSM-5 publicado en el año 2014 por la Academia Americana de Psiquiatría.

**Tabla 3 Clasificación de los trastornos de ansiedad según DSM-5.**

<b>DSM-V</b>	<b>CIE-10</b>
Trastorno de ansiedad por separación.	F93.0
Mutismo selectivo.	F94.0
Fobia específica.	
Trastorno de ansiedad social. (Fobia social)	F40.10
Trastorno de pánico.	F41.0
Agarofobia.	F40.00
Trastorno de ansiedad generalizada.	F41.1
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos.	
Trastornos de ansiedad debido a otra afección médica.	F06.4
Otro trastorno de ansiedad especificado.	F41.8
Otro trastorno de ansiedad no especificado.	F41.9

Fuente: (APA, 2014)  
Elaborado por: Mds Alomoto.L, Cañarejo G.

## **1.6 Diagnóstico.**

El diagnóstico se establece según lo recopilado en la historia clínica, se debe evaluar los signos y síntomas que nos ayuden a distinguir entre una ansiedad normal (adaptativa) o patológica. Su diagnóstico ha pasado desapercibido por lo que se han desarrollado una serie de escalas o instrumentos para detectar los posibles casos de esta enfermedad. (GPC, 2010). También podemos utilizar la clasificación de acuerdo a los criterios indicados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5), publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (APA, 2014)

### **1.6.1 Escalas de evaluación de la ansiedad.**

Las escalas o instrumentos por si mismas no determinan un diagnóstico, sino que permiten seleccionar a las personas con puntuación alta, en quienes se sospecha que pudieran tener la enfermedad, lo que nos ayuda en lo posterior a realizar un estudio más profundo.

Sin embargo, existen otras escalas de medición de la ansiedad validadas internacionalmente, las cuales se exponen a continuación.

### **Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)**

El HAM-A fue una de las primeras escalas de calificación desarrolladas para medir la severidad de los síntomas de ansiedad, y sigue siendo ampliamente utilizado hoy en día tanto en el ámbito clínico como en el de investigación. La escala consta de 14 ítems, cada uno definido por una serie de síntomas, y mide tanto la ansiedad psíquica (mental agitación y angustia psicológica) y ansiedad somática (Quejas físicas relacionadas con la ansiedad). Aunque el HAM-A sigue siendo ampliamente utilizado como una medida de resultado en ensayos clínicos, ha sido criticado por su a veces pobre capacidad para discriminar entre efectos ansiolíticos y antidepresivos, y ansiedad somática versus lado somático. A pesar de esto, los niveles reportados de confiabilidad entre evaluadores para la escala parecen ser aceptables, como el reportado en un análisis realizado en España donde en los diferentes puntos de corte utilizados para la población la sensibilidad y especificidad superaron el 70% (13).

### **Beck Anxiety Inventory (BAI)**

Esta escala es una medida de auto informe de la ansiedad, posee 21 ítems, posee consistencia interna para el BAI = (a de Cronbach = 0,92) y según la confiabilidad test-

retest (1 semana) para el BAI = 0.75. El BAI se correlacionó moderadamente con la Escala de Clasificación de Ansiedad de Hamilton revisada anteriormente, manteniendo una sensibilidad y especificidad mayor a 70% dependiendo de cada punto de corte utilizado en el estudio (14).

**Cuestionario de HADS: (Anexo 2)**, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS-Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond y Snaith, 1983). Es considerado un instrumento de screening y autoevaluación más usado para detectar malestar emocional (ansiedad y depresión) en poblaciones con enfermedad física y mental así como en población general (adolescentes, estudiantes universitarios, adultos y personas de la tercera edad). Obteniendo resultados que apoyan su uso como herramienta útil para detectar distrés psicológico en pacientes no psiquiátricos demostrando su fiabilidad y validez siendo utilizado tanto para el diagnóstico como para evaluar la gravedad del trastorno. Considera dimensiones cognitivas y afectivas, omitiendo aspectos somáticos. (Galindo.O, 2015).

Estudios realizados muestran una sensibilidad y especificidad superior a 80 % de promedio en pacientes en atención primaria y servicios hospitalarios. (Terol.M, 2015)

#### **Interpretación del cuestionario HADS.**

Se compone de dos subescalas (HADA: ansiedad y HADD: depresión) de siete ítems cada una, cada ítem es valorado según una escala de cuatro puntos de frecuencia que va desde 0 a 3. (Terol.M, 2015)

Para la ansiedad (ítems impares) y depresión (ítems pares), esta última se caracteriza como síntoma clínico principal la anhedonia. (Terol.M, 2015).

Interpretando de la siguiente manera: ausencia/mínima presencia = 0, hasta máxima presencia = 3. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, habrá mayor intensidad o gravedad de los síntomas.

Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se considera: 0 a 7 puntos: normal, 8 a 10 puntos: dudoso, y de 11 o más puntos problema clínico. (Fuentes.A, Validacion del instrumento de funcionalidad familiar, 2016)

### 1.7 Tratamiento.

Una vez establecido el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad es importante establecer un tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico que se describe a continuación a través de una serie de pasos.

**Tabla N°4. Tratamiento del trastorno generalizado de ansiedad**

**Paso 1: Trastornos generalizado de ansiedad potencial**

- Realizar una historia clínica completa.
- Identificar las quejas de ansiedad / preocupación.
- Evaluar otras enfermedades mentales (depresión), abuso de sustancias, patrones de sueño e insomnio.
- Aplicar los criterios del DSM-5 para confirmar el diagnóstico.

**Paso 2: Trastorno de ansiedad generalizado**

- Determinar la gravedad y el nivel de deterioro funcional (para los síntomas graves que causan deterioro significativo, vaya al paso 4 y comience con psicoterapia o farmacoterapia)
- Establecer una estrategia terapéutica adecuada con un enfoque "centrado en el paciente"
- Establecer metas de la terapia acordadas.
- Educar al paciente sobre las opciones de tratamiento basadas en evidencia.
- Asesoría en cambios de estilo de vida.
- Educar a la familia y obtener apoyo.

- Proporcionar información de autoayuda sobre técnicas de relajación.

### **Paso 3: Apoyo auto-dirigido**

Respuesta pobre o parcial en el paso 2

- Comenzar intervenciones psicoterapéuticas de baja intensidad, como terapia en línea, autoayuda guiada, grupos de apoyo.
- Evaluar si los síntomas persisten.

### **Paso 4: Iniciar la psicoterapia o farmacoterapia**

Respuesta pobre o parcial en el paso 3

- Discuta las opciones de psicoterapia y farmacoterapia con el paciente y haga una evaluación con decisión compartida.
- Farmacoterapia: Puede considerar benzodiazepina a corto plazo para los síntomas graves: SNRI, buspirona, hidroxizina, pregabalina y bupropión.
- Monitorear inicialmente cada 2 semanas.
- Continuar la medicación por al menos 12 meses después de la respuesta inicial.

### **Paso 5: Modificar la psicoterapia o farmacoterapia.**

Respuesta pobre o parcial en el paso 4

- Evaluar las complicaciones que pueden reducir la respuesta: revisar el diagnóstico, completar la medicación, adherencia, factores estresantes psicosociales continuos, problemas de relación y en el trabajo.
- Si la psicoterapia es inadecuada, considere aumentar el número de sesiones o agregar farmacoterapia.

Respuesta deficiente: cambiar a otro antidepresivo (ISRS o IRSN)

Respuesta parcial: puede aumentar el primer antidepresivo con buspirona, hidroxizina, pregabalina, o curso corto de BZD; cambiar a otro antidepresivo, dependiendo de la preferencia clínica y del paciente

- Continuar con la opción elegida por al menos 12 meses si el paciente tiene una buena respuesta a la opción elegida.

### **Paso 6: Modificar la psicoterapia o farmacoterapia**

Respuesta pobre o parcial en el paso 5

- Considere la referencia a un especialista.
- Reevaluar el diagnóstico, las comorbilidades psiquiátricas y otras explicaciones para el fracaso del tratamiento.
- Opciones farmacológicas.

Respuesta deficiente: intente una SNRI si aún no se ha utilizado. Probar antidepresivos alternativos (mirtazapina, bupropión, vortioxetina, imipramina). Pruebe otros agentes como la buspirona, hidroxizina, pregabalina o BZD.

Respuesta parcial: pruebe alguno de los agentes de aumento enumerados anteriormente.

### **Paso 7: Modificar farmacoterapia**

Respuesta pobre o parcial en el paso 6.

- Respuesta deficiente: cambiar a otra combinación de antidepresivo y agente de aumento no utilizado anteriormente.

- Respuesta parcial: intente aumentar con otro agente de la lista que no haya utilizado anteriormente o con una SGA (quetiapina, risperidona) o valproato

### **Paso 8: continuar modificando farmacoterapia**

Respuesta pobre o parcial en el paso 7

- Reevaluar el diagnóstico, las comorbilidades y la adherencia.
- Considere medicamentos menos preferidos con algunos datos para apoyar el uso

de:

1. Aripiprazol
2. Ziprasidona
3. Olanzapina
4. Gabapentina

**Fuente:** Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders y The Psychopharmacology Algorithm Project at the Harvard South Shore Program: An Algorithm for Generalized Anxiety Disorder (Abejuela & Osser, 2016; Katzman et al., 2014)

**Elaborado por:** Mds Alomoto.L, Cañarejo G.

### 1.8 Prevención primaria, secundaria y terciaria.

Para la prevención de los trastornos mentales, es necesario jerarquizar los factores causales, fortalecer los factores protectores, intervenir los factores de riesgo, evaluar el impacto de los programas y realizar seguimientos.

Prevención primaria y secundaria.- Está orientadas a fortalecer los programas de protección, aplicar test de screening a las población identificada por sus factores de riesgo. La terapia cognitiva estándar ha creado diferentes técnicas para intervenir en los problemas psicopatológicos y dentro de estos los problemas de personalidad, siendo la persuasión verbal y la comprobación empírica las formas principales de intervención. (Londoño, Efectividad de un programa de prevención en salud mental mediante el diálogo socrático y el pensamiento crítico., 2016).

Prevención terciaria.- Orientada a realizar intervenciones que reducen la incapacidad, fomentan la rehabilitación y previenen las recaídas y recurrencias de la enfermedad, así como las complicaciones. En base a ello se debería considerar que los Médicos de Atención primaria sean quienes participen en el reconocimiento y tratamiento de estos casos. (Mortón, 2003)

### **1.8.1 Medidas de prevención para la ansiedad.**

Se describen a continuación algunas formas de mitigar los síntomas de ansiedad entre ellos citamos.

#### **Psi coeducación.**

Consiste en transmitirle al paciente toda la información necesaria acerca de la ansiedad para que comprenda lo que le está pasando. De esta manera puede empezar a relacionar cada uno de sus síntomas con una explicación lógica acerca de la ansiedad como mecanismo fisiológico y adaptativo del ser humano, pero que en su caso, como en el de muchas otras personas, se encuentra “desregulado”. La psi coeducación también implica mostrarle al paciente la propuesta de tratamiento lo que permite alcanzar esa colaboración activa del paciente, que es imprescindible para llevar adelante un tratamiento cognitivo conductual, y también permite mejorar la adherencia a la terapia farmacológica (en los casos indicados) ya que la confianza en la medicación aumenta cuando se conocen los fundamentos que sustentan dicha indicación.

#### **Técnicas de relajación**

Las técnicas de relajación reducen los niveles de activación autonómica y la experiencia desagradable de ansiedad, mejora el sueño y otros síntomas asociados al estrés, así como aumenta la motivación a continuar el tratamiento si se practica regularmente. Como principal método de relajación se encuentra la Técnica de relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento en respiración. (Rodríguez Díaz, 2018)

### **Relajación progresiva de Jacobson**

Es un método de carácter fisiológico, está orientado hacia el reposo, siendo especialmente útil en los trastornos en los que es necesario un reposo muscular intenso. La técnica consiste en cerrar los ojos, sentarse en el sillón o acostarse en la cama lo más cómodamente para que tu cuerpo pueda relajarse al máximo posible. Tiene tres fases pueden durar entre 10 y 15 minutos y se puede repetir varias veces al día.

- Tensión-relajación.
- Comprobar mentalmente la relajación muscular.
- Relajación mental. (Rodríguez Diaz, 2018)

#### **Realizar psicoterapia.**

Escuchar, explicar y atender las preocupaciones y sentimientos de los pacientes mediante:

- Identificación de los factores desencadenantes de la preocupación excesiva.
- Conocer las acciones que está realizando el paciente para enfrentarlos.
- Reforzar las cosas que está haciendo con éxito.
- Planificar tareas que el paciente puede hacer en el transcurso de las próximas semanas para resolver las situaciones estresantes.

#### **Tratamiento farmacológico.**

Una vez diagnosticado el trastorno de ansiedad se debe considerar el empleo de medicamentos ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores de humor y neurolépticos.

#### **Remisión al psiquiatra.**

Considerar la remisión al psiquiatra en los casos problemas.

### **1.9 Promoción de la Salud en los trastornos mentales.**

✓ **Promover un inicio de vida saludable.**

La mayoría de los programas exitosos abordan los factores de riesgo y de protección en las primeras etapas de la vida y están dirigidos a poblaciones en riesgo. Los programas de prevención están orientados al desarrollo del pensamiento reflexivo, y a comprometer de manera responsable a las personas con su salud mental. (Londoño, 2015)

✓ **A nivel universidades.**

Hay estudios que señalan que la técnica de Jacobson puede ser de gran utilidad, considerando que son útiles y sencillas de aplicar a diario, durante 10 a 15 minutos aproximadamente, ya que permiten disminuir síntomas de ansiedad, a través de una relajación mental y muscular. (Rodríguez Díaz, 2018)

## **2. Depresión.**

### **2.1 Definición.**

La OMS considera a la depresión como un trastorno afectivo que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, apatía, pérdida de interés por actividades que antes causaban placer, insomnio, sentimientos de minusvalía y síntomas somáticos variados, en un periodo de al menos dos semanas, que provocan alteración del funcionamiento social y laboral en las personas que la padecen, sin ser atribuible a otras condiciones médicas. (OMS, 2017).

## **2.2 Perfil epidemiológico del trastorno depresivo.**

Según la OMS, el número aproximado de personas que tienen depresión en el mundo es de 322 millones, casi la mitad de estas personas viven en la Región de Asia Sudoriental y en la Región del Pacífico Occidental. (China, India). Siendo más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%). (OMS, Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. , 2017)

A nivel mundial se considera que la carga de depresión alcanza los 390 años de vida ajustados por discapacidad (siglas en inglés, DALY) por 100.000 personas, con mayor carga de la enfermedad en la población de 15 a 44 años. (Baxter.A, 2010).

Se considera a la depresión como el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial y a las defunciones por suicidio, casi 1 millón de vidas se pierden anualmente debido al suicidio, que se traduce a 3000 muertes por suicidio cada día. Para cada persona quien completa un suicidio, 20 o más pueden intentarlo. (OMS, Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. , 2017).

La Asociación Americana de Psiquiatría, estima que la depresión mayor afecta al 7% de la población, con una razón entre 1.5 - 3 mujeres por cada hombre. (Londoño, Efectividad de un programa de prevención en salud mental mediante el diálogo socrático y el pensamiento crítico., 2016) Las tasas de prevalencia varían según la

edad y alcanzan su punto máximo en la edad más adulta (7,5% en mujeres de edades comprendidas entre los 55 y 74 años en comparación con el 5,5% en hombres, representa en menor grado en niños y adolescentes menores de 15 años). (OMS, Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. , 2017)

La prevalencia de depresión reportada por múltiples estudios realizados en población universitaria oscila entre el 25 % y el 50 %, y ello está determinado por los diferentes instrumentos utilizados para su medición. (Gutiérrez, 2010)

Por grupos de edad, se ha identificado trastornos depresivos con una prevalencia de un 8.2% para menores entre 8 y 12 años, 14.6% en menor de 19 años y en estudiantes universitarios, los datos de prevalencia oscilan entre 37.4% para síntomas depresivos. (Arrieta.K, 2014)

Estudios realizados en Ecuador determinan que la prevalencia de depresión mayor fue del 16,1 % en estudiantes universitarios de la ciudad de Cuenca, de 180 mujeres el 23,8 % presentó depresión mayor, y 173 hombres que a

Factores de riesgo asociados a los trastornos depresivos.

A continuación en la tabla N°5, se describe los diversos factores tanto genéticos, psicológicos, biológicos y sociales relacionados con los trastornos depresivos.

**Tabla 5 Factores de riesgo asociados a los trastornos depresivos.**

<b>Factores.</b>	<b>Características</b>
<b>Psicológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de autoestima especialmente en los jóvenes.</li> <li>▪ La dependencia del alcohol y otras sustancias ilícitas.</li> <li>▪ Antecedente de violencia familiar y/o sexual.</li> <li>▪ Antecedente de un evento traumático, intento de suicidio.</li> </ul>
<b>Biológico.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermedades físicas graves, discapacidad física o intelectual, obesidad.</li> <li>▪ El déficit de neurotransmisores.</li> </ul>

- Sociales y ambientales.**
- Desempleo, trabajos informales, vivir en zonas urbanas marginales con condiciones medioambientales deplorables.
  - Falta de afecto y apoyo social.
  - Problemas familiares, problemas con la pareja.
- Genéticas.**
- Familiares de primer grado, tienen el doble de probabilidades de tener depresión en referencia con la población general.

---

Fuente: (Fajardo & Moscoso, 2017)

Elaborado por: Mds Alomoto.L, Cañarejo G.

---

## 2.4 Causas y fisiopatología de los trastornos depresivos.

En el desarrollo de la depresión pueden estar involucradas diferentes estructuras anatómicas y diversas vías nerviosas, de las cuales se han identificado y estudiado varias regiones cerebrales tanto en animales y posmortems, que son encargadas de regular las funciones de emotividad, recompensa y ejecución como son la corteza pre-frontal, el hipocampo, amígdala y el núcleo accumbens, que definen de forma analítica los circuitos que participan en el desarrollo de la enfermedad. (Sequeira, Cordero & Fornanguera, Trías, 2009)

La depresión tiene varias causas dentro de ellas se reconocen:

- **Genéticas:** Es marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena. Los marcadores genéticos potenciales para los trastornos han sido localizados en el cromosoma X, 4, 5, 11, 18 y 21.

Se determinó un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5-HTT), que modula la influencia de los eventos estresantes de la depresión. (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2016)

- **Químicas:** alteraciones de neurotransmisores.

Los neurotransmisores y sistemas de participación en la enfermedad son: la monoaminas cerebrales, los adrenoreceptores, sistemas dopaminérgicos, el eje hipotalámico suprarrenal, citoquinas, neurotrofinas y neurogénesis, debido a que se ha demostrado que en pacientes deprimidos están disminuidas las concentraciones noradrenalina (NA), serotonina (SHT), dopamina, metabolitos de transporte y precursores de serotonina. (Dávila, Gonzalez, & Liangxiao, 2016).

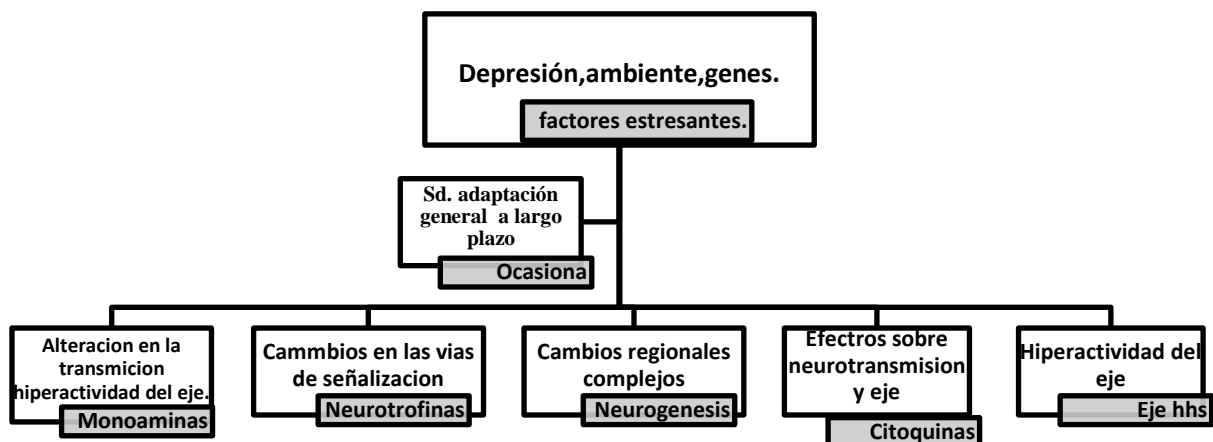
- **Factores psicosociales:** Se incluye experiencias adversas en la infancia, obstáculos crónicos e indeseables en la vida, apoyo social limitado. (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2016)

#### **Fisiopatología de la depresión.**

Las disfunciones o cambios ocasionados por el gradiente estrés sea cual sea su causa, está regulada por la actividad del eje Hipotálamo - hipófisis - adrenal (HHA), que en algunos pacientes está alterado, este eje libera la hormona corticotropina del núcleo supra ventricular del hipotálamo para proporcionar mayor respuesta fisiológica al estrés y estimular la liberación de la ACTH de la hipófisis la cual estimula la secreción de glucocorticoides desde la corteza suprarrenal a la circulación sanguínea que son los que ejercen la retroalimentación negativa (Dávila, Gonzalez, & Liangxiao, 2016).

A continuación en la Ilustración N° 1. Se describe la fisiopatología y los principales factores asociados con el desarrollo de la depresión.

#### **Ilustración 1 Representación esquemática de los principales participantes implicados en el desarrollo de la depresión.**



Fuente (Sequeira, Cordero & Fornanguera, Trias, 2009)

Elaborado por: Mds Alomoto.L, Cañarejo G.

## 2.5 Manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos.

A continuación se describen las manifestaciones clínicas por diversos sistemas implicados.

### Síntomas afectivos.

- Tristeza patológica o humor depresivo.
- Anhedonia.
- Ansiedad secundaria a depresión.
- Irritabilidad.
- Disforia.
- Apatía. (López, 2006)

### Síntomas cognitivos

- Alteraciones del pensamiento.

Curso lento, indeciso y monótono, con dificultad para concentrarse y discurrir. Pueden aparecer ideas recidivantes de muerte o de suicidio.

- **Alteraciones cognoscitivas.**

Se presentan como desorientación, alteraciones de memoria, de la capacidad de aprendizaje y de la atención. (López, 2006)

### **Síntomas somáticos**

- **Trastornos vegetativos.**

Astenia, cefaleas atípicas, algias músculo-esqueléticas, pérdida de peso, trastornos digestivos (dispepsia, estreñimiento, pérdida de apetito etc.), trastornos cardíacos (dolor precordial, taquicardia), de la libido, del equilibrio, o alteraciones del sueño con distintos tipos de insomnio o hipersomnia.

- **Trastornos de los ritmos vitales.**

Alteraciones del ritmo sueño/vigilia, del ritmo circadiano con empeoramiento matutino de los síntomas y alteraciones según ritmo estacional. (López, 2006)

### **Síntomas conductuales**

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

## 2.6 Clasificación del trastorno depresivo según DSM-V

En la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), se clasifican algunos tipos de trastornos según los síntomas específicos descritos en la tabla N°6:

**Tabla 6 Clasificación del trastorno depresivo según DSM-V**

<b>Trastorno.</b>	<b>CIE 10.</b>
Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.	F34.8
Trastorno depresivo mayor.	
Trastorno depresivo persistente. (Distimia)	F34.1
Trastorno disfórico premenstrual.	N94.3
Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.	
Trastorno depresivo debido a otra afección médica.	
Otro trastorno depresivo especificado.	F32.8
Otro trastorno depresivo no especificado.	F32.9

Fuente: (APA, 2014)  
Elaborado por: Mds.Alomoto.L , Cañarejo G.

## 2.7 Diagnóstico de depresión.

De acuerdo a los criterios indicados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5), publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

Además, el USPSTF recomienda evaluar a los niños y adolescentes de 12 a 18 años de edad para el trastorno depresivo mayor. (Douglas, 2018)

Los cuestionarios de salud del paciente (PHQ, por sus siglas en inglés) de dos y nueve preguntas son herramientas de detección validadas que se usan comúnmente. El PHQ-2 tiene una sensibilidad comparable con el PHQ-9 en la mayoría de las poblaciones; sin embargo, la especificidad del PHQ-9 varía de 91% a 94%, en comparación con 78% a 92% para el PHQ-2. Si el PHQ-2 es positivo

para la depresión, se debe aplicar el PHQ-9 o una entrevista clínica. (Douglas, 2018)

### **2.7.1 Instrumentos de evaluación de trastornos depresivos.**

Existen algunas escalas de medición de depresión validadas internacionalmente, las cuales se exponen a continuación.

#### **Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)**

Por sus siglas en inglés Hospital Anxiety and Depression Scale, creada por Zigmond y Snaith, 1983). Es considerado un instrumento de screening y autoevaluación más usado para detectar malestar emocional (ansiedad y depresión) en poblaciones con enfermedad física y mental así como en población general (adolescentes, estudiantes universitarios, adultos y personas de la tercera edad). Obteniendo resultados que apoyan su uso como herramienta útil para detectar distrés psicológico en pacientes no psiquiátricos demostrando su fiabilidad y validez siendo utilizado tanto para el diagnóstico como para evaluar la gravedad del trastorno. Considera dimensiones cognitivas y afectivas, omitiendo aspectos somáticos. (Galindo.O, 2015)

Estudios realizados muestran una sensibilidad y especificidad superior a 80 % de promedio en pacientes en atención primaria y servicios hospitalarios.

(Terol.M, 2015)

#### **Interpretación del cuestionario HADS:**

Se compone de dos subescalas (HADA: ansiedad y HADD: depresión) de siete ítems cada una, cada ítem es valorado según una escala de cuatro puntos de frecuencia que va desde 0 a 3. (Terol.M, 2015)

Para la ansiedad (ítems impares) y depresión (ítems pares), esta última se caracteriza como síntoma clínico principal la anhedonia. (Terol.M, 2015)

Interpretando de la siguiente manera: ausencia/mínima presencia = 0, hasta máxima presencia = 3. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, habrá mayor intensidad o gravedad de los síntomas.

Tanto para la puntuación de ansiedad así como depresión se considera de 0 a 7 puntos: normal, 8 a 10 puntos: dudoso, y de 11 o más puntos problema clínico.

(Fuentes.A, 2016)

### **Cuestionario de Screening para Depresión Mayor.**

#### **PHQ-2.**

Tiene diferentes preguntas, respuestas y puntajes. Tiene una sensibilidad del 83% y una especificidad del 92% para episodio depresivo mayor con 3 puntos o más.

La pregunta ¿En las dos últimas semanas, con cuánta frecuencia sufrió algunos de los siguientes problemas? Falta de interés o placer para hacer las cosas (0=nunca, 1=varios días, 2=más de la mitad de los días, 3=casi todos los días); decaimiento, depresión o desesperanza (0=nunca, 1=varios días, 2=más de la mitad de los días, 3=casi todos los días). (Jane, 2005)

#### **Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)**

El Patient Health Questionnaire (PHQ), en su versión de 9 preguntas (PHQ-9) tiene una sensibilidad de 0,8 (95% CI 0,71-0,87) y una especificidad de 0,92, (95% CI 0,88-0,95) (Vicente, 2016)

## **2.8 Tratamiento de trastornos depresivos.**

El tratamiento suele ser dependiendo a la gravedad de la depresión:

- La psicoterapia es la primera elección de tratamiento en depresión leve y moderada, y la más utilizada es de tipo cognitivo conductual.
- Farmacoterapia para una depresión moderada-severa.

### 2.8.1 Psicoterapia.

#### Terapia cognitivo conductual.

Es la terapia de solución de problemas, se trata de una intervención de tipo cognitivo conductual dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas, es decir, para afrontar las experiencias estresantes de la vida y conseguir de esta manera identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes. (Rosas, 2016)

### 2.8.2 Farmacoterapia.

A continuación se describe una serie de grupos farmacológicos, su mecanismo de acción y efectos adversos que deben ser tomados en cuenta antes del tratamiento de los trastornos depresivos.

**Tabla 7 Principales fármacos utilizados en el tratamiento de los trastornos depresivos.**

<b>Grupo farmacológico.</b>	<b>Mecanismo de acción.</b>	<b>Efectos adversos.</b>
Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inhibición del transportador de serotonina (SERT).</li> <li>▪ Antidepresivo, ansiolítico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Náusea, diarrea, boca seca, disfunción sexual, ansiedad inicial.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fluoxetina,</li> <li>▪ Sertralina,</li> <li>▪ Fluvoxamina.</li> <li>▪ Paroxetina,</li> <li>▪ Citalopram</li> <li>▪ Escitalopram</li> </ul>		
Inhibidores de recaptura de serotonina	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inhibición de SERT y NAT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cefalea, insomnio, náusea, diarrea,</li> </ul>

<p>y noradrenalina (IRSN)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Venlafaxina,</li> <li>▪ Desvenlafaxina,</li> <li>▪ Duloxetina,</li> <li>▪ Milnacipran</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antidepresivo, ansiolítico</li> </ul>	<p>hiporexia, disfunción sexual, aumento de tensión arterial.</p>
<p>Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND)</p> <p>Bupropión (anfebutamona)</p> <p>Antagonistas alfa-2</p> <p>Mirtazapina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inhibición de NAT y DAT</li> <li>▪ Antidepresivo, ansiolítico.</li> <li>▪ Antagonismo <math>\alpha</math>-2</li> <li>▪ Antidepresivo, ansiolítico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Boca seca, constipación, náusea, hiporexia, insomnio, cefalea, ansiedad, aumento de tensión arterial</li> <li>▪ Aumento de apetito, boca seca, constipación, sedación, mareo, hipotensión</li> </ul>
<p>Antidepresivos tricíclicos (ATC)</p> <p>Amitriptilina, imipramina, desipramina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inhibición de SERT y NAT</li> <li>▪ Antidepresivo, ansiolítico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visión borrosa, constipación, aumento de apetito, boca seca, náusea, diarrea, fatiga, sedación, disfunción sexual, aumento de tensión arterial</li> </ul>
<p>Antidepresivos multimodales.</p> <p>Vortioxetina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inhibición de SERT, agonista 5-HT<sub>1A/1B/1D</sub>, antagonista 5-HT<sub>7</sub></li> <li>▪ Antidepresivo, procognitivo, ansiolítico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Náusea, cefalea, mareo, boca seca.</li> </ul>

---

Fuente: (Perez R. , 2017)

Elaborado por: Mds. Alomoto.L , Cañarejo G.

---

## 2.9 Actividades de prevención de los trastornos depresivos:

- Intervenciones psicológicas uno a uno, grupales o auto guiadas.
- Intervenciones centradas en la familia y cuidadores.
- Intervenciones escolares, tales como:
  - ✓ Cambios organizacionales para un ambiente psicológico seguro y positivo;
  - ✓ Enseñanza sobre salud mental y habilidades para la vida;
  - ✓ Capacitar al personal en detección y manejo básico del riesgo de suicidio; y programas de prevención basados en la escuela para adolescentes vulnerables a las condiciones de salud mental.
- Intervenciones basadas en la comunidad tales como liderazgo de pares o programas de tutoría.
- Programas de prevención dirigidos a los estudiantes vulnerables, como los afectados por entornos humanitarios y frágiles, y los grupos minoritarios o discriminados.
- Programas para prevenir y manejar los efectos de la violencia sexual en adolescentes.
- Intervenciones multinivel para prevenir el abuso de alcohol y sustancias.
- Educación sexual integral para ayudar a prevenir conductas sexuales riesgosas; y programas de prevención de la violencia.

### **2.9.1 Promoción de la Salud para los trastornos mentales.**

La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables

- ✓ Fomentar los programas de prevención del estrés en las universidades o lugar de trabajo.
- ✓ Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de salud mental y asistencia social completos, integrados y adecuados a las necesidades.

(OMS, 2018)

### **2.9.2 Efectos negativos de ansiedad y depresión en universitarios.**

A continuación se describen los principales efectos causados por la depresión en universitarios.

- Deserción de la facultad, bajo rendimiento académico, dificultades en las relaciones interpersonales, abuso de alcohol y drogas, ideación suicida y suicidio por lo que la identificación temprana de los individuos en riesgo es de suma importancia. (Mayor.M, 2009) .

## **3. Apoyo social.**

### **3.1 Definición.**

Se entiende al apoyo social como un conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia los mismos que son proporcionados por la comunidad, redes sociales y las personas de confianza, como la familia, o amigos íntimos para afrontar y superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc). (Ortego, López, & Alvares, 2015).

Su importancia está determinada como "toda acción, conducta o comunicación que tiene el propósito de proteger, auxiliar o ayudar a otro u otros a afrontar situaciones problemáticas de tipo individual y/o social. (Monagas Valls, 2016)

### **3.2 Clasificación del Apoyo social.**

#### **3.2.1 En función del apoyo recibido.**

✓ Emocional.

Considerado uno de los más importantes ya que determina la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos, reconocimiento y escucha, estimulando la autoestima y el desempeño de las personas. (Mosquera , Mendoza , & Aravena, 2016)

✓ Material e Instrumental.

Se refiere a la provisión de bienes materiales, servicios o ayuda económica por parte de otra persona. (Margoanni, 2017)

✓ Informativos.

A través del cual se obtiene información útil para afrontar un problema.

✓ Apoyo de compañía.

Tiene que ver con la sensación de pertenencia a un grupo social.

### 3.2.2 Apoyo percibido vs. Apoyo recibido.

Otro estudios refieren al apoyo social como una variable que puede ser estudiada en dos aspectos, la primera como **una extensión objetiva (apoyo social recibido)**, es decir la cantidad de ayuda que la persona ha recibido en un periodo de tiempo determinado, se relaciona con el medio social externo, familiares, asociaciones, grupos o comunidades y **la segunda como una extensión subjetiva (apoyo social percibido)**, tratándose de una percepción propia e individual de cada persona tanto en cantidad y calidad de apoyo que recibe, en esta última encontramos el apoyo afectivo, material e instrumental, informativo (Margozanni, 2017)

### 3.3 Tipos de recursos del Apoyo social.

#### 1. Recursos de apoyo formal o profesional.

Está formado exclusivamente por profesionales. Se refiere a la red oficial de servicios institucionalizados: Servicios sociales, salud, educación, administración.

#### 2. Recursos de apoyo organizado.

Asociaciones, grupos comunitarios.

#### 3. Recursos de apoyo informal o natural.

La fuente de apoyo social más básico, tradicional e inmediato está constituida por la familia, los amigos, pareja, vecinos y los compañeros de trabajo, tiene como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente, su adaptación al tratamiento terapéutico y su bienestar. (Suarez.M, 2011)  
(Vaca.R, 2016)

### 3.4 Niveles de Apoyo social.

Se consideran cuatro perspectivas principales de niveles de apoyo social, necesarias para pasar de un nivel a otro.

**Tabla 8 Niveles comparativos en asociación con características del apoyo social.**

<b>Nivel.</b>	<b>Características</b>
I	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Es el nivel más básico de apoyo social.</li> <li>✓ Se basa en el número y fuerza de relaciones de una persona con otra y no con la calidad.</li> <li>✓ No es capaz de explicar la relación de apoyo social y la salud.</li> </ul>
II	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Considerado como “relaciones de calidad”.</li> <li>✓ Se refiere a la calidad de las relaciones aunque estas no sean numerosas.</li> <li>✓ Tiene importancia en la salud y bienestar psicológico. ( proporciona sentimiento de control sobre la situación estresante )</li> </ul>
III	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Es el apoyo social como ayuda percibida.</li> <li>✓ Es la percepción de la persona de que existe ayuda, disminuyendo el efecto estresor.</li> </ul>
IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se refiere a conductas reales, al desarrollo efectivo y concreto del apoyo social.</li> </ul>

Fuete : (Perez J. , 1999)

Elaborado por: Mds. Alomoto.L , Cañarejo G

### **3.5 La familia como red de Apoyo social.**

La familia es la fuente de ayuda y apoyo más importante, según el del ciclo vital de sus integrantes, los familiares son las personas a las que uno acude en los momentos de necesidad, se crea un sentimiento de reciprocidad de por vida. Esta observación es más evidente entre padres e hijos, mientras mayor sea el apoyo familiar se crearán mejores habilidades de afrontamiento a problemas, buena autoestima,

destrezas sociales y rendimiento académico. (García M. , 2017) (Villafrade Monroy C. M., 2016)

En un estudio realizado en estudiantes universitarios de Paraguay, se determinó que la familia es la primera fuente de apoyo social, considerado como la base de provisión de herramientas para enfrentar a situaciones agresoras de estrés.

(Villafrade Monroy & Franco Ramirez , 2016)

Para aquellas personas que no cuentan con el apoyo de la familia ya sea porque carecen de ellos, residen en lugares alejados, o sus relaciones no son lo suficientemente cordiales, las amistades constituyen un apoyo social gratificante y una fuente de satisfacción considerable. (Sacramento, 2005), tener amigos y contar con su apoyo es indicador de un buen ajuste psicológico. (Martinez, 2014).

### **3.6 El apoyo social y sus efectos en la salud.**

Existe un importante lazo de vinculación entre el apoyo social y la salud, tanto en los componentes biológico y psicológico, que ha sido ampliamente estudiada desde décadas atrás, (...), pero ya en el año 2000 se concreta su definición y fundamento constituyendo este un factor que promueve, recupera la salud y permite un descenso de la morbimortalidad del individuo. (Ortego Mate & Lòpez Gonzales, 2006).

Es inversamente proporcional a los resultados de la salud, es así que mientras más apoyo social perciba el ser humano, presentará menor riesgo de sufrir enfermedades o de fallecer.

Se ha investigado dos efectos del apoyo social en la salud:

**1. Efecto directo o principal del apoyo social.**

Establece que las personas están protegidas o preparadas positivamente para enfrentarse con un evento estresante por las relaciones de apoyo que poseen previas a su ocurrencia.

Se considera que a mayor nivel de apoyo social menos malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social mayor incidencia de trastornos, independientemente de los acontecimientos vitales estresantes. (Sacramento, 2005)

**2. Efecto amortiguador o protector del apoyo social.**

Considera que las relaciones sociales ayudan a las personas en el afrontamiento de crisis durante los eventos y tras ellos. Cuando las personas están expuestas a estresores sociales, estos tendrán efectos negativos sólo entre los sujetos cuyo nivel de apoyo social sea bajo. (Sacramento, 2005)

**3.7 Instrumentos de medición del apoyo social.**

**Cuestionario MOS (Anexo: 1):** Desarrollado por Sherbourne y cols, Medical Outcomes Study (MOS) se usa para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal, con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.97 para la puntuación total, que permite conocer la red familiar y extra familiar del paciente. (Suarez.M, 2011)

Este cuestionario es utilizado para la evaluación del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas y ha mostrado buenas propiedades psicométricas, permite investigar el apoyo global y sus cuatro dimensiones: a) afectiva (demostración de amor, cariño, y empatía), b) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para

comunicarse), c) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica), y d) informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información). (Suarez.M, 2011)

### **Interpretación de Cuestionario MOS.**

A continuación en la Tabla N° 9, se describe el cuestionario MOS, constituido por 20 ítems, el primero dimensiona el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado. La puntuación va de 1 (nunca) a 5 (siempre). (Giraldo.F, 2017)

**Tabla 9 Interpretación del cuestionario MOS.**

<b>Dimensiones del Apoyo social.</b>	<b>Ítems.</b>	<b>Puntuación máxima</b>	<b>Puntuación media</b>	<b>Puntuación mínima.</b>
1. Apoyo emocional	3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19	40	24	8.
2. Ayuda material o instrumental.	2, 3, 12 y 15	20	12	4
3. Relaciones sociales de ocio y distracción.	7, 11, 14 y 18	20	12	4
4. Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño.	6, 10 y 20	15	9	3

---

Elaborado por: Md. Alomoto L y Cañarejo G.  
Fuente: Mds. (Giraldo.F, 2017)

---

El índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19. (Giraldo, 2017) (Suarez.M, 2011).

**Cuestionario FF-SIL: (anexo 3).** Es un instrumento que posee propiedades psicométricas que mide la funcionalidad familiar, diseñado en 1999.

Esta escala se basa en la medición de los valores familiares cuestionados en 14 ítems que determinaran la situación psicosocial dando a mencionar si la familia es funcional o disfuncional. Este instrumento tiene una sensibilidad de 0.89 siendo altamente significativo. (Fuente, A., 2013)

El test de FF-SIL es un buen instrumento para medir la percepción de la funcionalidad familiar ya que tiene una muy buena consistencia interna.

Es un instrumento muy confiable a utilizar en Ecuador para evaluar la funcionalidad familiar, como adyuvante en medicina familiar. (Mena, R., 2016)

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar; este se muestra en el siguiente cuadro.

**La interpretación del cuestionario FF-SILL:**

Familia funcional: 70- 57 puntos.

Familia moderadamente funcional: 56 a 43 puntos.

Familia Disfuncional: 42 a 28 puntos.

Familia severamente disfuncional 27 a 14 puntos.

**3.8 Beneficios del apoyo social.**

1. El apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés.
2. Reduce directamente los niveles de estrés de distintas maneras mejorando indirectamente la salud, mediante la percepción de apoyo de sus redes.  
(Pèrez & Daza, 1999). (Pèrez Porto & Merino , 2015).

3. También interviene como factor importante en el mantenimiento, adherencia a tratamientos y rehabilitación ante las enfermedades.
4. A nivel poblacional el apoyo social, fomenta la creación de grupos, organizaciones de personas, o redes comunitarias con participación en áreas de deportes, culturas, religiones, política, etc.
5. Proporciona el fortalecimiento y organización familiar, considerando que la familia es el primer contacto de desarrollo social de las personas.

#### **4. Relación del apoyo social con la ansiedad.**

Los niveles elevados de estrés y ansiedad tienden a afectar de manera negativa las habilidades sociales de los individuos, debido a que favorecen que este se perciba incapaz de mantener relaciones seguras, disminuyendo su bienestar y el acceso al apoyo social. (Hoyos Muñoz, 2017)

##### **4.1 Relación de apoyo social con depresión.**

De los distintos tipos de trastornos mentales que han sido estudiados, el trastorno depresivo es uno de los más significativos y urgentes en atender, debido a que se atribuye como casusa principal de discapacidad en el mundo. (Hoyos Muñoz, 2017).

Se ha mencionado la importancia y los beneficios que cumple el apoyo social en el ser humano, al mantener una adecuada interacción entre ellos y valorar sus efectos positivos permite interrumpir o mitigar los efectos adversos que pueden ser causa de este trastorno mental. (García M. ., 2013)

Se considera esencial aprovechar los períodos de recuperación de la enfermedad (períodos durante el cual usted se siente mejor) para mantener o ampliar su red social: es ahí donde se incentiva buscar a los amigos/as, familia, compañeras/os, participar en actividades de grupo (asociaciones, actividades

solidarias, culturales, deportivas, artísticas...), buscar la necesidad de tratamiento y enfrentarla. (García M. ,, 2013).

#### **4.2 Relación del apoyo social en el contexto universitario.**

El apoyo social en estudiantes universitarios constituye un mecanismo de supervivencia frente al mecanismo de estrés , puesto que aquellos estudiantes que disponen de una red de apoyo social manifiestan menor percepción de estrés y una alta capacidad para adaptarse positivamente frente a situaciones adversas y mejor rendimiento académico . (Torales , Barrios , & Samudio, 2017)

Es así que el bajo apoyo familiar y emocional en los estudiantes causa bajo rendimiento académico y aparecimiento de factores estresantes como elementos negativos que repercutirán en el equilibrio de la salud mental y el bienestar físico de la persona. (Torales , Barrios , & Samudio, 2017)

### **CAPITULO III**

#### **Materiales y métodos.**

#### **Listado de variables.**

##### **Variables dependientes.**

Depresión

Ansiedad

##### **Variables independientes.**

Apoyo social.

##### **Variables intervinientes.**

Edad

Migración estudiantil.

Condición socioeconómica.

Funcionalidad familiar.

Facultad y carrera.

Con quien vive.

Estado civil de los padres.

Ocupación del estudiante.

**1. Operacionalización de variables del estudio. Tabla N° 10.**

<b>Tipo de variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala/categoría</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente</b>
Apoyo social	Es una red compuesta por la familia, amigos, vecinos, y miembros de la comunidad que están disponibles para brindar ayuda psicológica, física y financiera en los momentos de necesidad.	Apoyo emocional.	Cuantitativa	3 a 94 puntos	Media, mediana, moda, Desviación estándar	Cuestionario MOS de apoyo social percibido.
		Apoyo material.	Cuantitativa	3 a 94 puntos		
		Relaciones sociales de ocio o distracción.	Cuantitativa	3 a 94 puntos		
		Apoyo afectivo.	Cuantitativa	3 a 94 puntos		

Síntomas de ansiedad	Es una respuesta del organismo ante situaciones límites, que se caracteriza por una sensación de angustia leve o miedo, y la aparición de aceleración del ritmo cardíaco y la respiración, sudoración o sensación de flojedad.		Cuantitativa transformada a categorías.	Normal: 0 a 7 Dudoso: 8 a 10 Problema clínico: 11 o más puntos.	Frecuencia y Porcentaje	Escala HAD
----------------------	--	--	---	---	-------------------------	------------

Síntomas de depresión	<p>Conjunto de síntomas de predominio afectivo.</p> <p>(Tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad.)</p>		Cuantitativa transformada a categorías	<p>Normal: 0 a 7</p> <p>Dudoso: 8 a 10</p> <p>Problema clínico: 11 o más puntos.</p>	<p>Media,</p> <p>mediana,</p> <p>moda,</p> <p>Desviación estándar</p>	Escala HAD
Funcionalidad familiar.	<p>Conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le</p>		Cuantitativa transformada a categorías	<p>Funcional: 57 a 70 puntos</p> <p>Moderadamente funcional: 43 a 56 puntos.</p>	<p>Frecuencia absoluta % funcional</p> <p>Frecuencia absoluta % disfuncional.</p>	FF-SILL

	confieren identidad propia.			Disfuncional: 28 a 42 puntos. Severamente disfuncional: 14 a 27 puntos.	Frecuencia absoluta % severamente disfuncional.	
Edad	Años cumplidos hasta la encuesta.		Cuantitativa	18-25 años.	Media, mediana, moda, Desviación estándar	Encuesta
Sexo	Conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie dividiéndolos		Cualitativa	Frecuencia absoluta % masculino. Frecuencia absoluta % femenino.	Frecuencia absoluta % masculino % femenino	Encuesta

	en masculino y femenino, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.					
Condición socioeconómica	Medida de situación social que incluye ingresos, educación y ocupación, está ligada a una amplia gama de repercusiones de la vida, que abarcan desde	Cómo sustenta su vida estudiantil.	Cualitativa	Pagan los padres Beca de la Universidad o del estado. Autofinanciado Crédito educativo.	Frecuencia absoluta % pagan los padres. Frecuencia absoluta % Beca de la	Encuesta

	capacidad cognitiva y logros académicos hasta salud física y mental.				universidad o del estado. Frecuencia absoluta % autofinanciado . Frecuencia absoluta % crédito educativo.	
	Percepción de situación económica.	Cualitativa	Muy buena Buena Regular Mala Muy mala	%muy buena %buena %regular %mala	Encuesta.	

					% muy mala	
		Ocupación que desarrolla el estudiante.	Cualitativa	Estudiante. Estudia y trabaja	% estudia % estudia y trabaja.	Encuesta.
Migración estudiantil	Movimiento de población que consiste en dejar el lugar de residencia para establecerse en otro país o región, generalmente por	Está en la misma ciudad.  Migró a otra ciudad.	Cualitativa	Si  No	%  estudiantes que migraron	Encuesta.

	causas económicas o sociales.					
Facultad universitaria	Centro docente donde se imparten estudios superiores especializados en alguna materia o rama del saber.		Cualitativa.	-Facultad de Ciencias Médicas. -Facultad de Ingeniería -Facultad de Jurisprudencia	Frecuencia absoluta % Facultad de Ciencias Médicas.	Encuesta.

				-Facultad de Arquitectura, Diseño y Artes	Frecuencia absoluta % ingeniería.	
				-Facultad de Ciencias de la Educación.	Frecuencia absoluta %	
				-Facultad en Ciencias Exactas y Naturales.	facultad de jurisprudencia.	
				-Facultad en Ciencias Filosófico y Teológicas.	Frecuencia absoluta %	
				-Facultad en Ciencias Humanas.	facultad de arquitectura, diseño y artes.	
				-Facultad en Comunicación, Lingüística y Literatura.	Frecuencia absoluta % Facultad de	

				-Facultad de Economía.	Ciencias de la Educación. Frecuencia absoluta % Facultad en Ciencias Exactas y Naturales. Frecuencia absoluta % Facultad en Ciencias Filosófico y Teológicas.	
--	--	--	--	------------------------	--	--

					Frecuencia absoluta % Facultad en Ciencias Humanas. Frecuencia absoluta % Facultad en Comunicación, Lingüística y Literatura. Frecuencia absoluta % Facultad de Economía.	
--	--	--	--	--	--	--

Carrera universitaria	Es una serie de estudios que una persona debe cursar para acceder a un título y así estar habilitada a ejercer una cierta profesión.		Cualitativa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Medicina</li> <li>-Enfermería</li> <li>-Arquitectura</li> <li>-Artes Visuales</li> <li>-Diseño profesional con mención en Diseño Gráfico y comunicación Visual.</li> <li>-Diseño profesional con diseño de productos.</li> <li>-Administración de Empresas.</li> <li>-Contabilidad y Auditoría.</li> </ul>	<p>Frecuencia absoluta %</p> <p>Medicina Frecuencia absoluta %</p> <p>Enfermería Frecuencia absoluta %</p> <p>Arquitectura Frecuencia absoluta</p> <p>%Artes Visuales Frecuencia absoluta %</p>	Encuesta.
-----------------------	--	--	--------------	--	---	-----------

				-Ciencias de la Educación con mención en Filosofía.	Diseño profesional con mención en Diseño Gráfico y comunicación Visual.	
				-Ciencias de la Educación con mención en Teología.	Frecuencia absoluta %	
				-Ciencias de la Educación con mención en Educación inicial.	Diseño profesional con diseño de productos.	
				-Ciencias de la Educación con mención en Educación Basal.	Frecuencia absoluta %	
				-Ciencias de la Educación con mención en Bachillerato.		

				-Escuela de Filosofía. -Escuela de Ciencia Biológicas. -Escuela de Ciencias Químicas. -Escuela de Teología. -Escuela de Antropología. -Escuela de Ciencias Geológicas. -Escuela de Ciencias Históricas. -Escuela de Hotelería y turismo.	Frecuencia absoluta % Administració n de Frecuencia absoluta % Empresas. Frecuencia absoluta % Contabilidad y Auditoría. Frecuencia absoluta % Frecuencia absoluta %	
--	--	--	--	---	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> <li>-Escuela de Lengua y Literatura.</li> <li>-Escuela de Comunicación.</li> <li>-Escuela de Lingüística.</li> <li>-Escuela múltiple de negocios y relaciones Internacionales.</li> <li>-Escuela de Lenguas.</li> <li>-Economía.</li> <li>-Nutrición Humana</li> <li>-Tecnología Médica.</li> <li>-Escuela de Ingeniería Civil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ciencias de la Educación con mención en Filosofía.</li> <li>Frecuencia absoluta %</li> <li>Ciencias de la Educación con mención en Teología.</li> <li>Frecuencia absoluta %</li> <li>Ciencias de la Educación con mención en</li> </ul>	
--	--	--	--	---	--	--

				<p>-Escuela de Ingeniería en Sistemas.</p> <p>-Derecho.</p> <p>-Psicología Clínica.</p> <p>-Psicología Educativa.</p> <p>-Escuela de Bio análisis.</p> <p>-Escuela de Trabajo social.</p>	<p>Educación inicial.</p> <p>Frecuencia absoluta %</p> <p>Ciencias de la Educación con mención en</p> <p>Frecuencia absoluta %</p> <p>Educación Basal.</p> <p>Frecuencia absoluta %</p> <p>Ciencias de la Educación con</p>	
--	--	--	--	---	---	--

					mención en Bachillerato. Frecuencia absoluta % Escuela de Filosofía. Frecuencia absoluta % Escuela de Ciencia Biológicas. Frecuencia absoluta % Escuela de	
--	--	--	--	--	---	--

					Ciencias Químicas. Frecuencia absoluta % Frecuencia absoluta % Escuela de Teología. Frecuencia absoluta % Escuela de Antropología. Frecuencia absoluta % Escuela de	
--	--	--	--	--	---	--

					Ciencias Geológicas. Frecuencia absoluta % Escuela de Ciencias Históricas. Frecuencia absoluta % Escuela de Hotelería y turismo. Frecuencia absoluta % Escuela de	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>Lengua y Literatura.</p> <p>Frecuencia absoluta %</p> <p>Escuela de Comunicación.</p> <p>Frecuencia absoluta %</p> <p>Escuela de Lingüística.</p> <p>Frecuencia absoluta %</p> <p>Escuela múltiple de negocios y</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					relaciones Internacionales . Frecuencia absoluta % Escuela de Lenguas. Frecuencia absoluta % Economía. Frecuencia absoluta % Nutrición Humana	
--	--	--	--	--	--	--

					Frecuencia absoluta % Tecnología Médica.	
					Frecuencia absoluta % Escuela de Ingeniería Civil.	
					Frecuencia absoluta % Escuela de Ingeniería en Sistemas.	

					Frecuencia absoluta % Derecho.	
					Frecuencia absoluta % Psicología Clínica.	
					Frecuencia absoluta % Psicología Educativa.	
					Frecuencia absoluta % Escuela de Bio análisis.	

<p>ESTADO CIVIL DE LOS PADRES</p>	<p>Condición de una persona en lo que concierne a vínculos personales que tiende con otros del mismo o diferente sexo y que son reconocidos jurídicamente.</p>		<p>Cualitativa.</p>	<p>Solteros. Casados. Divorciados. Separados. Convive unión libre. Viudo.</p>	<p>% Solteros. % Casados. % Divorciados. % Separados. %Convive unión libre. % Viudo.</p>	<p>Encuesta.</p>
<p>Con quien vive actualmente. (Compañía)</p>	<p>Se refiere a la Unión y la cercanía que se establece entre las personas, en términos fraternales, de amistad y de familia.</p>		<p>Cualitativa.</p>	<p>Padres. Madre. Padre. Madre y padrastro. Padre y madrastra. Otro familiar.</p>	<p>%Padres. %Madre. %Padre. % Madre y padrastro.</p>	<p>Encuesta.</p>

				Pareja Compañero de departamento. Solo.	% Padre y madrstra. % Otro familiar.	
--	--	--	--	--	---	--

## **Tipo y diseño de la investigación**

Estudio transversal analítico.

## **Población del estudio**

El presente estudio forma parte del macro-proyecto 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”, 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 los años 2018-2020, por lo cual se tomará como base la misma población y muestra de este estudio, los estudiantes del primer semestre del período académico 2018 de la PUCE, sedes Quito, Ibarra, Portoviejo y Santo Domingo.

### **2. Muestra poblacional.**

La muestra se seleccionará 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. El cálculo de la muestra parte del tamaño de la población a ser estudiada que son 2693 estudiantes en primer nivel, con una proporción esperada del efecto 22% (prevalencia de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios, según Abamabari et al., 2013) un nivel de confianza del 95% y error muestral del 2%. El tamaño de la muestra calculado fue 1384 estudiantes, considerando una pérdida del 5%, el tamaño de la muestra final será de 1453 estudiantes de primer nivel de las sedes Quito, Ibarra, Portoviejo y Santo Domingo de la PUCE.

**Criterios inclusión:**

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

**Criterios exclusión:**

- Discapacidad física
- Enfermedades crónicas no transmisibles diagnosticadas (HTA, diabetes).
- Pacientes con diagnóstico de trastornos mentales (esquizofrenia, etc.).
- Alteraciones hormonales (hipotiroidismo).
- Anorexia y Bulimia
- Antecedentes de alcoholismo o cualquier otra adicción.

**Tipo de estudio:**

Analítico transversal, este estudio es parte del proyecto de investigación titulado: “Hábitos y estilos de vida y su relación con variables clínico-epidemiológicas y psicosociales en estudiantes de primer nivel, PUCE sedes Quito, Ibarra, Santo Domingo y Portoviejo, durante el año 2018-2020”.

**Procedimientos de recolección de información.**

Los instrumentos de recolección de información establecidos para el presente estudio se presentan a continuación:

**Cuestionario MOS (Anexo: 1):** Desarrollado por Sherbourne y cols, Medical Outcomes Study (MOS) se usa para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal, con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de

0.97 para la puntuación total, que permite conocer la red familiar y extra familiar del paciente. (Suarez.M, 2011)

Este cuestionario es utilizado para la evaluación del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas y ha mostrado buenas propiedades psicométricas, permite investigar el apoyo global y sus cuatro dimensiones: a) afectiva (demostración de amor, cariño, y empatía), b) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse), c) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica), y d) informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información). (Suarez.M, 2011)

### **Interpretación de Cuestionario MOS.**

Está constituido por 20 ítems, el primero dimensiona el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado. La puntuación va de 1 (nunca) a 5 (siempre). (Giraldo.F, 2017)

**Apoyo emocional:** ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.

**Ayuda material o instrumental:** ítems 2, 3, 12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.

**Relaciones sociales de ocio y distracción:** ítems 7, 11, 14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.

**Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño:** ítems 6, 10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

El índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19. (Giraldo.F, 2017) (Suarez.M, 2011)

**Cuestionario de HADS: (Anexo 2)**, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS-Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond y Snaith, 1983). Es considerado un instrumento de screening y autoevaluación más usado para detectar malestar emocional (ansiedad y depresión) en poblaciones con enfermedad física y mental así como en población general (adolescentes, estudiantes universitarios, adultos y personas de la tercera edad). Obteniendo resultados que apoyan su uso como herramienta útil para detectar distrés psicológico en pacientes no psiquiátricos demostrando su fiabilidad y validez siendo utilizado tanto para el diagnóstico como para evaluar la gravedad del trastorno. Considera dimensiones cognitivas y afectivas, omitiendo aspectos somáticos. (Galindo.O, 2015).

Estudios realizados muestran una sensibilidad y especificidad superior a 80 % de promedio en pacientes en atención primaria y servicios hospitalarios. (Terol.M, 2015)

#### **Interpretación del cuestionario HADS:**

Se compone de dos subescalas (HADA: ansiedad y HADD: depresión) de siete ítems cada una, cada ítem es valorado según una escala de cuatro puntos de frecuencia que va desde 0 a 3. (Terol.M, 2015)

Para la ansiedad (ítems impares) y depresión (ítems pares), esta última se caracteriza como síntoma clínico principal la anhedonia. (Terol.M, 2015).

Interpretando de la siguiente manera: ausencia/mínima presencia = 0, hasta máxima presencia = 3. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, habrá mayor intensidad o gravedad de los síntomas.

Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se considera: 0 a 7 puntos: normal, 8 a 10 puntos: dudoso, y de 11 o más puntos problema clínico.

(Fuentes.A, Validacion del instrumento de funcionalidad familiar, 2016)

**Cuestionario FF-SIL: (anexo 3).** Es un instrumento que posee propiedades psicométricas que mide la funcionalidad familiar, se diseñó en 1999.

Esta escala se basa en la medición de los valores familiares cuestionados en 14 ítems que determinaran la situación psicosocial dando a mencionar si la familia es funcional o disfuncional. Este instrumento tiene una sensibilidad de 0.89 siendo altamente significativo. (Fuente, A., 2013)

El test de FF-SIL es un buen instrumento para medir la percepción de la funcionalidad familiar ya que tiene una muy buena consistencia interna.

Es un instrumento muy confiable a utilizar en el Ecuador como adyuvante en medicina familiar. (Mena, R., 2016)

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar; este se muestra en el siguiente cuadro.

**La interpretación del cuestionario FF-SILL:**

Familia funcional: 70- 57 puntos.

Familia moderadamente funcional: 56 a 43 puntos.

Familia Disfuncional: 42 a 28 puntos.

Familia severamente disfuncional 27 a 14 puntos

**3. Procedimiento de diagnóstico e intervención:**

No aplica

**Plan de análisis de datos:**

Se realizará un análisis descriptivo de cada una de las variables: Se calculará media, mediana, moda y desviación estándar para las variables cuantitativas; y para las

variables cualitativas se calculará frecuencia y porcentaje. Se calcularán como medida de asociación las razones de prevalencia con los respectivos intervalos de confianza entre la variable dependiente (síntomas de ansiedad y depresión) y la variable independiente (apoyo social).- Se calculará el valor de Chi cuadrado para valorar la significancia de estas asociaciones, se considerará significativo un valor  $P < 0.05$ .- Se realizará regresión logística variada y multivariada. Se utilizará el programa SPSS versión 25 para el ingreso y el análisis de los datos.

### **1. Aspectos bioéticos.**

El proyecto de investigación ha sido aprobado por el comité de ética de investigación en seres humanos de la PUCE (CEISH) (anexo 4) y por la Dirección General de Estudiantes de la PUCE (anexo 5).

En el presente estudio se incluirán únicamente estudiantes que acepten su participación voluntaria, mediante la firma del consentimiento informado, (anexo 6).

El estudio no supone riesgo alguno a los participantes, dado que se limita a aplicar una encuesta para evaluación de los diversos parámetros en los que se incluyen al apoyo social y de familiares como factores protectores en relación a los síntomas de ansiedad y depresión. Antes de participar, los participantes tendrán la oportunidad de preguntar lo que no le quede claro antes de firmar el consentimiento para iniciar el estudio.

La confidencialidad de la información obtenida de los participantes se va a garantizar, mediante el anonimato de los datos digitados. Además, el acceso a la información va a estar limitado al equipo de investigación; se utilizarán contraseñas personales para poder acceder a la base de datos y los registros de papel se mantendrán en un lugar cerrado y protegido.

Los resultados de la investigación estarán siempre disponibles para los participantes del estudio, así como se difundirán los resultados obtenidos, sin revelar la identidad de los participantes, en tesis y artículos científicos.

## 2. Aspectos administrativos.

Presupuesto:

<b>Materiales e insumos</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Subtotal</b>
Impresiones de encuestas.	1460	0.03	43.8
Impresión de tesis.	300	0.05	15
Presupuesto PUCE del proyecto macro de investigación (convocatoria PUCE 2017)	1	35.000	35.000
Presupuesto del personal de apoyo	3	400	1200
<b>Total</b>	-	-	3658.8

Elaborado por: Mds.Alomoto.L. Cañarejo,G.

## Cronograma de actividades.

<b>Actividad</b>	<b>Septiembre</b>	<b>Octubre</b>	<b>Noviembre</b>	<b>Diciembre</b>	<b>Enero</b>	<b>Febrero</b>	<b>Marzo</b>	<b>Abril</b>
Elaboración de protocolo.	x	x	x					
Aprobación de protocolo.				x				
Aprobación por la Dirección General Estudiantil.				x				
Aprobación del proyecto por Comité de Ética e Investigación en Seres Humanos. (CEISH)				x				
Recolección de datos.	x	x	x	x				
Digitación de datos.					x	x		
Análisis de datos					x	x		
Elaboración de discusión, conclusión						x		

Elaboración del artículo científico.							X	
Elaboración de informe final.							X	X
Elaborado por: Mds. Alomoto,L. Cañarejo,G.								

## Capítulo IV

### Resultados.

En el presente estudio se analizó una muestra de 843 estudiantes que participaron en el proyecto de investigación y se observó que el 57,7 % (486) de los estudiantes corresponde al sexo femenino, el 58,5% (493) adolescentes tardíos y el 68% (573) de los que participaron fueron de la Sede Quito. (Tabla 1).

Tabla N° 1. Número de estudiantes de primer nivel de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en relación con variables sexo, edad y sede.

Variable	Número	Porcentaje (%)
Sexo.		
Femenino	486	57,7
Masculino	357	42,3
Edad		
Adolescente.	493	58,5
Adulto joven	350	41,5
Sedes		
Quito	573	68,0
Santo Domingo de los Tsáchilas	84	10,0
Ibarra	162	19,2
Portoviejo	14	1,7
Chone	10	1,2

Elaborado por: Md. Alomoto L y Cañarejo G.

Fuente: Base de datos estadísticos SPSS, PUCE periodo 2018.

### **Resultados relacionados con síntomas de ansiedad.**

En la Tabla N° 2. Se observa los resultados de la asociación entre los síntomas de ansiedad y las variables sociodemográficas, se demostró que las mujeres tuvieron 1,49 veces mayor prevalencia de síntomas de ansiedad (IC 95% 1,13-1.96), en comparación con los hombres y esto fue estadísticamente significativo (valor p 0,005). El adulto joven tiene 1,10 veces más prevalencia de síntomas de ansiedad en comparación con el adolescente, (IC 95% 0,84-1,45) y esto no es estadísticamente significativo (valor p 0,48). Los estudiantes de la sede Chone tuvieron 2,36 veces más prevalencia de síntomas de ansiedad en comparación con los estudiantes de Quito, (IC 95% 0,60-9,21) y esto no es estadísticamente significativo valor p (0,22). Los estudiantes con nivel socioeconómico malo y muy malo tienen 6,22 veces más prevalencia de síntomas y de ansiedad en comparación con los estudiantes de nivel socioeconómico bueno (IC 95% 0,63-23,76) y esto es estadísticamente significativo, valor p (0,007).

Los estudiantes que estudian y trabajan tienen 0,66 menos prevalencia de síntomas de ansiedad en comparación con los estudiantes que solo estudian, (IC 95% 0,34-1,27) y esto no es estadísticamente significativo, valor p (0,213). Los estudiantes con estado civil de casado/unión libre tienen 4,09 veces más prevalencia de síntomas de ansiedad en comparación con los estudiantes con estado civil de soltero, (IC 95% 1,64-10,18) y esto es estadísticamente significativo, valor p (0,003). Los estudiantes que migraron tienen 1,23 veces más síntomas de ansiedad en comparación a los que no migraron, (IC 95% 0,90-1,70) y esto no es estadísticamente significativo, valor p (0,200).

Tabla 2. Asociación entre síntomas de ansiedad (caso dudoso o probable) y variables sociodemográficas en estudiantes primer nivel PUCE, 2018 (n= 843).

	Caso dudoso/probable n (%)	No caso n (%)	OR	IC 95%	Valor p
<b>Sexo</b>					
Masculino	152 (42.6)	205 (55.4)	Referencia		
Femenino	255 (52.5)	231 (47.5)	1,49	1,13-1,96	0,005
<b>Edad</b>					
Adolescente	233 (47.3)	260 (52.7)	Referencia		
Adulto joven	174 (49.7)	176 (50.3)	1,10	0,84-1,45	0,48
<b>Sede</b>					
Quito	285 (49,7)	288 (50,3)	Referencia		
Sto. Domingo	39 (46,4)	45 (53,6)	0,88	0,55-1,39	0,57
Ibarra	68 (42)	94 (58,0)	0,73	0,51-1,04	0,08
Portoviejo	8 (57,1)	6 (42,9)	1,35	0,46-3,93	0,59
Chone	7 (70,0)	3 (30,0)	2,36	0,60-9,21	0,22
<b>Nivel socioeconómico</b>					
Muy bueno	6 (30,0)	14 (70,0)	Referencia		
Bueno	158 (44,1)	200 (55,9)	1,84	0,69-4,91	0,22
Regular	227 (51,29)	216 (48,8)	2,45	0,93-6,50	0,07
Malo / muy malo	16 (72,7)	6 (23,3)	6,22	1,63-23,76	0,007
<b>Ocupación</b>					
Estudia	384 (48,7)	404 (51,3)	Referencia		
Estudia y trabaja	15 (38,5)	24 (61,5)	0,66	0,34-1,27	0,21

## Estado civil

Soltero	385 (47,3)	429 (52,7)	Referencia		
Casado /unión libre	22 (78,6)	6 (1,4)	4,09	1,64-10,18	0,003
Viudo/divorciado	0	1 (100,0)	... <sup>a</sup>	... <sup>a</sup>	

## Migró para estudiar

No migró	306 (47,1)	344(52,99)	Referencia		
Si migró	101 (52,3)	92 (47,79)	1,23	0,90-1,70	0,20

---

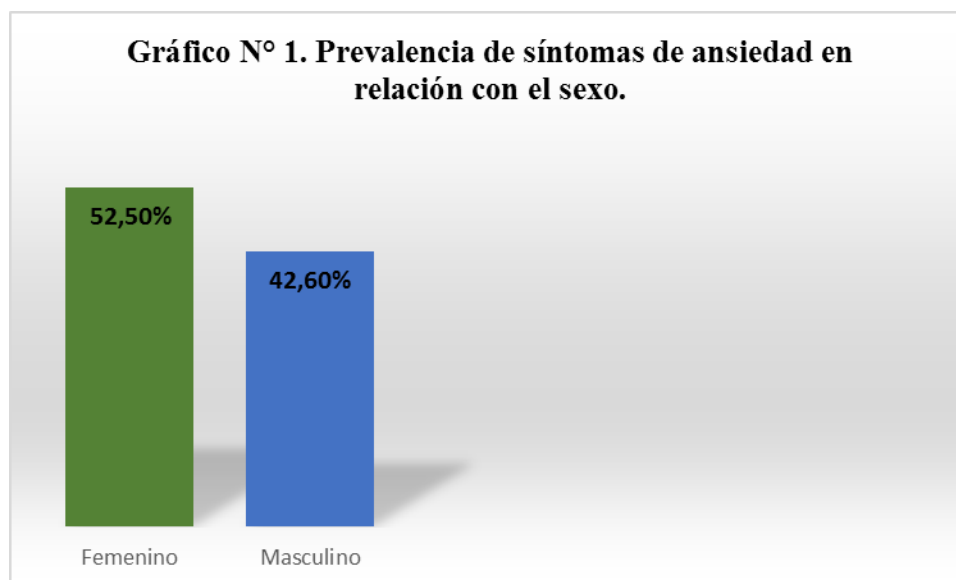
Elaborado por: Md. Alomoto L y Cañarejo G.

Fuente: Base de datos estadísticos SPSS, PUCE periodo 2018.

<sup>a</sup> sin dato.

---

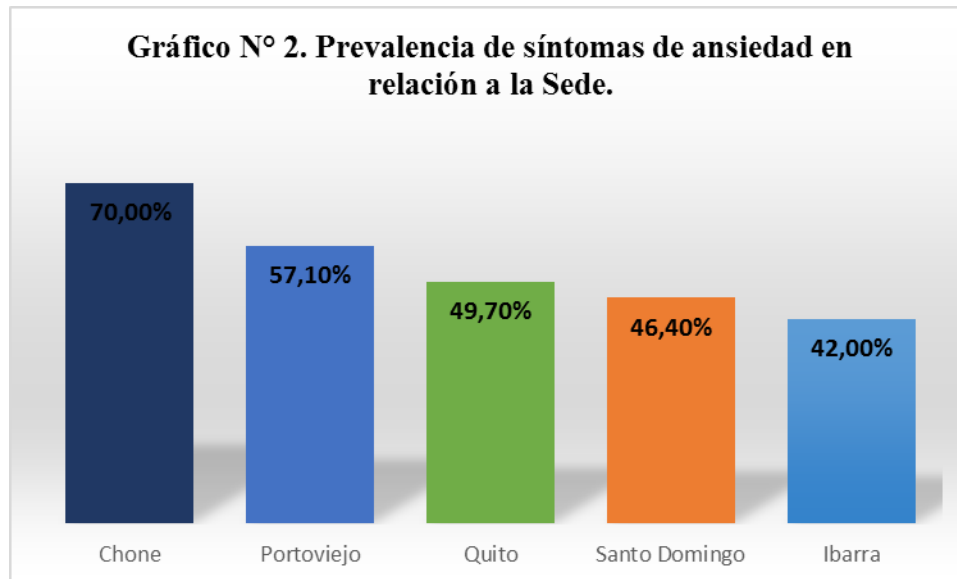
Se observa una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad en el sexo femenino con un 52,50% en comparación con los hombres 42,6%. Gráfico N°1.



Elaborado por: Md. Alomoto L y Cañarejo G.

Fuente: Base de datos estadísticos SPSS, PUCE periodo 2018.

En relación con las sedes se determinó una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad en Chone con un 70,0% en comparación con la sede Quito con un 49,70%. Como se observa en el gráfico N°2.



Elaborado por: Md. Alomoto L y Cañarejo G.

Fuente: Base de datos estadísticos SPSS, PUCE periodo 2018.

En la Tabla N°3. Se describe la relación entre los síntomas de ansiedad con las variables del contexto familiar. Se observó que los estudiantes que viven con otro familiar, compañero y/o pareja tuvieron 1,72 veces más prevalencia síntomas de ansiedad en comparación con los estudiantes que viven con sus dos padres, (IC 95% 1,11-2,66) y esto es estadísticamente significativo, valor p (0,02). Los estudiantes que tienen padres con estado civil de solteros y unión libre tienen 1,44 veces más prevalencia de síntomas de ansiedad en comparación con los estudiantes que tienen a sus padres casados, (IC 95% 0,91-2,30) y esto no estadísticamente significativo, valor p (0,12). Los estudiantes con una

familia disfuncional tienen 1,92 veces más prevalencia de síntomas de ansiedad en comparación con los estudiantes con una familia funcional, (IC 95% 1,21-3,06) y esto es estadísticamente significativo, valor p (0,01).

Tabla 3. Asociación entre síntomas de ansiedad (caso dudoso o probable) y variables del contexto familiar. Estudiantes primer nivel PUCE, 2018 (n= 843).

	Caso dudoso/ probable n (%)	No caso n (%)	OR	IC 95%	Valor p
<b>Con quién vive</b>					
Dos padres	202 (46,0)	237 (54,0)	Referencia		
Sólo madre o padre	99 (44,6)	123 (55,4)	0,94	0,68-1,30	0,73
Madre o padre con padraastro/madrastra	15 (51,7)	14 (48,39)	1,26	0,59-2,67	0,55
Otro familiar, compañero, pareja	60 (59,4)	41 (40,6)	1,72	1,11-2,66	0,02
Solo	31 (59,6)	21 (40,4)	1,73	0,97-3,11	0,07
<b>Estado civil de los padres</b>					
Casados	237 (46,8)	269 (53,2)	Referencia		
Soltero/unión libre	47 (56,0)	37 (44,0)	1,44	0,91-2,30	0,12
Divorciado/separado	93 (47,0)	105 (53,09)	1,00	0,72-1,40	0,98
Viudo	21 (55,3)	17 (44,7)	1,40	0,72-2,72	0,32
<b>Funcionalidad familiar</b>					
Funcional	177 (44,7)	219 (55,3)	Referencia		
Moderadamente funcional	163 (48,5)	173 (51,5)	1,17	0,87-1,56	0,30
Disfuncional	56 (60,9)	36 (39,1)	1,92	1,21-3,06	0,01
Severamente disfuncional	11 (57,9)	8 (42,1)	1,70	0,67-4,32	0,26

Elaborado por: Md. Alomoto L y Cañarejo G.

Fuente: Base de datos estadísticos SPSS, PUCE periodo 2018.

En la Tabla N°4. Se describe la relación entre los síntomas de ansiedad y la variable apoyo social. Se determinó que los estudiantes que tienen escaso apoyo global tienen 2,64 veces más prevalencia de síntomas de ansiedad que los estudiantes que tienen apoyo social global, (IC 95% 1,66-4,18) y esto es estadísticamente significativo, valor p (0,00). Los

estudiantes con apoyo emocional escaso tienen 2,25 veces más prevalencia de síntomas de ansiedad en comparación con los estudiantes que tienen apoyo emocional, (IC 95% 1,53-3,23) y esto es estadísticamente significativo, valor p (0,00). Los estudiantes que tienen escaso apoyo instrumental presentan 1,82 veces más prevalencia de síntomas de ansiedad en comparación con los estudiantes que cuentan con apoyo instrumental, (IC 95% 0,05-3,15) y esto es estadísticamente significativo, valor p (0,03). Los estudiantes con escasa interacción social tienen 2,57 veces más prevalencia de síntomas de ansiedad en comparación con los estudiantes que cuentan con interacción social, (IC 95% 1,63-4,06) y esto es estadísticamente significativo, valor p (0,00). Los estudiantes que cuentan con escaso apoyo afectivo tiene 2,24 veces más prevalencia de síntomas de ansiedad en comparación con los estudiantes que cuentan con apoyo afectivo, (IC 95% 1,33-3,77) y esto es estadísticamente significativo, valor p (0,00).

**Tabla 4. Asociación entre síntomas de ansiedad (caso dudoso o probable) y apoyo social en estudiantes primer nivel PUCE, 2018 (n= 843).**

	Caso dudoso/probable n (%)	No caso n (%)	OR	IC 95%	Valor p
<b>Apoyo social global</b>					
Tiene apoyo	334 (46,3)	387 (53,7)	Referencia		
Escaso apoyo	66 (69,5)	29 (30,5)	2,64	1,66-4,18	0,00
<b>Apoyo emocional</b>					
Tiene apoyo emocional	303 (44,7)	175 (55,3)	Referencia		
Escaso apoyo emocional	102 (64,6)	56 (35,4)	2,25	1,57-3,23	0,00
<b>Apoyo instrumental</b>					
Tiene apoyo instrumental	370 (47,4)	411 (52,6)	Referencia		
Escaso apoyo instrumental	36 (62,1)	22 (37,9)	1,82	0,05-3,15	0,03
<b>Interacción social</b>					
Tiene interacción social	340 (45,7)	404 (54,3)	Referencia		
Escasa interacción social	65 (68,4)	30 (31,6)	2,57	1,63-4,06	0,00

### Apoyo afectivo

Tiene apoyo afectivo	358	(47,2)	401	(52,8)	Referencia		
Escaso apoyo afectivo	46	(66,7)	23	(33,3)	2,24	1,33-3,77	0,00

Elaborado por: Md. Alomoto L y Cañarejo G.

Fuente: Base de datos estadísticos SPSS, PUCE periodo 2018.

### Resultados relacionados con síntomas de depresión.

En relación a los síntomas de depresión comparado con las variables sociodemográficas.

Tabla N° 5. Se encontró que los estudiantes de sexo femenino tienen 1,43 veces más prevalencia de síntomas de depresión en comparación con los estudiantes de sexo masculino, (IC 95% 1,08-1,91) y esto es estadísticamente significativo, con valor p (0,01).

Los estudiantes adultos jóvenes tienen 0,67 veces más prevalencia de síntomas de depresión en comparación con los estudiantes adolescentes, (IC 95% 0,51-0,90) y esto es estadísticamente significativo, valor p (0,01). Los estudiantes de Santo Domingo de los Tschásilas tienen 0,46 veces más prevalencia de síntomas de depresión en comparación con los estudiantes de la sede Quito (IC 95% 0,27 -0,78) y esto es estadísticamente significativo, con valor p (0,00). Los estudiantes con nivel socioeconómico malo y muy malo tienen 1,25 veces más prevalencia de síntomas de depresión en comparación con los estudiantes de nivel socioeconómico muy bueno, (IC 0,95% 0,37-4,26) y esto no es estadísticamente significativo, valor p (0,72). Los estudiantes que estudian y trabajan tienen 1,19 veces más prevalencia de síntomas de depresión en comparación con los estudiantes que solo estudian (IC 95% 0,62-2,30 y esto no es estadísticamente significativo, valor p (0,59). Los estudiantes con estado civil casado y unión libre tienen 6,62 veces más prevalencia de síntomas de depresión en comparación con los estudiantes solteros. (IC 95% 2,65-16,53) y esto es estadísticamente significativo, valor p (0,00). Los estudiantes que si

migraron tienen 0,99 veces más prevalencia de síntomas de depresión en comparación con los estudiantes que no migraron, (IC 95% 0,71-1,38) y esto no es estadísticamente significativo, valor p (0,94).

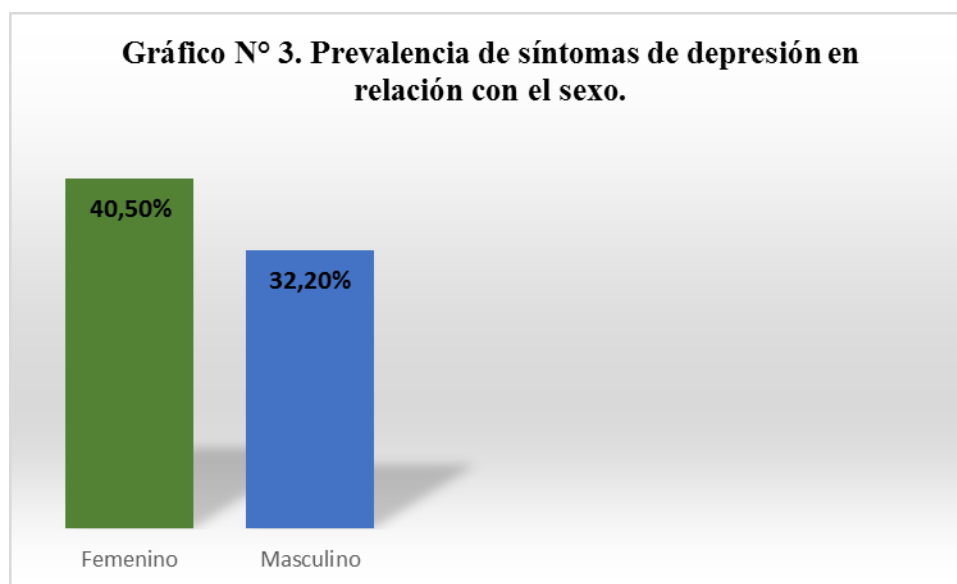
Tabla 5. Asociación entre síntomas de depresión (caso dudoso o probable) y variables sociodemográficas. Estudiantes primer nivel PUCE, 2018 (n= 843).

	Caso dudoso/probable n (%)	No caso n (%)	OR	IC 95%	Valor p
<b>Sexo</b>					
Masculino	115 (32,2)	242 (67,8)	Referencia		
Femenino	197 (40,5)	289(59,5)	1,43	1,08-1,91	0,01
<b>Edad</b>					
Adolescente	201 (40,8)	292 (59,2)	Referencia		
Adulto joven	111 (31,7)	239 (68,3)	0,67	0,51-0,90	0,01
<b>Sede</b>					
Quito	240(41,9)	333 (58,1)	Referencia		
Sto. Domingo	21 (25,0)	63 (75,0)	0,46	0,27-0,78	0,00
Ibarra	27 (16,7)	135 (83,3)	0,28	0,18-0,43	0,00
Portoviejo	14 (100,0)	0 (0,0)			
Chone	10 (100,0)	0 (0,0)			
<b>Nivel socioeconómico</b>					
Muy bueno	8 (40,8)	12 (60,0)	Referencia		
Bueno	112 (31,3)	246 (68,7)	0,68	0,27-1,72	0,042
Regular	182 (41,19)	261 (58,9)	1,05	0,42-2,61	0,92
Malo /muy malo	10 (45,5)	12 (54,5)	1,25	0,37-4,26	0,72
<b>Ocupación</b>					
Estudia	290 (36,8)	498 (63,2)	Referencia		
Estudia y trabaja	16 (41,0)	23 (59,0)	1,19	0,62-2,30	0,59
<b>Estado civil</b>					
Soltero	290 (35,6)	524 (64,4)	Referencia		
Casado /unión libre	22 (78,6)	6 (21,4)	6,62	2,65-16,53	0,00
	0 (0,0)	1 (100,0)			

Divorciado/ Viudo					
Migró para estudiar					
No migró	241 (37,1)	409 (62,9)	Referencia		
Sí migró	71 (36,8)	122 (63,2)	0,99	0,71-1,38	0,94

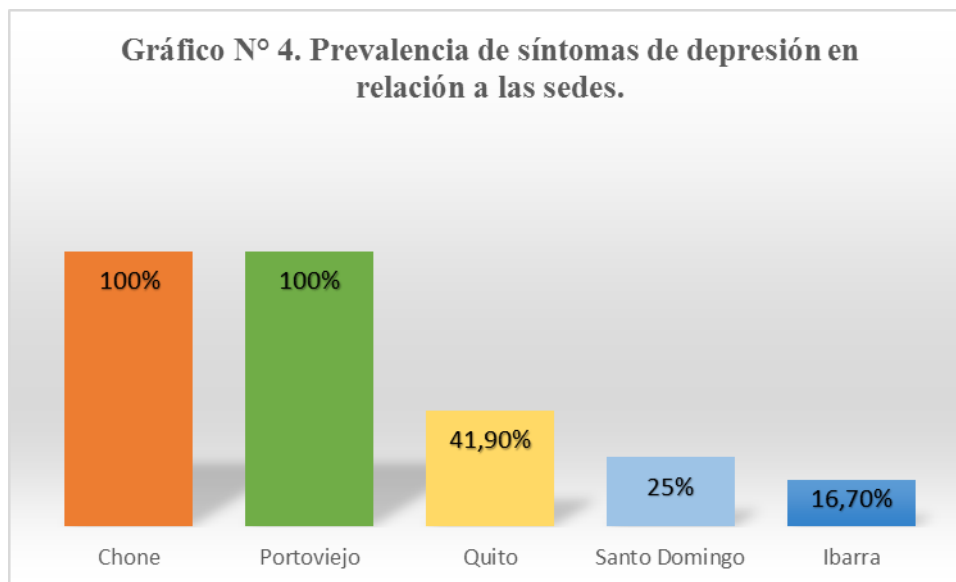
Elaborado por: Md. Alomoto L y Cañarejo G.  
Fuente: Base de datos estadísticos SPSS, PUCE periodo 2018.

La mayor prevalencia de síntomas de depresión se identifica en el sexo femenino con un 40,5 % en comparación con un 32% correspondiente al sexo masculino.- Gráfico N°3.



Elaborado por: Md. Alomoto L y Cañarejo G.  
Fuente: Base de datos estadísticos SPSS, PUCE periodo 2018.

Similares resultados se encontraron en la sede de Chone, Portoviejo con mayor prevalencia de síntomas de depresión con un 100%, en comparación con la Sede Quito. Gráfico N°4.



Elaborado por: Md. Alomoto L y Cañarejo G.

Fuente: Base de datos estadísticos SPSS, PUCE periodo 2018.

En relación a los síntomas de depresión comparado con las variables del contexto familiar.

Tabla N° 6. Se demostró que los estudiantes que viven con madre, padre y padrastro, madrastra tienen 1,81 veces más prevalencia de síntomas de depresión en comparación con los estudiantes que viven con los dos padres, (IC 95% 0,85-3,85) y esto no es estadísticamente significativo, valor p (1,12). Los estudiantes con estado civil de los padres soltero y unión libre tienen 1,19 veces más prevalencia de síntomas de depresión en comparación con los estudiantes con padres casados, (IC 95% 0,74-1,91) y esto no es estadísticamente significativo, valor p (0,47). Los estudiantes con una familia disfuncional tienen 2,04 veces más prevalencia de signos y síntomas de depresión en comparación con los estudiantes que tienen una familia funcional, (IC 95% 1,29-3,23) y esto es estadísticamente significativo, valor p (0,00).

Tabla 6 Asociación entre síntomas de depresión (caso dudoso o probable) y variables del contexto familiar. Estudiantes primer nivel PUCE, 2018 (n= 843).

	Caso dudoso/ probable n (%)	No caso n (%)	OR	IC 95%	Valor p
<b>Con quién vive</b>					
Dos padres	163 (37,1)	276 (62,9)	Referencia		
Sólo madre o padre	73 (32,9)	149 (67,1)	0,83	0,59-1,17	0,28
Madre o padre con padrastra/madrastra	115 (51,7)	14 (48,3)	1,81	0,85-3,85	1,12
Otro familiar, compañero, pareja	44 (43,6)	57 (56,4)	1,31	0,84-2,02	0,23
Solo	17 (32,7)	35 (67,3)	0,82	0,45-1,51	0,53
<b>Estado civil de los padres</b>					
Casados	184 (36,4)	322 (63,6)	Referencia		
Soltero/unión libre	34 (40,5)	50 (59,5)	1,19	0,74-1,91	0,47
Divorciado/separado	72 (36,4)	126 (63,6)	1,00	0,71-1,40	1,00
Viudo	13 (34,2)	25 (65,8)	0,91	0,45-1,82	0,79
<b>Funcionalidad familiar</b>					
Funcional	134 (33,8)	262 (66,2)	Referencia		
Moderadamente funcional	122 (36,3)	214 (63,7)	1,11	0,82-1,51	0,48
Disfuncional	47 (51,1)	45 (48,9)	2,04	1,29-3,23	0,00
Severamente disfuncional	9 (47,4)	10 (52,6)	1,76	0,70-4,43	2,23

Elaborado por: Md. Alomoto L y Cañarejo G.

Fuente: Base de datos estadísticos SPSS, PUCE periodo 2018.

En relación a los síntomas de depresión comparado con la variable apoyo social. Tabla N°

7. Se demostró que los estudiantes que cuentan con escaso apoyo global tienen 2,41 veces más prevalencia de síntomas de depresión en comparación con los estudiantes que cuentan con apoyo global, (IC 95% 1,56-3,71) y es estadísticamente significativo, valor p (0,00).

Los estudiantes que cuentan con escaso apoyo emocional tienen 1,86 veces más prevalencia de síntomas de depresión en comparación con los estudiantes que cuentan con apoyo emocional, (IC 95% 1,31-2,64) y esto es estadísticamente significativo, valor p (0,00). Los estudiantes que cuentan con escaso apoyo instrumental tienen 1,52 veces más

prevalencia de síntomas de depresión en comparación con los estudiantes que tienen apoyo instrumental, (IC 95% 1,9-2,59) y esto no es estadísticamente significativo, valor p (0,13).

Los estudiantes que tienen una escasa interacción social tienen 2,62 veces más prevalencia de signos y síntomas de depresión en comparación con los estudiantes que tienen

interacción social, (IC 95% 1,70-4,05) y esto es estadísticamente significativo, valor p

(0,00). Los estudiantes con escaso apoyo afectivo tienen 2,05 veces más prevalencia de

prevalencia de síntomas de depresión en comparación con los estudiantes que tienen apoyo afectivo, (IC955 1,25-3,36) y esto es estadísticamente significativo, valor p (0,05).

Tabla 7 Asociación entre síntomas de depresión (caso dudoso o probable) y apoyo social. Estudiantes primer nivel PUCE, 2018 (n= 843).

	Caso dudoso/probable n (%)	No caso n (%)	OR	IC 95%	Valor p
<b>Apoyo social global</b>					
Tiene apoyo	255 (35,4)	466 (64,6)	Referencia		
Escaso apoyo	54 (56,8)	41 (43,2)	2,41	1,56-3,71	0,00
<b>Apoyo emocional</b>					
Tiene apoyo emocional	233 (34,4)	445 (65,6)	Referencia		
Escaso apoyo emocional	78 (49,4)	80 (50,6)	1,86	1,31-2,64	0,00
<b>Apoyo instrumental</b>					
Tiene apoyo instrumental	285 (36,5)	496 (63,5)	Referencia		
Escaso apoyo instrumental	27 (46,6)	31 (53,4)	1,52	1,9-2,59	0,13
<b>Interacción social</b>					
Tiene interacción social	256 (34,4)	488 (65,6)	Referencia		
Escasa interacción social	55 (57,9)	40 (42,1)	2,62	1,70-4,05	0,00
<b>Apoyo afectivo</b>					
Tiene apoyo afectivo	274 (36,1)	485 (63,9)	Referencia		
Escaso apoyo afectivo	37 (53,6)	32 (46,4)	2,05	1,25-3,36	0,00

Elaborado por: Md. Alomoto L y Cañarejo G.

---

Fuente: Base de datos estadísticos SPSS, PUCE periodo 2018.

---

A continuación se describe el análisis multivariado de la asociación entre síntomas de ansiedad y las variables que fueron estadísticamente significativas. Tabla N° 8. Se observó que en relación al sexo, la prevalencia sigue siendo mayor en las mujeres, manteniendo su significancia estadística. En relación a la variable situación socioeconómica, la determinante mala y muy mala sigue siendo estadísticamente significativo. En cambio el hecho de con quien vive pierde significancia estadística. En relación a la variable estado civil casado/unión libre mantiene su significancia estadística y la falta de apoyo social global se mantiene asociado de forma estadísticamente significativa con mayor prevalencia de síntomas ansiedad.

**Tabla N° 8 Análisis multivariado de la asociación entre síntomas de ansiedad con variables sexo, situación económica, con quien vive, funcionalidad familiar y apoyo social global.**

	OR	IC 95%	Valor p
<b>Sexo</b>			
Masculino	Referencia		
Femenino.	1,45	1,09-1,94	0,012
<b>Situación económica</b>			
Muy bueno	Referencia		
Bueno	1,88	0,7-5,12	0,21
Regular	2,42	0,89-6,56	0,082
Malo /muy malo	5,13	1,28-20,51	0,021
<b>Con quien vive.</b>			
Dos padres	Referencia		
Sólo madre o padre	0,91	0,64-1,28	0,59
Madre o padre con	1,10	0,49-2,43	0,80
padraastro/madrastra	1,49	0,93-2,40	0,09
Otro familiar, compañero, pareja	1,45	0,77-2,75	0,24

Solo			
Estado civil.			
Soltero	Referencia		
Casado /unión libre	3,64	1,43-9,25	0,007
Divorciado/ Viudo	0,000	0,000	1,000
Funcionalidad			
Funcional	Referencia		
Moderadamente funcional	1,07	0,78-1,45	0,66
Disfuncional	1,43	0,87-2,37	0,15
Severamente disfuncional	1,06	0,38-2,88	0,91
Apoyo social global			
Tiene apoyo	Referencia		
Escaso apoyo	1,99	1,19-3,33	0,008

---

Elaborado por: Md. Alomoto L y Cañarejo G.

Fuente: Base de datos estadísticos SPSS, PUCE periodo 2018.

---

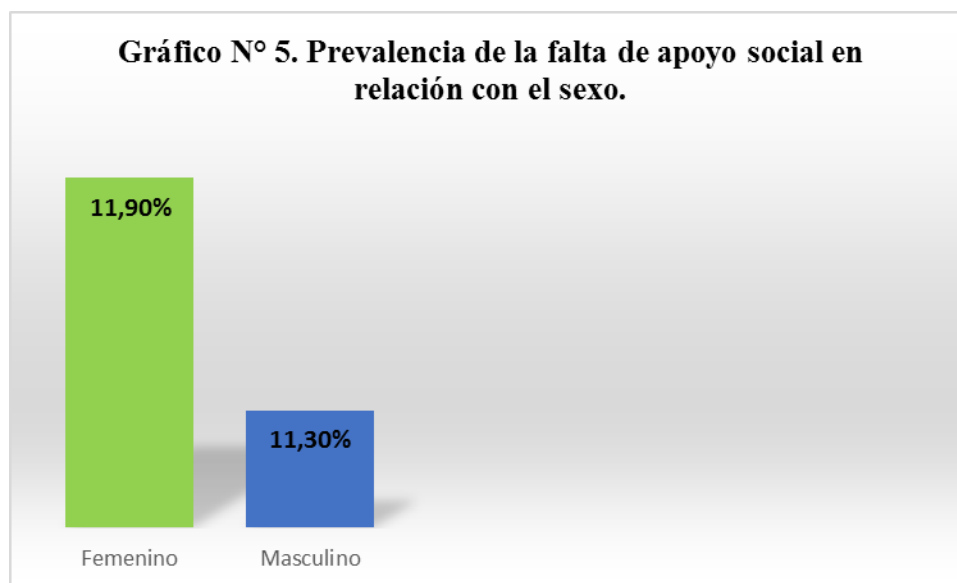
A continuación se describe el análisis multivariado de la asociación entre síntomas de depresión y las variables que fueron estadísticamente significativas. Tabla N° 9. Se observó que en relación al sexo, la prevalencia sigue siendo mayor en las mujeres, manteniendo su significancia estadística. En relación a la variable situación socioeconómica pierde su significancia estadística. En relación a la variable estado civil casado/unión libre mantiene su significancia estadística. En cambio la funcionalidad familiar pierde su significancia estadística y la falta de apoyo social global se mantiene asociado de forma estadísticamente significativa con mayor prevalencia de síntomas depresión.

**Tabla N° 9 Análisis multivariado asociación entre depresión con variables sexo, situación económica, con quien vive, funcionalidad familiar y apoyo social global.**

	OR	IC 95%	Valor p
Sexo			
Masculino	Referencia		
Femenino	0,59	0,44-0,81	0,001
Situación económica			

Muy buena	Referencia		
Bueno	0,74	0,28-1,93	0,54
Regular	1,11	0,43-2,85	0,82
Malo /muy malo	1,08	0,29-3,93	0,90
Estado civil.			
Solteros	Referencia		
Casado /unión libre	7,28	2,86-18,53	0,000
Divorciado/ Viudo	0,000	0,000	1,000
Funcionalidad			
Funcional			
Moderadamente funcional	0,98	0,70-1,35	0,89
Disfuncional	1,42	0,86-2,374	0,16
Severamente disfuncional	1,05	0,38-2,83	0,92
Apoyo social global			
Tiene apoyo	Referencia		
Escaso apoyo	2,20	1,36-2,57	0,001
Elaborado por: Md. Alomoto L y Cañarejo G.			
Fuente: Base de datos estadísticos SPSS, PUCE periodo 2018.			

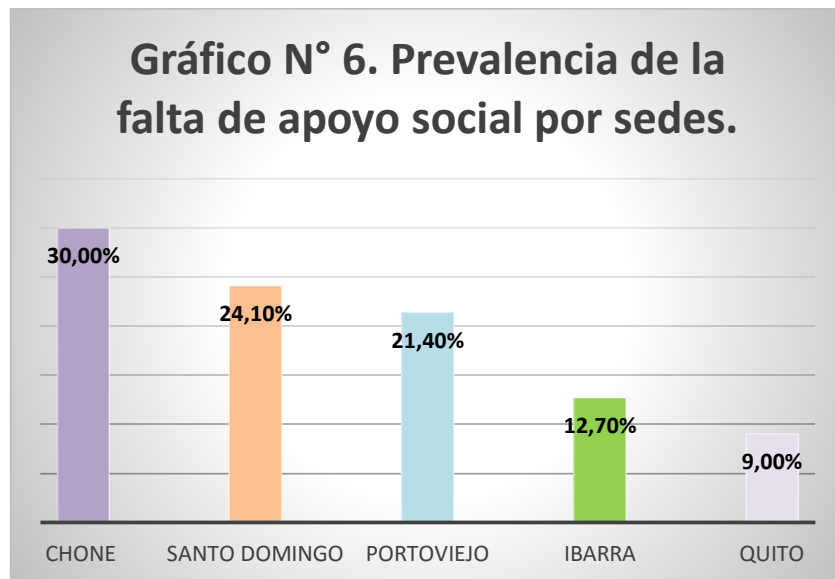
La falta de apoyo social se asoció al sexo femenino con un 11,90% en comparación con los varones con un 11,30%. Gráfico N° 5.



Elaborado por: Md. Alomoto L y Cañarejo G.

Fuente: Base de datos estadísticos SPSS, PUCE periodo 2018.

En relación a las sedes se encontró que la falta de apoyo social fue más prevalente en Chone con un 30% en comparación con la sede Quito. Gráfico N°6.



Elaborado por: Md. Alomoto L y Cañarejo G.

Fuente: Base de datos estadísticos SPSS, PUCE periodo 2018.

## CAPÍTULO V

### **Discusión.**

Diversos estudios señalan que los trastornos depresivos y ansiosos en universitarios presentan una mayor prevalencia en comparación con la población general, siendo considerado una población vulnerable, encontrando resultados similares a los investigados en nuestro estudio.- Se realizó un estudio analítico transversal en el cual se confirmó la hipótesis principal determinando que la falta de apoyo social se asocia con una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios.

A partir de los resultados encontrados en nuestro estudio con las variables dependientes ansiedad y depresión se demostró que la mayor prevalencia de síntomas de ansiedad corresponde al sexo femenino con una prevalencia de 52,5 % (OR=1,49; IC 95% 1.13-1,96), comparado con el sexo masculino, y esto es estadísticamente significativo (valor p 0,005).- Este resultado es similar al estudio realizado en los estudiantes de la Universidad Complutense de Madrid en la cual participaron 106 alumnos con una edad promedio de 22 años en el mismo utilizaron el instrumento de evaluación STAI (State trait anxiety inventory), encontrado que las mujeres son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad en comparación con los varones con una relación de 3:1. (Otero ,Perez , 2014).

Al analizar la situación económica, la categoría mala y muy mala se asoció con síntomas de ansiedad, con una prevalencia de 72,7% (OR=6,22; IC 95% 1,63-23,76), comparado con los de situación económica buena y muy buena, con un valor p (0,007), siendo estadísticamente significativo.- Resultados similares se observó en un estudio analítico transversal realizado en la Universidad de Cartagena, y se demostró que los factores

asociados con síntomas ansiosos fueron: dificultades económicas, problemas familiares y consumo de alcohol. (Arrieta.K, 2014)

En relación a la variable con quien vive el estudiante en nuestro estudio se observó, que no hay asociación con la presencia de síntomas de ansiedad, ya que nuestros resultados no fueron estadísticamente significativos. Sin embargo varios estudios recalcan la importancia de la familia como red de apoyo fundamental para el estudiante en todo su ciclo vital. (Villafrede Monroy & Franco Ramirez , 2016).

Al investigar la variable de funcionalidad familiar, en nuestro estudio se encontró que la determinante disfuncionalidad familiar, presenta una estrecha relación con síntomas de ansiedad con un 60,9% (OR=1,92; IC 95% 1,21-3,06 ), comparado con los estudiantes que cuentan con una familia funcional y esto es estadísticamente significativo (valor p 0,01).- Este resultado es semejante al que se realizó en la Universidad de Cartagena, se demostró que la disfunción familiar está relacionada con los síntomas de ansiedad. (OR = 3,1; IC95%, 1,8-5,3). (Arrieta Vergara & Diaz Cárdenas, 2013)

En nuestro estudio se demostró que la escasa interacción social, está asociado con los síntomas de ansiedad con una prevalencia de 68,4% (OR=2,57; IC 95% 1,63-4,06), comparado con los estudiantes que cuentan con interacción social (valor p 0,00), siendo estadísticamente significativo, sucesivamente el escaso apoyo emocional también está asociado al desarrollo de síntomas de ansiedad, con una prevalencia de 64,6% (OR 2,25 IC 1,57-3,23) comparado con los estudiantes que cuentan con apoyo afectivo (valor p 0,00), siendo estadísticamente significativo. Estudio similar se determinó en los estudiantes universitarios de Buenos Aires, con una muestra de 124 estudiantes, donde hace referencia que los síntomas de ansiedad aparecen cuando los estudiantes no cuentan con una adecuada interacción social. (Zubieta & Delfino , 2010).

En relación al estado civil del estudiante, casado /unión libre en nuestro estudio se demostró una asociación significativa con el desarrollo de síntomas de ansiedad con (OR 4,09 IC 95% 1,64-10,18) comparado con los estudiantes de estado civil solteros, (valor p 0,003).

En relación con los síntomas de depresión, en nuestro estudio también se observó una mayor prevalencia en mujeres (OR=1,43; IC 95% 1,08-1,91) siendo estadísticamente significativo (valor p 0,01). Similar resultado se encontró según Galindo, et.al, en donde se demostró que la mayor prevalencia de síntomas de depresión padecieron las mujeres, con un (OR= 1.98; IC 95% 1,43-2,76) comparado con lo hombres. (Balaza ,Galindo, Morales, & Guerrero ,Muñoz, 2009).

Al analizar la situación económica en nuestro estudio se determinó que no hay asociación con el desarrollo de síntomas de depresión. Sin embargo, en un estudio descriptivo transversal realizado en la Universidad de Magdalena – Colombia, participaron 196 estudiantes, utilizaron el inventario de depresión de Aarón Beck, (BDI), como instrumento de investigación, se demostró que el estrato socioeconómico aparece como un factor desencadenante de dicha patología, considerando que a menor estrato económico que pertenezca el estudiante mayor nivel de depresión. (Ferrel Ortega & Celis Barros, 2011).

Resultados similares se observó en un estudio analítico transversal realizado en la Universidad de Cartagena con 251 estudiantes universitarios en el cual aplicaron la escala DASS 21, que evalúa las características sociodemográficas, depresión, ansiedad y estrés, se concluyó que las dificultades económicas están asociados con el desarrollo de síntomas de depresión (OR=2,2; IC95%, 1,2–3,9). (Arrieta Vergara & Diaz Cárdenas, 2013)

En relación al estado civil del estudiante, casado /unión libre en nuestro estudio se demostró una asociación significativa con los síntomas de depresión con (OR 7,28 IC 95% 2,86-18,53) comparado con los estudiantes de estado civil solteros, (valor p 0,000)

En relación a la funcionalidad familiar en nuestro estudio se demostró que no hay asociación significativa con los síntomas de depresión. Sin embargo, en un estudio analítico transversal realizado en la Universidad de Cartagena se demostró que la disfunción familiar está relacionada con los síntomas de depresión, (OR = 3,6; IC95%, 1,9-6,6). (Arrieta Vergara & Diaz Cárdenas, 2013)

En relación a la falta de apoyo social global en nuestro estudio se demostró una asociación significativa con el desarrollo de síntomas de depresión con (OR=2,20; IC 95% 1,36-2,57) comparado con los estudiantes que si reciben apoyo social global, siendo estadísticamente significativo. (valor p 0,001). Estudios similares demuestran una asociación importante en el desarrollo de los síntomas depresivos con la falta de apoyo de amigos (OR= 6,2; IC 95% 2,6-14,5). (Arrieta Vergara & Diaz Cárdenas, 2013)

## CAPÍTULO VI

### Conclusiones.

- En nuestro estudio se determinó que la mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión fueron asociadas a las mujeres, con un 52,5 % (OR=1,49; IC 95% 1,13-1,96 comparado con los hombres) para síntomas de ansiedad y de 40,5% (OR=1,43; IC 95% 1,08-1,91 comparado con los hombres) para los síntomas de depresión.
- Se identificó que la falta de apoyo social global y sus componentes se asociaron con síntomas de ansiedad con un 69,5% (OR=2,64; IC 1,66-4,18) siendo estadísticamente significativo (valor p 0,00) y depresión con un 56,8% (OR=2,41; IC 1,56-3,71) manteniendo su significancia estadística (valor p 0,00), siendo más afectado la falta de interacción social en ambos.
- El estado civil casado/unión libre tuvo una asociación significativa con los síntomas de ansiedad, con una prevalencia del 78,6% (OR=4,09; IC95% 1,64-10,18 en comparación con los solteros) siendo estadísticamente significativo (valor p 0,003) y con los síntomas de depresión con una prevalencia de 78,6% (OR=6,62; IC 95% 2,65-16,53) mantiene su significancia estadística (valor p 0,00), en comparación con los estudiantes solteros.
- En relación a la situación económica y su determinante malo y muy malo mantuvo una estrecha relación con los síntomas de ansiedad con un 72,7% (OR=6,22; IC 1,63-23-76, en comparación a la situación económica muy buena/buena) siendo estadísticamente significativo (valor p 0,007). Mientras que no se encontró asociación entre situación económica con los síntomas de depresión.

- Además se demostró que las familias disfuncionales tuvieron mayor prevalencia para síntomas de ansiedad, con un 60,9% (OR=1,92; IC 95% 1,21-3,06 en comparación con las familias funcionales) siendo estadísticamente significativo (valor p 0,001). Así también la prevalencia de depresión fue de 51,1% en las familias disfuncionales, con un OR=2,04; IC95% 1,29-3,23 en comparación con las familias funcionales, siendo significativo (valor p 0,00).
- Se determinó que el vivir con otro familiar/compañero/pareja se asoció con mayor prevalencia de síntomas de ansiedad con un 59,4% (OR=1,72; IC95% 1,11-2,66 en comparación con los que viven con sus dos padres) siendo estadísticamente significativo (valor p 0,02); mientras que en la depresión no hubo asociación significativa.
- En nuestro estudio de acuerdo a las sedes, se observó que Chone presentó mayor prevalencia de síntomas de ansiedad con un 70 % (OR=2,36; IC 0,60-9,21 comparado con la sede Quito) sin ser estadísticamente significativo, (valor p 0,22). Por otro lado, en las sedes de Quito y Santo Domingo se reportó mayor prevalencia de síntomas de depresión con 41,9% y 25% respectivamente.
- Se determinó que la migración estudiantil no asoció con la presencia de los síntomas de ansiedad y depresión.

## Recomendaciones

### A nivel Universitario.

- ✓ Fomentar la creación de centros de integración social y recreación orientados a fortalecer el ámbito deportivo, expresión artística, huertos saludables, ya que estudios demuestran que al fortalecer éste ámbito reduce la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos.
- ✓ Fortalecer los servicios de bienestar estudiantil, trabajo social, centros médico y psicológico con la finalidad de identificar a los estudiantes que presenten factores de riesgo para realizar actividades promoción y prevención.
- ✓ Promover estilos de vida saludables con el objetivo de disminuir los riesgos de ansiedad y depresión.
- ✓ Crear asociaciones estudiantiles sin fines de lucro político, para aquellos estudiantes que migran a continuar sus estudios académicos, con el objetivo de brindar un apoyo social, principalmente en sus componentes emocional, afectivo e instrumental debido a que este componente está asociado con síntomas de ansiedad y depresión.
- ✓ Definir políticas a nivel universitario que permitan mantener los centros de integración social y recreación.
- ✓ Se recomienda aplicar técnicas de relajación y respiración en el ámbito universitario, ya que han demostrado disminuir los síntomas de ansiedad y depresión.-Se sugiere aplicar la técnica de relajación de Jacobson siendo fácil de aplicar, cuyo objetivo es lograr la relajación muscular y mental.

**A nivel comunitario.**

- ✓ Conocer la situación de salud de la comunidad, con el objetivo de identificar factores de riesgo prevalentes de acuerdo al grupo etario y de esta manera planificar estrategias enfocadas en la promoción, prevención de Salud.
- ✓ Fomentar la creación de grupos de apoyo para personas de riesgo identificado, para educar e intervenir frente a situaciones estresantes que afecten su estado de salud enfocado en el aspecto biopsicosocial.
- ✓ Brindar un control y seguimiento integral a la población de riesgo con la finalidad de evaluar el impacto generado de intervención entregada al paciente y referir los casos complejos de manera oportuna.
- ✓ Realizar visitas familiares a las personas de riesgo con el objetivo de evaluar sus redes de apoyo e intervenir de acuerdo a la necesidad encontrada.
- ✓ Fortalecer las relaciones familiares a través de la integración, comunicación, atención entre los miembros de la familia, ya que se sabe que la familiar es la principal fuente de apoyo social.

**Para futuros estudios**

Se recomienda realizar estudios de seguimiento que permitan establecer si la interacción social disminuye la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión.

## Referencias

- Acuña, M. (2013). TRASTORNOS DE ANSIEDAD. *Revista Cúpula* , 30.
- APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Panamericana.
- Arrieta Vergara, K., & Diaz Cárdenas, S. (2013). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Revista Colombiana de Psiquitría.*, 173.
- Arrieta.K. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *REV CLÍN MED FAM*, 14-22.
- Aspiazu, L., Esnaola , I., & Sarasa, M. (2015). Capacidad predictiva del apoyo social en la inteligencia. *Elsevier*.
- Balaza ,Galindo, S., Morales, M. I., & Guerrero ,Muñoz, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y deprsion en una poblacion de estudaintes universitarios :factores academicos yfactores sociodemogrâficos asociados. *Redalycs.org*, 177.
- Baxter.A. (2010). The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychological Medicine*, 1.
- Castillo, C. (2016). Ansiedad y fuentes de estres académico en estudiantes de carrera de la salud. *Investigación en educación médica, Universidad Nacional Autónoma de Mexico.*, 231.
- Corona, M. (2016). Síntomas referidos de depresion y ansiedad en la población de Cuba. *Revista Cubana Hig epidemiol.*, 19.
- Dávila, H. A., Gonzalez, G. R., & Liangxiao, M. (2016). Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. *El selvier*, 10-15.

- Dávila.A. (2010). “Niveles de Ansiedad, Depresión y Percepción de Apoyo Social en Estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile”.
- Dávila.A. (2011). Levels of Anxiety, Depression and Social Support Perception in Students of Dentistry, University of Chile. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.*, 150.
- Días, C. ., & Arrieta, B. ., (2014). Estrés académico y funcionalidad. *Salud Uninorte baranquilla*, 121-132.
- Douglas, M. (2018). Depresión: cribado y diagnóstico. *American Family Physician*, 508.
- Fajardo, E., & Moscoso, G. (2017). PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA SAGRADO CORAZÓN. CUENCA, 2017. *Universidad de Cuenca*, 13.
- Ferrel Ortega, R., & Celis Barros, A. (2011). Depresión y factores sociodemográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública (Colombia). *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte.*, 47.
- Flores, e. a. (2016). Journal of Behavior, Health & Social Issues. *Situaciones que generan ansiedad en estudiantes de Odontología.*, 36.
- Fuente, A. (2013). *Validacion del instrumento de funcionalidad familiar*. Chile: La Concepcion.
- Fuentes.A. (2016). *Validacion del instrumento de funcionalidad familiar*. Bolivia: Ajayu.
- Fuentes.A. (2016). *Validacion del instrumento de funcionalidad familiar*. Bolivia: Ajayu.
- Galindo.O. (2015). ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HADS) EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON CÁNCER: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS. *PSICOONCOLOGÍA*, 384.

- García, M. ., (2013). Guías de autoayuda para la ansiedad y depresión. En *Consejería de salud y bienestar social* (pág. 59). Andalucía: Junta de Andalucía.
- García, M. (2017). Relaciones familiares y ajuste psicológico en universitarios. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual.*, 406.
- Giraldo.F. (2017). *Comparación de la especificidad y sensibilidad de MOS*. Bogota - Colombia: Universal Inca.
- GPC. (2010). Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de ansiedad en adultos. *Guía de Práctica Clínica, México*, 16.
- Guadarrama, L., Escobar , A., & Zhang, L. (2016). *Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión*. Mexico: UNAM.
- Hoyos Muñoz, E. (2017). APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR PERSONAS CON DEPRESIÓN Y SU., (pág. 12). Cali. colombia.
- Jaiberth.A. (2015). Prevalence of anxiety in university students. *REVISTA DIVERSITAS - PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA*, 80.
- Jane, M. (2005). Métodos de screening y diagnóstico de depresión y demencia en adultos. *American Family Physician*, 1101.
- Jaramillo.C. (2018). Depressive symptoms in a university population in Colombia: prevalence, related factors, and validation of two scores for screening. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT*, 19.
- Londoño, N. (2015). Prevención de la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista Psicología e Saúd*, 55.
- Londoño, N. (2016). Efectividad de un programa de prevención en salud mental mediante el diálogo socrático y el pensamiento crítico. *Salud Uninorte. Barranquilla*, 12.

- Londoño.N. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 143.
- Martinez, V. (2014). “Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación”. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete.*, 64.
- Mayor.M. (2009). Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en estudiantes de postgrado. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría.*, 8.
- Mena, R. (26 de julio de 2016). Validación del test de funcionalidad familiar. *Validación del test de percepción de funcionamiento familiar FF SIL en Loja – Ecuador*, págs. 1-2.
- Monagas Valls, C. (2016). *Apoyo social, el camino hacia la salud integral*. España-Gran Canaria: Universidad las Palmas.
- Mortón, C. (2003). Evidencia en la eficacia de las estrategias de. *Revista clínica y electrónica en atención primaria.*, 2.
- Mosquera , A., Mendoza , S., & Aravena, J. (2016). Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Revista electrónica trimestral de enfermería.*, 26.
- OMS. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. . 8.
- OMS. (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. *Organización mundial de la Salud*.
- Ortego Mate, M., & Lòpez Gonzales, S. (2006). Apoyo social. *Ciencias Psicosociales I*, 11-15.

- Otero ,Perez , V. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la facultad de educacion . *Revista de la facultad de educacion de Albacete.*, 69-73.
- Pèrez , B. J., & Daza, F. (1999). El apoyo social. *Misterio del Trabajo y asuntos soiales de España.*, 4.
- Pèrez Porto , J., & Merino , M. (2015). Definición de redes de apoyo . (<https://definicion.de/red-de-apoyo/>).
- Perez, J. (1999). El apoyo social. *Ministerio de trabajo y asuntos sociales de España*, 2.
- Perez, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras dkirecciones. *Departamento de Neuropsiquiatría. Instituto Nacional de México.*, 10.
- Pérez, R. (2018). Prevalencia de sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantado universitario del Grado en Enfermería en la Comunidad Autónoma de Galicia. *ISSN*, 4.
- Pulido, Acosta , F., & Herrera, Clavero, F. (2018). Predictoressociodemograficos de la ansiedad y el rendimiento acadèmico en estudiantes . *Revista mexicana eninvestigacion de psicologia* , 83.
- Reddy, M. (2010). Depression: The Disorder and Burden. *Indian Journal of Psychological Medicine.*, 32.
- Reyes, A. (2014). TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. 16.
- Rodriguez Diaz, E. (2018). “TÉCNICAS DE RELAJACIÓN EN EL PACIENTE CON ANSIEDAD”. *XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría*, 4.

- Román, F. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta de Investigación de Psicología.*, 2336.
- Romero, A. (2015). Depresión y ansiedad en estudiantes de pedagogía Veracruz. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo.*, 4.
- Rosas, F. (2016). Ansiedad, Depresión y Modos de Afrontamiento en Estudiantes Pre Universitarios. *Salud y Administración.*, 3.
- Sacramento, P. (2005). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. En *Gerontología, actualización, innovación y propuestas*. Madrid: PEARSON, Prentice Hall.
- Sequeira, Cordero, A., & Fornanguera, Trias, J. (2009). Neurobiología de revisión. *Revista mexicana de neurociencias*, 463-465.
- Suarez.M. (2011). Identificación y Utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. . *Revista Médica de la Paz.*, 1,2,3.
- Terol.M, C. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 494.
- Torales, J., Barrios, I., & Samudio, A. (2017). Apoyo social autopercebido por los estudiantes de medicina de la universidad de Paraguay. *El Sevier*, 316-317.
- Torales.J. (2017). Self-perceived social support in medical students of the National University of Asunción, Paraguay. *Elsevier*.
- Vaca.R, D. (2016). *Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cancer*. Trujillo: ISSN.
- Velez .R, C. .. (2017). Juegos para liberar la ansiedad en los jóvenes . *Universidad de Azuay*, 1-58.

Vélez, R. (2017). Juegos para liberar ansiedad en los jóvenes universitarios con problemas de depresión. *Universidad del Azuay*.

Villafrede Monroy, L., & Franco Ramirez , C. (2016). La familia como red de apoyo social en estudiantes. *Revista de docencia e investigación*., 79-83.

Zubieta, E., & Delfino , G. (2010). SATISFACCIÓN CON LA VIDA, BIENESTAR PSICOLÓGICO. *Anuario de investigaciones* , 277-282.

**Anexos.**

**Anexo 1 cuestionario de MOS de apoyo social.**

Preguntas. ¿Cuenta con alguien?	Nu nca	P ocas veces	Alg unas veces	May oría de veces	Sie mpre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5

10. Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas, domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5

20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5
<b>RESULTADO.</b>	<p>Índice global de apoyo social: todas las respuestas.</p> <p>Apoyo emocional, respuestas número: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.</p> <p>Ayuda material, respuestas a las preguntas: 2, 5, 12, 15.</p> <p>Relaciones sociales de ocio y distracción, respuestas a las preguntas: 7,11, 14,18</p> <p>Apoyo afectivo, respuestas a las preguntas: 6, 10 y 20.</p>				
<b>INTERPRETACIÓN.</b>	<b>MÁXIMO</b>	<b>MEDIO</b>		<b>MINIMO</b>	
Índice global de apoyo social.	94	57		19	
Apoyo emocional.	40	24		8	
Ayuda material.	20	12		4	
Relaciones sociales de ocio y distracción.	20	12		4	
Apoyo afectivo.	15	9		3	
Fuente: (Suarez.M, 2011)					
Elaborado por: Alomoto.L. Cañarejo,G.					

### Anexo 2. Cuestionario de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)

	PREGUNTAS	PUNTUACIONES			
		0	1	2	3
A .1	Me siento tenso/a o nervioso/a.	Nunca	De vez en cuando	Gran parte del día	Casi todo el día.
D .1	Sigo disfrutando de las cosas como siempre:	Ciertamente, igual que antes.	No tanto como antes	Solamente un poco	Ya no disfruto con nada.
A .2	Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder.	No siento nada de eso.	Sí, pero no me preocupa.	Sí, pero no muy intenso.	3. Sí, y muy intenso.
D .2	Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:	Igual que siempre.	Actualmente, algo menos.	Actualmente, mucho menos	Actualmente, en absoluto
A .3	Tengo la cabeza llena de preocupaciones.	Nunca	De vez en cuando	Gran parte del día	Casi todo el día
D .3	Me siento alegre	Gran parte del día	En algunas ocasiones.	Muy pocas veces	Nunca
A .4	Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a.	Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca
D .4.	Me siento lento/a y torpe:	Nunca	A veces	A menudo	3. Gran parte del día.

A .5	Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:	Nunca	Sólo en algunas ocasiones	A menudo	Muy a menudo
D .5	He perdido el interés por mi aspecto personal:	Me cuido como siempre lo he hecho	Es posible que no me cuide como debiera	No me cuido como debería hacerlo	3. Completamente
A .6	Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme.	Nunca	No mucho	Bastante	Realmente mucho.
D .6	Espero las cosas con ilusión:	Como siempre	Algo menos que antes	Mucho menos que antes	En absoluto
A .7	Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:	Nunca	Raramente	Con cierta frecuencia	Muy a menudo
D .7	Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:	A menudo	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca
<b>VALORACIÓN.</b>		0 a 7 puntos: normal			
A: ansiedad.		8 a 10 puntos: dudoso			
D: depresión.		11 o más problema clínico.			
(Terol.M, 2015) Elaborado por: Alomoto.L. Cañarejo,G.					

**Anexo 3. Escala de funcionalidad familiar: FF-SIL**

PARÁMETROS.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
	1	2	3	4	5
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 modo que nadie esta 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 grupo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					
<b>INTERPRETACIÓN.</b>					
	<b>CATEGORIZACIÓN</b>			<b>PUNTUACIÓN</b>	
	Funcional			57 a 70	
	Moderadamente funcional.			43 a 56	
	Disfuncional.			28 a 42	
	Severamente disfuncional.			14 a 27	
Elaborado por: Alomoto.L. Cañarejo,G.					

#### Anexo 4. Aprobación del proyecto comité de ética e investigación en seres humanos.

**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 1076 y Ramón Roca  
Apartado postal 17-01-2184  
Telf.: (593) 2 299 17 00 ext. 2937  
Quito – Ecuador [www.puce.edu.ec](http://www.puce.edu.ec)



## Anexo 5 Aprobación la dirección general de estudiantes 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

Magíster  
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**



**Anexo 6 Consentimiento informado.**

**PARTE I**

**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](mailto: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	Delegado del equipo de
investigación	
C.C.	C.C.

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

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:**

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

Firma del participante

\_\_\_\_\_

Nombres y apellidos:

Fecha: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2018

## Anexo N° 7. Encuestas.

## APOYO SOCIAL

Responda las siguientes preguntas sobre apoyo social. **Seleccione una sola opción.**

		Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayoría de las veces
AS01	¿Cuenta con alguien que le ayude cuando esta en cama enfermo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS02	¿Cuenta con alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS03	¿Cuenta con alguien que le aconseje cuando tenga problemas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS04	¿Cuenta con alguien que le lleve al médico cuando lo necesite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS05	¿Cuenta con alguien que le muestre amor y afecto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS06	¿Cuenta con alguien con quien pasar un buen rato?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS07	¿Cuenta con alguien que le informe y ayude a entender la situación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS08	¿Cuenta con alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS09	¿Cuenta con alguien que le abraza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS10	¿Cuenta con alguien con quien pueda relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS11	¿Cuenta con alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS12	¿Cuenta con alguien cuyo consejo realmente desee?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS13	¿Cuenta con alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS14	¿Cuenta con alguien que le ayude en sus tareas domésticas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS15	¿Cuenta con alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS16	¿Cuenta con alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS17	¿Cuenta con alguien con quien divertirse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS18	¿Cuenta con alguien que comprenda sus problemas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS19	¿Cuenta con alguien a quien amar y hacerle sentirse querido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>
	¿Qué tanto controlan sus padres o familiares?		Mucho	Medianamente	Poco	Nada	No sabe/No responde