



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Ansiedad, depresión y consumo de sustancias en estudiantes de
primer ingreso a la universidad.**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Aguilar Albito, Carolina del Cisne

DIRECTOR: Chamba Leiva, Katy Maricela, Mgtr

LOJA – ECUADOR

2018



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2018

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

Katy Maricela Chamba Leiva

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Ansiedad Depresión y Consumo de Sustancias en Estudiantes de Primer Ingreso a la Universidad, realizado por Carolina del Cisne Aguilar Albitto, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, noviembre del 2018

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Carolina del Cisne Aguilar Albito declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Ansiedad Depresión y Consumo de Sustancias en Estudiantes de Primer Ingreso a la Universidad, de la Titulación de Psicología, siendo Mgtr. Katy Maricela Chamba Leiva directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad de propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....

Autor: Aguilar Albito Carolina del Cisne

Cédula: 1105216368

DEDICATORIA

A Dios, por estar siempre conmigo y mi familia.

A mi madre, por su amor incondicional y por ser el pilar fundamental en mi lucha para alcanzar mis metas.

A mi padre, quien a pesar de la distancia me brinda todo su cariño y fuerza.

A mis abuelitos, Hernán y Orfa, quienes con su apoyo me han enseñado que todo se puede lograr con fe y amor.

A mis hermanos, Gabriela, Mario y Luis, quienes con sus consejos y cariño incondicional han sido mi motor para lograr ser profesional.

A todos mis demás familiares que han depositado toda su confianza en mí para continuar y seguir adelante con mis metas.

A mis amigos, por su hermosa amistad y apoyo brindado para terminar con éxito esta etapa de mi vida.

Carolina Aguilar Albitto

AGRADECIMIENTOS

A mi directora de tesis, Katy Chamba, por su dedicación, tiempo, orientación y valioso conocimiento, que me permitieron terminar con éxito este trabajo de investigación.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, en especial a los docentes de la Titulación de Psicología, por todas sus enseñanzas y conocimientos impartidos a lo largo de mi formación profesional.

A todos quienes de alguna u otra manera fueron partícipes en este trabajo de tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTOS.....	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS	VI
ÍNDICE DE TABLAS	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	5
1.1 Salud y salud mental	6
1.1.1 Definición de salud.....	6
1.1.2 Definición de salud mental.....	6
1.1.3 Salud mental en adolescentes.....	7
1.1.4 Salud mental en estudiantes de primer ingreso a la universidad.....	8
1.2 Adolescencia.....	10
1.2.1 Definición.....	10
1.2.2 Etapas de la adolescencia.....	10
1.2.2.1 <i>Adolescencia temprana</i>	10
1.2.2.2 <i>Adolescencia media</i>	12
1.2.2.3 <i>Adolescencia tardía</i>	13
1.3 Factores asociados a la salud mental.....	15
1.3.1 Ansiedad.....	15
1.3.1.1 <i>Generalidades</i>	15
1.3.1.2 <i>Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios de primer ingreso</i>	16
1.3.1.3 <i>Factores sociodemográficos asociados a la ansiedad</i>	17
1.3.2 Depresión.....	19
1.3.2.1 <i>Generalidades</i>	19
1.3.2.2 <i>Prevalencia de depresión en estudiantes universitarios de primer ingreso a la universidad</i>	20
1.3.2.3 <i>Factores sociodemográficos asociados a la depresión</i>	21
1.3.3 Consumo de sustancias.....	22
1.3.3.1 <i>Generalidades</i>	22

1.3.3.2	<i>Consumo de alcohol</i>	23
1.3.3.3	<i>Consumo de tabaco</i>	24
1.3.3.4	<i>Prevalencia del consumo de sustancias en estudiantes universitarios de primer ingreso</i>	25
1.3.3.5	<i>Factores sociodemográficos relacionados con el consumo de sustancias</i>	26
CAPITULO II: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....		28
2.1	Objetivos de la Investigación.....	29
2.1.1	Objetivo General.....	29
2.1.2	Objetivos Específicos.....	29
2.2	Preguntas de investigación.....	29
2.3	Contexto de la investigación.....	29
2.4	Diseño de la investigación.....	29
2.5	Participantes.....	30
2.6	Variables de Estudio.....	30
2.7	Instrumentos.....	33
2.8	Procedimiento.....	34
2.9	Análisis de Datos.....	34
CAPITULO III: RESULTADOS.....		36
3.1	Características sociodemográficas de la muestra.....	37
3.2	Prevalencia de ansiedad y depresión en los estudiantes de primer ingreso a la universidad.....	37
3.3	Prevalencia del consumo de sustancias en los estudiantes de primer ingreso a la universidad.....	37
3.4	Relación entre las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil) con ansiedad y depresión en los estudiantes de primer ingreso a la universidad.....	38
3.5	Relación entre las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil) con el consumo de sustancias (alcohol y tabaco) en los estudiantes de primer ingreso a la universidad.....	39
3.6	Relación estadística entre las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil) con ansiedad, depresión y consumo de sustancias (alcohol, tabaco).....	40
CAPITULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....		42
CONCLUSIONES.....		48
RECOMENDACIONES.....		49
BIBLIOGRAFÍA.....		50
ANEXOS.....		57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables dependientes.....	31
Tabla 2. Variables independientes.....	32
Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra	37
Tabla 4. Prevalencia de ansiedad y depresión.....	37
Tabla 5. Prevalencia del consumo de tabaco.....	37
Tabla 6. Prevalencia del consumo de alcohol	38
Tabla 7. Variables sociodemográficas y ansiedad.....	38
Tabla 8. Variables sociodemográficas y depresión	39
Tabla 9. Variables sociodemográficas y consumo de alcohol.....	39
Tabla 10. Variables sociodemográficas y consumo de tabaco.	40
Tabla 11. Variable edad con ansiedad, depresión y consumo de sustancias (alcohol y tabaco).....	40
Tabla 12. Variables sexo con ansiedad, depresión y consumo de sustancias (alcohol y tabaco).....	41
Tabla 13. Variable estado civil con ansiedad, depresión y consumo de sustancias (alcohol y tabaco).....	41

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Definición de salud en relación con los diferentes contextos.....	6
Figura 2. Desarrollo físico de las mujeres y hombres en la pubertad.	11

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la ansiedad, depresión y consumo de sustancias y su relación con las variables sociodemográficas (edad, sexo y estado civil) de los estudiantes de primer ingreso a la universidad. La muestra estuvo conformada por 90 estudiantes. El diseño de la investigación fue descriptivo, correlacional. Los instrumentos utilizados fueron una Encuesta Sociodemográfica ad hoc; el Cuestionario de Depresión y Ansiedad (PHQ-4); el Test para la Identificación de Trastornos de Consumo de Alcohol (AUDIT-C) y el Test de Fagerstrom de dependencia de la nicotina (TFDN): a través del programa estadístico SPSS 24 se determinó una prevalencia de ansiedad del 16.7%, de depresión 14.4%, del consumo de alcohol 77.7% y del consumo de tabaco 4.4%; no se encontró una relación estadísticamente significativa con las variables sociodemográficas. Los resultados demuestran que existe un aumento relevante de ansiedad, depresión, y consumo de alcohol, y una menor prevalencia del consumo de tabaco, por lo cual se debe priorizar las respectivas medidas de prevención.

Palabras clave: ansiedad, depresión, alcohol, tabaco, adolescencia, adolescencia tardía.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the prevalence of anxiety, depression, substance use and its relationship with sociodemographic variables (age, sex and marital status) of the first-year university students. The sample was conformed by 90 students. The design of the research was descriptive, correlational. The instruments used were an ad hoc Sociodemographic Survey; the Depression and Anxiety Questionnaire (PHQ-4); the (AUDIT-C) Test for the identification of alcohol use disorders and the Fagerstorm Test of dependence on nicotine (TFDN); through the statistical program SPSS 24, found a prevalence of anxiety of 16.7 %, depression 14.4 %, alcohol consumption 77.7% and tobacco use 4.4%; not found a statistically significant relationship with sociodemographic variables. The results show that there is a relevant increase in anxiety, depression and alcohol consumption, and a lower prevalence of smoking, so it should prioritize the respective preventive measures.

Key words: anxiety, depression, alcohol, tobacco, adolescence, late adolescence.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013a), define a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (párr.1). Por consiguiente, la salud mental es algo más que la ausencia de trastornos mentales es un factor generador de bienestar físico, mental y social que influye considerablemente en la calidad de vida y el funcionamiento cotidiano del ser humano, en cualquiera de sus ámbitos educativo, social y laboral (OMS, 2016; Pérez et al., 2012).

Es así, como la salud mental se convierte en un factor fundamental para el desarrollo óptimo en cada etapa evolutiva del individuo, especialmente en el período de transición de la adolescencia a la edad adulta, el cual constituye el paso del colegio a la universidad, y representa una experiencia compleja donde se originan diversos cambios sociales y psicológicos que influyen considerablemente en la salud mental y calidad de vida del estudiante (Dávila, Ruiz, Moncada & Gallardo, 2011; Micin & Bagladi, 2011).

Por ello, la presente investigación se denomina ansiedad, depresión y consumo de sustancias en estudiantes de primer ingreso a la universidad; mismo que tiene como objetivo general, determinar la prevalencia de la ansiedad, depresión y consumo de sustancias, y su relación con las variables sociodemográficas, edad, sexo y estado civil, de los estudiantes de primer ingreso a la universidad.

Con la finalidad de realizar un abordaje claro y adecuado de la problemática investigada, el presente trabajo se encuentra dividido en cuatro capítulos: En el *Capítulo I*, abordaremos el marco teórico, el cual está constituido por tres apartados: (a) se expone la definición de salud y salud mental, se describe la salud mental de los adolescentes, y de los estudiantes de primer ingreso a la universidad; (b) se muestra, la conceptualización de adolescencia y de las etapas que la conforman; (c) se presenta la definición, prevalencia, y variables sociodemográficas (edad, sexo y estado civil) asociadas a la ansiedad, depresión y consumo de sustancias.

Por su parte, el *capítulo II*, expone la metodología empleada en el proceso de investigación sus objetivos, contexto, preguntas y diseño de la investigación, los participantes, la operacionalización de las variables, los instrumentos, el procedimiento y el análisis de datos. Realizando una breve descripción de este apartado, la metodología empleada fue de carácter cuantitativo, no experimental; con diseño

transversal de tipo descriptivo, correlacional. Se utilizó una muestra de 90 estudiantes, a los cuales se les aplicó los siguientes instrumentos: una Encuesta Sociodemográfica ad hoc; el Cuestionario de Depresión y Ansiedad (PHQ-4); el Test para la Identificación de Trastornos de Consumo de Alcohol (AUDIT-C) y el Test de Fagerstrom de dependencia de la nicotina (TFDN); es importante mencionar que los datos recolectados en esta investigación pertenecen al proyecto nacional denominado, “Distribución Nacional del Consumo Problemático de Sustancias y otros Indicadores de Salud Mental en la Comunidad Universitaria”, los cuales fueron analizados a través del programa estadístico SPSS 24.

En el *capítulo III*, se presenta los resultados sobre las características sociodemográficas de la muestra, la prevalencia de ansiedad, depresión y consumo de sustancias en estudiantes de primer ingreso a la universidad y su relación con las variables sociodemográficas, edad, sexo y estado civil.

Y Finalmente, en el *capítulo IV* se procede con la discusión de los resultados obtenidos, en relación con la literatura consultada para esta investigación; seguido por los apartados de conclusiones y recomendaciones, mismos que han sido elaborados en base a los resultados obtenidos, y con la intencionalidad de brindar un aporte a la población objeto de estudio.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Salud y salud mental

1.1.1 Definición de salud.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1).

Para Gavidia & Talavera (2012), el significado de salud es una construcción mental, dinámica y cambiante, razón por la cual varios contextos presentan diferente visión ante el significado de salud (Figura 1).

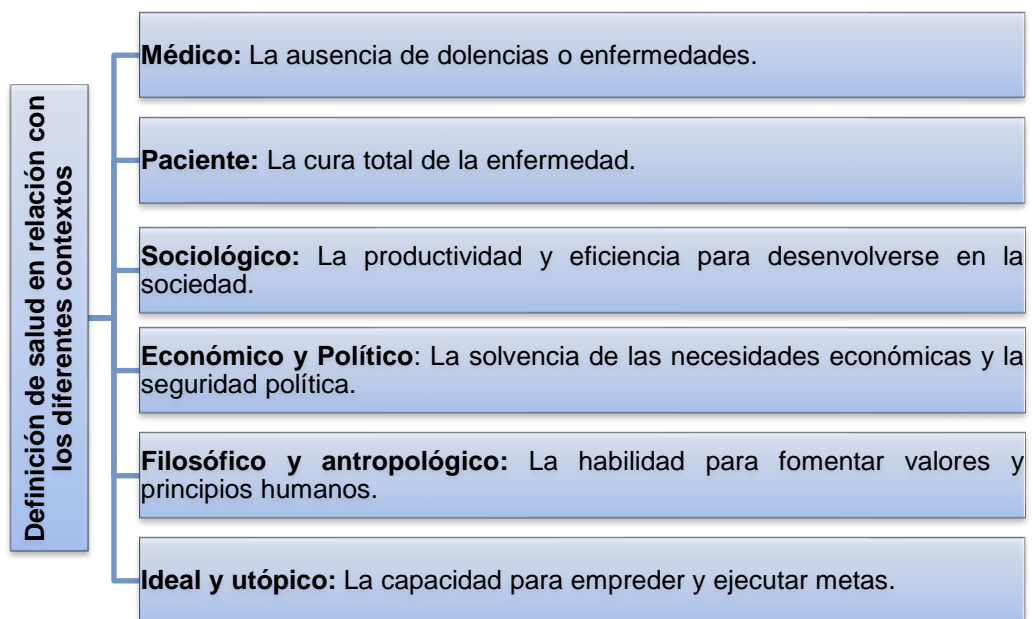


Figura 1. Definición de salud en relación con los diferentes contextos.

Fuente: Gavidia & Talavera, 2012.

Elaboración: Aguilar, 2018.

Es así, que resulta complejo elaborar una única definición de salud, pues no es un constructo único, es cambiante, depende mucho del individuo, de la sociedad y la cultura. Sin embargo, desde una perspectiva general, comúnmente la salud suele ser definida como el funcionamiento óptimo del organismo y la enfermedad como la alteración de este funcionamiento. Por otra parte, la salud no solo se restringe al aspecto fisiológico, sino también a lo psíquico, encargado del bienestar emocional y psicológico del ser humano.

1.1.2 Definición de salud mental.

La salud mental es un componente esencial del ser humano. Según la OMS (2013a) la salud mental “es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus

propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (párr.1).

En este sentido, la salud mental representa un elemento indispensable del ser humano para que pueda adaptarse a los cambios, relacionarse satisfactoriamente con los demás, expresar sus pensamientos, emociones, y sentimientos de manera consciente, en los diversos ámbitos en los que se desenvuelve (Moreno, 2013; OMS, 2013b). Constituyéndose, un elemento importante para el desarrollo de habilidades de pensamiento, comunicación, aprendizaje, crecimiento emocional, afrontamiento y autoestima (Moreno, 2013, p. 21).

En base a los conceptos expuestos, podemos decir que la salud mental es una condición de equilibrio psicológico que permite al individuo adquirir aprendizajes para saber afrontar, manejar y solucionar sus conflictos personales y del contexto social, así como también alcanzar su autorrealización y la satisfacción con la vida y con los demás; convirtiéndose en la base fundamental para promover un óptimo desarrollo físico, intelectual, emocional, y social en las diferentes etapas evolutivas (infancia, niñez, adolescencia, adultez y ancianidad) del ser humano.

1.1.3 Salud mental en adolescentes.

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano que representa la fase de transición entre la infancia y la adultez e involucra una serie de dificultades y desafíos que pueden afectar la salud mental del adolescente (Gaete, 2015).

En este aspecto, Vázquez et al. (2014) menciona que la salud mental de los adolescentes puede verse afectada, debido a que los jóvenes no son conscientes de su comportamiento y experimentan conductas de riesgo como: el consumo de alcohol, tabaco y drogas como la marihuana. Para Stassen (2016) los adolescentes muchas de las veces se ven influenciados por el grupo de pares, quienes pueden convertirse en un agente de presión y propiciar en él este consumo bajo la consigna de formar parte del grupo.

Así mismo, Kail & Cavanaugh (2015) identificaron otros problemas importantes que pueden afectar la salud mental y desarrollo del adolescente, entre ellos, la depresión y delincuencia.

- La depresión en la adolescencia es muy común y generalmente suele tener una corta duración, las causas para que el adolescente experimente

episodios de tristeza, desinterés por realizar alguna actividad o falta de apetito, pueden derivarse de situaciones como: discusiones entre los miembros de la familia, problemas con los amigos, el noviazgo, o el simple hecho de volver a la escuela, etc.

- La delincuencia en la adolescencia es inusual, sin embargo, cuando un adolescente presenta conductas antisociales, están relacionadas a actos delictivos de poca magnitud como: robos menores, peleas, discriminación a tribus urbanas, entre otros; quienes presentan este comportamiento, no son antisociales de manera consciente, debido a que generalmente se encuentran bajo la influencia de sustancias como el alcohol u otras drogas.

Según Stassen (2016) los estereotipos que la sociedad ha transmitido con respecto al físico generan problemáticas de salud mental en los adolescentes como: la anorexia y bulimia, puesto que las creencias negativas sobre la belleza física hacen que el adolescente presente una baja autoestima y angustia por la imagen corporal dando como resultado una deficiencia alimentaria. Así mismo, Ceballos et al. (2015) y Palian, Rojas, & Gonzales (2016) mencionada que la ideación suicida es otra de las problemáticas que afectan la salud mental de los jóvenes, la cual está asociada principalmente a una baja autoestima y depresión severa.

En consecuencia, la salud mental en la adolescencia tiene efectos importantes en el bienestar psicológico, social, emocional y personal del adolescente, así como también en su desarrollo físico y psíquico. Por ello, es importante que el adolescente cuente con un ambiente familiar favorecedor para que actúe como factor protector ante estas problemáticas; así mismo, deben contar con un ambiente académico y social adecuado que genere valores y aprendizajes propicios para afrontar las situaciones adversas que podrían presentarse en esta etapa.

1.1.4 Salud mental en estudiantes de primer ingreso a la universidad.

Un estado de salud mental óptimo en los estudiantes universitarios, en especial en aquellos de primer ingreso, representa un componente indispensable para enfrentar los numerosos desafíos que genera la etapa universitaria (Jorquera, Marillanca, & Loyola, 2015). Esta etapa, es un periodo de transformación que conlleva asumir responsabilidades y situaciones que ponen a prueba aptitudes y habilidades para ser profesional (Micin & Bagladi, 2011).

Según Gutiérrez et al. (2010) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2011) la mayoría de los jóvenes que ingresan por primera vez a la

universidad atraviesan la adolescencia tardía. Etapa que se puede ver afectada por estresores como: la sobrecarga de tareas y exámenes, las dificultades financieras, los problemas familiares, del aprendizaje y del desarrollo social, y el desajuste en los horarios del sueño y alimentación.

En este sentido, el estudio realizado por Torres (2015) con 1092 estudiantes de primer ingreso identificó que la depresión, seguida por los trastornos alimentarios, el riesgo suicida, el consumo de sustancias como el alcohol y tabaco, y finalmente el trastorno de pánico, son algunas de las problemáticas que afectan a esta población. Según esta investigación algunos de los factores de riesgo relacionados a estos problemas son: los rasgos de personalidad neuroticismo, extroversión y psicoticismo, y el tener un mayor número de acontecimientos vitales estresantes. Por otro lado, entre los factores de protección se encuentran la autoestima y apoyo social.

En lo que respecta al consumo de sustancias, en un estudio realizado por Cruz, Ramírez, Pérez, & Martínez (2017) con 434 estudiantes se identificó que el consumo de alcohol en los estudiantes universitarios es mayor al consumo de tabaco y drogas como la marihuana, y los factores como: la curiosidad, el grupo de amigos, y las dificultades personales y familiares, son algunas de las causas para la presencia del consumo.

En efecto los estudiantes universitarios, en especial los de primer ingreso son una población vulnerable en salud mental, esto puede deberse a su perfil de afrontamiento. Según Rosas, Siliceo, Tello, Temores & Martínez (2016) los estudiantes que cuenta con un afrontamiento activo tienen menor probabilidad de presentar síntomas ansiosos y depresivos, que aquellos con un afrontamiento pasivo, puesto que las personas con un afrontamiento activo realizan tareas para solucionar y cambiar el problema que les produce el malestar psicológico, contrario con alguien con afrontamiento pasivo que solo modula sus emociones y pensamientos sin hacer una intervención sobre el problema.

De esta forma, podemos decir que la salud mental de los estudiantes de primer ingreso se relaciona con la adolescencia tardía, y el afrontamiento de estresores académicos, sociales y familiares. En este sentido, cuando un estudiante cuenta con una buena salud mental, sus habilidades y destrezas se potencian, logrando como resultado un óptimo proceso de adaptación a la etapa universitaria. Al contrario, con aquellos estudiantes que cuentan con una pobre salud mental, estarían predispuestos al desarrollo de problemáticas como las antes mencionadas, las cuales en algunos casos son causantes de deserción académica y bajo rendimiento académico.

1.2 Adolescencia

1.2.1 Definición.

Según Martínez (2012), la adolescencia es un periodo de crecimiento y transición a la edad adulta; inicia con la pubertad y culmina cuando el cuerpo ha alcanzado su máximo desarrollo. Para la OMS (s/f) la adolescencia es una etapa que comienza entre los 10 y 19 años, la cual implica grandes transformaciones desde físicas hasta psicológicas.

Así mismo, desde otro punto de vista, la adolescencia es un periodo de grandes cambios biopsicosociales, donde los jóvenes desarrollan una gran inteligencia que les permite de manera fácil adquirir conocimientos, ser más ingeniosos, y enfocarse con agilidad y fuerza hacia sus objetivos (Iglesias, 2013).

De este modo, la adolescencia es una etapa de oportunidades donde se desarrollan mejor las habilidades, se enfrentan desafíos y se vencen debilidades (Borrás, 2014, p. 2). Es un periodo, en el que se producen grandes cambios físicos y psicológicos, que permiten a los jóvenes desarrollar diversas habilidades cognitivas para adquirir conocimientos más complejos que ayudaran a afrontar los retos de la edad adulta.

1.2.2 Etapas de la adolescencia.

1.2.2.1 *Adolescencia temprana.*

Es un periodo que se extiende entre los 10 y 14 años e inicia con la pubertad, la cual se caracteriza por los cambios físicos del cuerpo, los cuales están regulados por la genética y la influencia de factores como la nutrición, el ambiente social y la salud del niño o niña (Kail & Cavanaugh, 2015; UNICEF, 2011). En este sentido, en la figura 2 se hace énfasis en el desarrollo físico de las mujeres y los hombres en la pubertad.

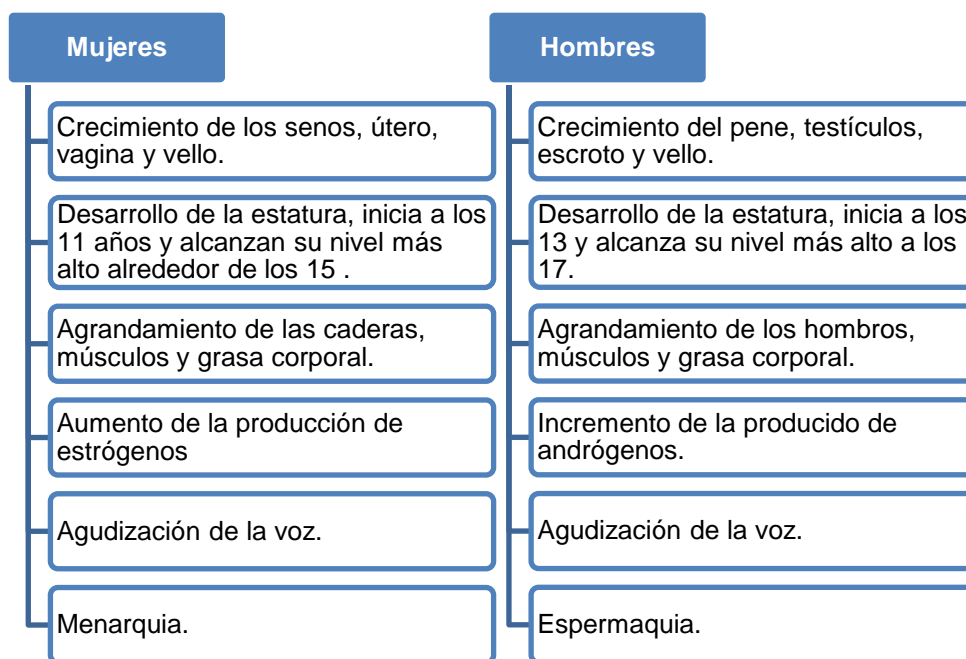


Figura 2. Desarrollo físico de las mujeres y hombres en la pubertad.

Fuente: Kail & Cavanaugh, 2015, p. 294-206; Stassen, 2016, p. 412

Elaboración: Aguilar, 2018

En la adolescencia temprana los adolescentes por lo general manifiestan una inestabilidad emocional que puede provocar comportamiento de rechazo ante la presencia de los padres, o en otros casos cercanía y pensamientos positivos hacia la familia o sociedad en general (Papalia, Duskin, Martorell, 2012, p. 355).

Según Gaete (2015), los adolescentes en relación con su desarrollo afectivo manifiestan: amplios y rápidos cambios del estado de ánimo; falta de control de impulsos; necesidad de gratificación inmediata; falta de voluntad y persistencia ante sus metas; y una preferencia por la privacidad (p. 439).

En el ámbito social, el adolescente empieza a formar amistades con su grupo de pares, se hace más dependiente de sus amigos, debido a que los considera como una fuente de bienestar; así mismo, comienza la aparición de amistades exclusivas como el “mejor amigo” o “mejor amiga”; se distancia de su familia, presenta más resistencia a los límites que sus padres le interponen, aunque siguen aceptado sus consejos, dado que los consideran como una fuente de apoyo (Gaete, 2015, pág. 440).

Así mismo, en esta etapa los adolescentes inician la búsqueda de identidad. Según Erikson (1968), la primera actividad de los jóvenes es enfrentar la crisis de identidad frente a la confusión de roles, donde el adolescente busca conocer su papel en la sociedad, obtener logros, promover sus valores, principios y creencias, con el propósito de ser reconocido ante la sociedad, lo cual le permitirá obtener seguridad de sí mismo e independencia. No obstante, en el caso de que no se logre esta identidad, el

adolescente se mostrara desorientado, inseguro, excluido y por lo general llegara a manifestar comportamientos caóticos o problemáticos (citado en Papalia, Duskin, Martorell, 2012, p. 390).

En consecuencia, la adolescencia temprana es una etapa de varios cambios, emocionales, psicológicos, sociales y los más notorios los físicos, los cuales inician con la pubertad; es un periodo de aprendizaje e inestabilidad emocional, donde los jóvenes buscan su autonomía e independencia, y ponen a prueba sus valores, principios y límites; así mismo, buscan conocer su rol en la sociedad, con el fin de establecerse sus propias metas y conseguir logros que fortalecerán las etapas siguientes.

1.2.2.2 Adolescencia media.

En la adolescencia media aún se siguen presentando cambios físicos del cuerpo, como la estatura, peso, y órganos sexuales y además emerge el denominado interés sexual (Stassen, 2016).

En este periodo los jóvenes se distancian de su familia con el fin de entablar nuevas relaciones interpersonales; la relación con sus hermanos es más apacible; las relaciones con sus amigos son más estrechas, dado que el adolescente empieza a percibir a sus amistades como una fuente de apego, apoyo y entendimiento (Papalia, Duskin, Martorell, 2012, pp. 405-409).

En la adolescencia media las relaciones románticas constituyen el desarrollo emocional del individuo, tienen como intención la búsqueda de compañía y exploración de la sexualidad, lo cual contribuye al desarrollo de la intimidad e identidad (Kail & Cavanaugh, 2015; Papalia, Duskin, Martorell, 2012). En este sentido, la interacción dentro de las relaciones románticas permite al adolescente reconocerse a sí mismo como persona única y diferente a los demás.

En el ámbito psicológico, dentro de la búsqueda de identidad los adolescentes manifiestan ciertas características del pensamiento entre ellas:

“El egocentrismo, en donde se concentra en sus propias ideas, emociones y sentimientos. En **la audiencia imaginaria**, creen que están siendo observados constantemente y deben evitar equivocarse para evadir las burlas o los momentos vergonzosos. En **la fábula personal**, consideran que sus vivencias y emociones solo las experimenta él. En **la ilusión de invulnerabilidad**, creen que no experimentarían momentos o episodios de vulnerabilidad o desdicha” (Kail & Cavanaugh, 2015, p. 329).

En este mismo ámbito, el adolescente experimenta cambios en su autoestima, dado que inician las comparaciones y valoraciones de las habilidades y el aspecto físico (Kail & Cavanaugh, 2015, pp. 330-332). De modo que, el adolescente tiende a compararse más con su grupo de pares, esta comparación puede ser positiva o negativa. Cuando es negativa el adolescente crea un auto concepto desfavorecedor de sí mismo, y genera un desequilibrio en su autoestima.

Según lo mencionado, en esta etapa aún los adolescentes siguen experimentado cambio físicos mínimos; es un periodo vulnerable, debido a que los jóvenes son más sensibles a los estereotipos; empiezan a experimentar las relaciones románticas; se distancian más de sus padres, con el propósito de ser más independientes; se involucran más con sus amigos adoptando sus conductas; y, además, continúan con la búsqueda de identidad, donde presentan características del pensamiento como el egocentrismo.

1.2.2.3 Adolescencia tardía.

Según la UNICEF (2011) la adolescencia tardía inicia desde los 15 a 19 años, es considerada una etapa altamente vulnerable, debido a que el adolescente está en un proceso de constante desarrollo y suele experimentar conductas de riesgo. Sin embargo, para Gaete (2015) esta etapa representa el camino de los adolescentes hacia los logros de su identidad y autonomía.

En la adolescencia tardía la mayoría de los jóvenes se encuentran en un periodo de tranquilidad e integración de la personalidad; tras un avance satisfactorio de las etapas anteriores, los jóvenes estarán en buen camino para ejercer las diversas responsabilidades de la adultez (Gaete, 2015, p. 441). “Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea” (UNICEF, 2011, p. 6). En este sentido, los adolescentes generalmente eligen estudiar una carrera universitaria que se involucre con sus intereses y deseos, o buscan una fuente de trabajo que les permitan desarrollarse e independizarse.

En el ámbito familiar los adolescentes de esta etapa acogen los principios, valores y recomendaciones de los padres, forma relaciones más estrechas con ellos, tratan de integrarse más con la familia, busca constantemente la ayuda de sus padres, al igual que la independencia personal y económica (Vicario & Fierro, 2014, p. 45). Por ello, ingresan al ámbito laboral donde tiende a elegir y buscar posibles ocupaciones que los

beneficie económicamente; dentro del campo laboral, los jóvenes que están en la adolescencia tardía buscan empleos de medio tiempo o solo los fines de semana con el propósito de seguir con sus estudios (Kail & Cavanaugh, 2015, p. 340).

En cuanto al ámbito social y afectivo, en esta etapa las amistades son más selectivas, no existe una preocupación por crear grupo de amigos sino por compartir y crear vínculos afectivos con sus amigos más íntimos; por otra parte, aumenta la intimidad con los padres y en la búsqueda de su autonomía, recurren a su ayuda; forman relaciones románticas más duraderas, las cuales son percibidas como una fuente de apoyo y confianza (Gaete, 2015, p. 441).

Dentro de las relaciones románticas, los adolescentes suelen experimentar las relaciones sexuales, los jóvenes ante esta situación, y, en esta etapa buscan la opinión de sus padres, en el caso de tener una estrecha confianza; sin embargo, la mayoría decide buscar la opinión de sus amigos quienes los aprueban; el significado de estas relaciones es diferente para cada género, las mujeres lo perciben como una práctica romántica, mientras que los hombres como una experiencia recreativa (Kail & Cavanaugh, 2015, p. 334-335). No obstante, esta percepción sobre la sexualidad tanto del hombre como de la mujer no muchas de las veces son iguales, varía mucho en relación a la cultura, valores y principios del individuo.

El desarrollo psicológico en esta etapa comienza con la capacidad para ser más reflexivos, aceptar los cambios físicos sin preocupación alguna por la imagen (al menos que exista alguna anomalía), marcan sus objetivos vocacionales, los cuales suelen ser más prácticos y realistas, se comprometen más con sus actividades y controlan sus impulsos (Gaete, 2015, p. 441; Vicario & Fierro, 2014, p. 45). En este aspecto, "la madurez psicológica del adolescente tardío depende del éxito alcanzado en sus metas, la independencia de sus padres, el descubrimiento de su identidad y el establecimiento de valores" (Papalia, Duskin, Martorell, 2012, p. 420).

En consecuencia, la adolescencia tardía es una etapa de crecimiento personal y social, donde los adolescentes se muestran más independientes y responsables con sus obligaciones y deberes; adquieren sus propios valores, principios y creencias; buscan ser independientes a través de una fuente de trabajo que se involucre con sus intereses y personalidad; sus relaciones sociales son más fijas y selectivas; sus relaciones románticas son percibidas como una fuente de apoyo y confianza; buscan alcanzar sus metas e ingresan a la universidad o al mundo laboral.

1.3 Factores asociados a la salud mental

1.3.1 Ansiedad.

1.3.1.1 Generalidades.

La ansiedad es una emoción normal, que permite adaptarse al entorno y estar atento ante señales de lucha o huida; se manifiesta sin justificación o causa alguna, es totalmente impredecible, generalmente se la reconoce como angustia, intranquilidad, tensión, nerviosísimo, incertidumbre y miedo (Moreno, 2013, p. 76-77). En algunos de los casos, la ansiedad se manifiesta a través de síntomas cognoscitivos (miedo, preocupación, impaciencia, e irritabilidad) y síntomas somáticos (tensión muscular, sacudidas, sudoraciones, náuseas, diarrea, boca seca, y sonrojes en las mejillas) (Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM 5], 2014). Cada uno de estos síntomas actúa de forma diferente y en distinta frecuencia dependiendo de las circunstancias en las que el individuo se encuentre.

De este modo, el individuo puede llegar a experimentar ansiedad patológica; cuando los síntomas de la ansiedad son excesivos y constantes, o cuando deja de servir como señal de alerta útil ante ciertas situaciones consideradas como amenazantes (Fuente & Heinze, 2012, p. 137). La ansiedad patológica, manifiesta dos situaciones específicas: agorafobia (comportamiento de evitación) y crisis de angustia (miedo intenso) (DSM 5, 2014).

Según el DSM 5 (2014) los trastornos relacionados con la ansiedad patológica son:

Trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado (p. 401).

Los trastornos de ansiedad tienden a aparecer en distintas etapas de la vida; por ejemplo, el trastorno de ansiedad por separación aparece en la edad preescolar y algunas veces a los 18 años; la fobia social y específica, aparecen en la primera infancia y niñez, y también puede aparecer en la adolescencia; el trastorno de pánico y ansiedad generalizada aparece regularmente en la edad adulta joven (DMS 5, 2014). Las personas clínicamente diagnosticadas con algún trastorno de ansiedad tienen antecedentes de presentar ansiedad a los 15 años y antes de los 65 años (Fiestas & Piazza, 2014, p 43).

En consecuencia, la ansiedad es el resultado de la percepción del individuo ante situaciones consideradas como peligrosas, que puede ser normal, cuando actúa como mecanismo de adaptación, y patológica cuando los síntomas son excesivos y frecuentes; estos síntomas son de dos tipos: somáticos y cognoscitivos, los cuales pueden manifestarse de manera independiente o conjunta, afectando en gran medida la calidad de vida de la persona. Por otra parte, la ansiedad puede presentarse en distintas etapas de la vida, desde la infancia hasta la edad adulta, aunque la ansiedad clínica, regularmente se presenta entre la adolescencia y a mediados de la sexta década de vida.

1.3.1.2 Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios de primer ingreso.

La ansiedad es una de las problemáticas en salud mental más habituales en todo mundo, más de 260 millones de personas presentan un trastorno de ansiedad (OMS, 2017a). Por ello, diversas investigaciones han dirigido sus esfuerzos al estudio de la ansiedad en estudiantes universitarios, con el propósito de conocer si existe o no un alto porcentaje de estudiantes que se vean afectados por esta problemática.

En este aspecto, un estudio realizado en Ecuador con 1092 estudiantes determinó una prevalencia de ansiedad de 2.2%, la cual se asocia a factores de riesgo como: el tener un mayor número de acontecimientos vitales estresantes y el rasgo de personalidad neurótica (Torres, 2015). Igualmente, en otro estudio realizado en Chile con 110 estudiantes, se identificó una prevalencia de ansiedad de 47%; en este caso la integración adecuada de la personalidad, según el estudio, actúa como factor protector para la ocurrencia de la ansiedad (Barraza et al., 2015).

De igual forma, un estudio realizado en Alemania con 460 estudiantes determinó una prevalencia de 15.7% (Wörfel, Gusy, Lohmann, Töpitz, & Kleiber (2016) y otro en China con 205 estudiantes, identificó una prevalencia de 49.8% (Cheung et al., 2016); según los estudios, la ansiedad se encuentra asociada significativamente con: las altas demandas de estudio, el bajo apoyo social de los estudiantes y profesores, un estilo de vida pobre y una percepción negativa sobre la salud física y mental.

Así mismo, en dos investigaciones realizadas en Chile, una por Barraza, Muñoz & Behrens (2017) en 106 estudiantes, identificó una prevalencia de 45.6% y otra realizado por Villacura, Irrázabal, & López (2017) en 39 estudiantes, determinó una prevalencia de 35.9%; los niveles de ansiedad encontrados se relacionan en su totalidad con la comprensión y el manejo de las emociones.

En la actualidad, un estudio realizado en Irlanda por Mahroon et al. (2018) con 91 estudiantes, encontró una prevalencia de ansiedad de 61.5%, la cual se asocia al estrés, dado que gran parte de los estudiantes están sometidos a grandes cargas de trabajo.

De este modo, las investigaciones nos permiten evidenciar que existe un nivel alto de la ansiedad en los estudiantes universitarios de primer ingreso; las mismas que señalan algunos de los factores de riesgo que elevan los niveles de la ansiedad en los universitarios como: la alta demanda de estresores académicos, el bajo apoyo social, estrés, rasgos de personalidad neurótica, el haber vivido un gran número de acontecimientos vitales estresantes y la falta de manejo y comprensión de las emociones.

1.3.1.3 Factores sociodemográficos asociados a la ansiedad.

Los factores sociodemográficos permiten describir ciertas características sociales de la población que, por diversos fines académicos, de investigación, de toma de decisiones, etc., se desee conocer. Por lo tanto, en este apartado conoceremos la influencia de algunos factores sociodemográficos como: edad, sexo y estado civil, en relación a la ansiedad.

1.3.1.3.1 Edad.

La edad representa el periodo transcurrido, a partir del nacimiento del individuo (Real Academia Española [REA], 2014). En relación a esta variable, un estudio realizado por Torres (2015) determinó que los estudiantes menores o iguales a 18 años, presentan mayor prevalencia de ansiedad que los mayores a 18 años; aunque la prevalencia haya sido mayor en los menores o iguales a 18, no se encontró una relación estadísticamente significativa.

Igualmente, Cheung et al. (2016) en su estudio determinó que los estudiantes con edades comprendidas entre los 18 y 22 años presentan mayor prevalencia de ansiedad (51.4%), que los estudiantes con edades entre 23 y 27 años (30.2%) y entre los 28 y 30 años (40%). Las edades comprendidas entre 18-22 y 23-27 años tienen una relación estadísticamente significativa con la ansiedad que aquellos con edades entre 28 y 30 años. De igual modo, en el estudio realizado por Wahed & Hassan (2017) se identificó que las edades mayores a 20 años son un precedente significativo de ansiedad.

En este sentido, los estudios demuestran que la prevalencia de ansiedad, en relación a la edad, es mayor en los estudiantes que atraviesan la adolescencia, en este caso,

la adolescencia tardía, que en los estudiantes considerados como adultos. Además, las edades mayores a 18 años son factores influyentes para manifestar los síntomas de la ansiedad, es decir que mientras más se acercan los estudiantes a la adultez, mayor es la probabilidad de que presenten esta problemática.

1.3.1.3.2 Sexo.

El sexo es una condición biológica que permite definir al ser humano, como hombre o mujer (REA, 2014). En concordancia con esta variable, en dos estudios realizados a estudiantes universitarios de primer ingreso, se encontró que la variable sexo no tienen una relación estadísticamente significativa con la ansiedad, aunque la prevalencia de esta problemática sea mayor en las mujeres que en los hombres (Torres, 2015; Barraza, Muñoz, & Behrens, 2017).

En este sentido, Villacura, Irrarázabal, & López (2017) identificaron una prevalencia de ansiedad de 23.4% en hombres y 37.5% en mujeres. Así mismo Mahroon et al. (2018) determinó una prevalencia de 38.5% en hombres y 58.8% en mujeres. Según Arenas & Puigcerver (2009) los cambios en las hormonas premenstruales, la reducción en la sensibilidad del receptor β -adrenérgicos, la exposición en mayor medida a situaciones traumáticas, y la percepción de los eventos de forma más amenazante, son algunas de razones por las cuales las mujeres presentan mayor ansiedad (pp. 21-25).

Las investigaciones antes mencionadas, demuestran que la ansiedad en los estudiantes universitarios es mayor en las mujeres que en los hombres. Según Arenas & Puigcerver (2009) las mujeres son más vulnerables a agentes bioquímicos, hormonales y sociales. A pesar de esta prevalencia, el sexo no tiene una relación estadísticamente significativa con la ansiedad.

1.3.1.3.3 Estado civil.

El estado civil, es la condición de una persona que determina su identificación en función de las relaciones jurídicas: soltero, casado, unión libre y viudo (REA, 2017). En concordación con esta variable, un estudio con universitarios determinó que los estudiantes que son solteros tienden a presentar mayor ansiedad que los casados (Vergara, Cárdenas, & Martínez, 2013).

De este modo, Torres (2015) encontró que el 2.2% de los estudiantes solteros presenta ansiedad, mientras que los estudiantes con otro tipo de estado civil no presentan síntomas de ansiedad. Igualmente, en el estudio realizado por Wahed & Hassan (2017) se identificó que los estudiantes solteros presentan mayor ansiedad ($M=19$) que los

casados (M=12). Según ambos estudios, el tipo de estado civil no representa un factor de riesgo para la ansiedad, dado que no se encontró una relación estadísticamente significativa.

De esta forma, los estudios demuestran que la ansiedad en los estudiantes universitarios es mayor en los estudiantes solteros, que en los casados o con otro tipo de estado civil. Además, la variable estado civil no constituyen un factor de riesgo para la presencia de los síntomas de ansiedad en los universitarios.

1.3.2 Depresión.

1.3.2.1 Generalidades.

La depresión es una alteración del estado de ánimo, que se caracteriza por una tristeza profunda, la cual se manifestó sin justificación alguna y puede ser de forma duradera y severa (Moreno, 2013, p. 63). Se caracteriza principalmente por una disminución del estado de ánimo, que dificulta el desarrollo de las actividades diarias del ser humano y afecta todos sus ámbitos; social, familiar, psicológico y biológico (Fuente & Heinze, 2012, p.126).

En ocasiones se acompaña de varios síntomas como: alteraciones del sueño y de la alimentación; pérdida de iniciativa o del deseo de iniciar una nueva actividad; abandono del cuidado personal; poca capacidad de experimentar placer o alegría; dificultades para tomar decisiones; disminución de la energía; sentirse “bueno para nada”; sentimientos de culpa, desesperación y desprecio por sí mismo; ataques de llanto sin causa aparente, y, en ocasiones, en situaciones más graves pueden presentarse ideas de suicidio y muerte (Moreno, 2013, p. 64).

Según la OMS (2017b) algunas de las causas que contribuyen para que el individuo manifieste depresión son: el desempleo, traumatismos psicológicos y la pérdida de un familiar o ser querido (luto). De igual forma, manifiesta que más de la mitad de la población no recibe ayuda, y por ende tiende a desarrollar otros problemas como: estrés, enfermedades cardiovasculares y en lo peor de los casos suicidio.

Así mismo, el DSM 5 (2014) señala que el trastorno depresivo se clasifica en “trastornos depresivo mayor; trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado” (p.324), los cuales se desarrollan en diversas etapas de la vida; en el caso del trastorno depresivo mayor, la edad promedio de inicio, es desde la mitad de la tercera década de vida, y en comparación con el trastornos distímico, cuyo inicio es temprano e

insidioso con un curso crónico, puede manifestarse en la niñez, adolescencia o al principio de la edad adulta.

Considerando lo mencionado, la depresión es una variación del estado de ánimo que se desarrolla en diferentes etapas de la vida, y que desestabiliza el estado social, familiar y personal de quien la padece; generalmente esta problemática se debe a circunstancias infortunadas de la vida (desempleo, luto y traumatismo psicológicos); además, la depresión desencadena otras problemáticas de salud tanto físicas como psicológicas, entre las más peligrosas, el suicidio.

1.3.2.2 Prevalencia de depresión en estudiantes universitarios de primer ingreso a la universidad.

Según la OMS (2017a) más de 300 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por esta problemática. En Ecuador, un estudio realizado por Torres (2015) con 1092 estudiantes, determinó una prevalencia depresiva de 6.2%, la cual se asocia a factores de riesgo como: el tener antecedentes de problemas psicológicos y el rasgo de personalidad neurótica.

En otro estudio realizado en Alemania por Wörfel, Gusy, Lohmann, Töpitz, & Kleiber (2016) con 460 estudiantes, se encontró una prevalencia de 13.5%; los altos niveles de la depresión se asociaron con: las demandas académicas, el bajo apoyo social y las bajas calificaciones. Del mismo modo, en China, Cheung et al. (2016) con 205 estudiantes identificó una prevalencia de 33.7%, según el estudio los problemas en el entorno familiar y con los compañeros, aumentan los niveles de la depresión.

Así mismo, en dos estudios realizados en Chile, se encontró una prevalencia de 37.9% en 116 estudiantes y 25.6% en 227 estudiantes (Barraza, Muñoz & Behrens, 2017; Villacura, Irrazabal, & López, 2017); los niveles altos de la depresión estaban relacionados con la mala percepción y manejo de las emociones.

Finalmente, en Irlanda, un estudio realizado por Mahroon et al. (2018) con 91 estudiantes, identificó una prevalencia de 37.4%, los síntomas depresivos se asociaban con el perfeccionismo y el estrés constante, a los cuales, los estudiantes están sujetos.

En consecuencia, las investigaciones demuestran que la depresión es una problemática constante en los estudiantes universitarios de primer ingreso y que va en aumento con el tiempo, lo cual se convierte en una problemática que requiere atención prioritaria para que los estudiantes logren alcanzar sin dificultad alguna, el proceso de

adaptación a este entorno. Por otra parte, algunos de los factores de riesgo como: las demandas académicas, las bajas calificaciones, el bajo apoyo social, familiar, y económico, los rasgos de personalidad neurótica, los antecedentes de problemas relacionados con la salud mental, el estrés y el manejo y percepción de las emociones influyen en los niveles altos de la sintomatología depresiva.

1.3.2.3 Factores sociodemográficos asociados a la depresión.

1.3.2.3.1 Edad.

En un estudio realizado por Torres (2015) se identificó que los estudiantes universitarios mayores a 18 años presentan mayor depresión (6.7%), que los menores o iguales a 18 años (5.9%). Igualmente, en otro estudio realizado por Cheung et al. (2016) se encontró que los estudiantes de 18 a 22 años (36.3%) presentan mayor prevalencia depresiva que los de 23 a 27 años (23.8%). En ambos estudios, la edad no tiene una relación estadísticamente significativa con la ansiedad.

En concordancia con los estudios mencionados, se demuestra que la edad, no es una variable representativa para la presencia de los síntomas de la depresión en los estudiantes universitarios; por otra parte, los estudiantes que están entrando a la etapa de la adultez (mayores a 18 años) son aquellos que presentan mayor prevalencia depresiva que aquellos considerados como adultos (23 a 27 años).

1.3.2.3.2 Sexo.

En relación al sexo, la depresión en estudiantes universitarios es mayor en las mujeres que en los hombres (Torres, 2015; Barraza et al., 2015). En este aspecto, un estudio, determinó que las mujeres presentan un 33.8% de prevalencia depresiva, en comparación con los hombres con un 38.5%, aunque la prevalencia sea mayor en los hombres, en el estudio se identificó que el sexo es estadísticamente insignificante para predecir la depresión (Cheung et al., 2016).

Igualmente, Mahroon et al. (2018) encontró que los síntomas depresivos son mayores en las mujeres (43.9%) que en los hombres (32.1%). Según Montesó et al. (2011) las mujeres son más depresivas por factores como la violencia de género, la sobrecarga de actividades, el estrés, y un bajo apoyo social (p. 11).

En efecto, los estudios permiten identificar que la prevalencia de la depresión en los estudiantes universitarios recae más en las mujeres que en los hombres, dado que las mujeres son más propensas a factores de riesgo psicosociales; sin embargo, pese a

esta prevalencia, la variable sexo no es un factor determinante para la presencia de los síntomas depresivos.

1.3.2.3.3 Estado civil.

Con respecto al estado civil, un estudio determinó que los estudiantes solteros presentan mayor prevalencia depresiva que los estudiantes casados (Vergara, Cárdenas & Martínez, 2013). En este aspecto, en un estudio se encontró una prevalencia depresiva de 6.2% en estudiantes solteros, y 4% en los estudiantes con otro tipo de estado civil (Torres, 2015).

Según Wahed & Hassan (2017) el estado civil no es un factor predictor de los síntomas de depresión en los estudiantes universitarios, no obstante, se encontró que las puntuaciones medias son mayores en los solteros que en los casados.

En consecuencia, los estudios demuestran que la depresión en los estudiantes universitarios es mayor en los solteros que en los casados o con otro tipo de estado civil; además, esta variable es completamente independiente a la depresión, es decir que el tipo de estado civil de los estudiantes no determina la presencia de los síntomas depresivos.

1.3.3 Consumo de sustancias.

1.3.3.1 Generalidades.

El consumo de sustancias “incluyen los trastornos relacionados con la ingesta de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos” (DSM 5, 2014 p. 181). El consumo relacionado con algunas sustancias como el alcohol, tabaco y ciertas drogas ilícitas puede conllevar a desarrollar dependencia (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2013).

La dependencia es un conjunto de síntomas físicos, mentales, y comportamentales que demuestran que la persona continúa consumiendo a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con dicho consumo; está compuesta por síntomas como la tolerancia y la abstinencia. La tolerancia es la necesidad de recurrir a más cantidades de sustancias; la abstinencia es el conjunto de síntomas inadaptados causados por la desaparición de las sustancias en el cuerpo (DSM 5, 2014).

Para la OEA (2013) el consumo de sustancias abarca ciertos factores de riesgo que se involucran en el desarrollar de la dependencia hacia alguna sustancia como: la genética, los trastornos mentales, un hogar caótico, el maltrato físico o psicológico, el

uso y actitudes de los padres con respecto al consumo, la influencia de los amigos o compañeros y el rendimiento académico deficiente.

En efecto, el consumo elevado de sustancias como el tabaco y alcohol se convierte en un serio problema para la salud en general del individuo, causando diversas complicaciones médicas, psicológicas, psicosociales e interpersonales. Algunas de las personas involucradas en este consumo, tiende a desarrollar dependencia, la cual se caracteriza por cambios fisiológicos, mentales y comportamentales, además de efectos como: la tolerancia y abstinencia. Aunque las causas del consumo sean varias, algunos de los factores biológicos, psicológicos y sociales en los que el individuo se desarrolla, forman un factor de riesgo importante para la dependencia y el abuso de sustancias.

1.3.3.2 Consumo de alcohol.

El alcohol es una sustancia psicoactiva, causante de 3.3 millones de defunciones cada año, a nivel mundial (OMS, 2015). El consumo nocivo de esta sustancia está estrechamente relacionado con el factor causal de enfermedades “mentales, neurológicas, digestivas, cardiovasculares, endocrinas y metabólicas, perinatales, cáncer, infecciones y lesiones intencionadas y no intencionadas” (Sarasa et al., 2014, p. 472); así como también de problemas sociales como: las riñas, las agresiones físicas y verbales, la ausencia en el entorno laboral y académico y accidentes automovilísticos (Pulido, 2014). Las enfermedades y los problemas causantes del consumo de alcohol están estrechamente relacionados con la dependencia a la sustancia, la intoxicación aguda y el consumo elevado (Sarasa et al., 2014; Pulido, 2014).

El consumo de alcohol ha sido utilizado en varias culturas durante siglos; los motivos por los cuales las personas suelen beber parten desde aspectos sociales hasta personales, como, por ejemplo: una celebración, sensación de tranquilidad, afrontamiento de un estado depresivo o de ansiedad, animación (sentirse bien), y conformidad (para no sentirse excluido) (Mezquita, Stewart, Kuntsche, & Grant, 2016). A pesar de los motivos para el consumo, el alcohol genera una gran carga de costos económicos y sociales.

Según Cruz, Ramírez, Pérez, & Martínez (2017) los estudiantes universitarios por lo general acostumbran a ingerir bebidas alcohólicas, con los amigos, los familiares y pareja, compañeros de trabajo y pocas veces solos; este consumo se suele dar en lugares como: bares, casas de amigos, el hogar, restaurantes o centros educativos; con una frecuencia de 1 a 3 días por semana, y con una cantidad común de 1 a 2 bebidas alcohólicas.

De este modo, el consumo de alcohol elevado representa la principal causa para que se desarrollen enfermedades desde fisiológicas hasta psicológicas, así como también problemáticas familiares, sociales y económicas. Generalmente la ingesta de alcohol se ha venido dando desde hace siglos, las personas que lo consumen lo hacen para sentirse incluidos con su grupo de pares, estar animados, afrontar problemáticas como la depresión y la ansiedad o por simple razón social (celebración).

1.3.3.3 Consumo de tabaco.

El tabaco es una de las sustancias psicoactivas con mayor amenaza para la salud pública local y mundial; es el causante de más de 7 millones de muertes, cada año, en todo el mundo (OMS, 2017c). Generalmente su consumo inicia en la adolescencia, provocando una serie de problemas y enfermedades, que se verán reflejadas en la edad adulta (Ariza et al., 2014). El consumo excesivo de esta sustancia causa adicción a la nicotina, la cual es adictiva por sus efectos como: euforia, placer, además de disminución de la ansiedad, estrés y apetito (Corvalán & Paz, 2017, p. 186).

Según Sosa (2015) la adicción a estas sustancias se vincula directamente con la generación de enfermedades graves como:

- Distintos tipos de cáncer: pulmonar, laringe, hígado, riñón, entre otros.
- Enfermedades cardiovasculares: infartos, aneurisma de la aorta, accidente cerebrovascular.
- Enfermedades respiratorias: bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e infecciones respiratorias (p. 2)

Para Castellanos & Londoño (2017) las personas fuman porque sus amigos o grupo social también lo hace, porque anhelan ser aceptados por su grupo de pares, y porque simplemente quieren conocer la experiencia placentera del cigarrillo sin importarles las consecuencias como: las enfermedades, el olor impregnado en la ropa, la coloración amarilla de los dientes o la disminución del rendimiento físico.

En consecuencia, el consumo elevado de tabaco es la principal causa de enfermedades físicas como: el cáncer, problemas respiratorios y cardiovasculares; su consumo nocivo produce adicción a la nicotina, la cual genera disminución de la ansiedad, estrés, apetito, así como también, produce sensaciones de euforia y placer. El consumo tabaco, al igual que el consumo de alcohol, se debe a factores como: la curiosidad, presión social, y sensación de tranquilidad.

1.3.3.4 Prevalencia del consumo de sustancias en estudiantes universitarios de primer ingreso.

Según un estudio realizado con 1902 estudiantes ecuatorianos, el 74.2% de los estudiantes ha consumido alcohol al menos una vez en los últimos 30 días y el 25.3% al menos una vez por semana; en relación al consumo de tabaco, el 36.7% manifiesta un consumo de cigarrillo en los últimos 30 días, de los cuales el 9.6% consumen diariamente dos o más veces; entre los factores de riesgo se identificó, que los estudiantes que tienen rasgos de personalidad extrovertida son más propensos al consumo de ambas sustancias; y solo en el tabaco, el rasgo de personalidad psicoticismo también constituyen un factor de riesgo (Torres, 2015).

Así mismo, en un estudio realizado por Telumbre, Esparza, Alonso, B., & Alonso, M. (2015) se identificó que el 53% de los estudiantes ha consumo alcohol y el 30.7% tabaco, en el último mes; en el estudio se determinó que el consumo de alcohol es sensato y que la mayor parte de los estudiantes son no fumadores, esto puede deberse a que la población de estudio son estudiantes de enfermería y su formación puede ser un factor protector ante el consumo.

Del mismo modo, en otro estudio realizado con 204 estudiantes colombianos de primer semestre, se determinó que el 18.6% fuma y el 81.3% no la hace, en relación con el consumo de alcohol, el 25% es consumidor frecuente de alcohol y el 75% no. Por otra parte, el sexo masculino y el área de educación o faculta, en especial de ciencias agrarias son factores de riesgo para este consumo (Mantilla, Villamizar, & Peltzer, 2016).

Igualmente, en un estudio realizado con 434 estudiantes mexicanos se determinó que el 84.6% consume alcohol, el 26.7% tabaco; entre los principales motivos para este consumo se encuentra, la curiosidad, los problemas, la influencia de los amigos, y la depresión (Cruz, Ramírez, Pérez, & Martínez, 2017). De igual forma, en un estudio realizado con 201 estudiantes de derecho, en una universidad de Reino Unido, se determinó una prevalencia de 67.2% para un trastorno por consumo de alcohol y un 10.6% para el tabaco (Bogowicz et al., 2018).

De esta manera, las investigaciones nos demuestran que el consumo de sustancias en los estudiantes universitarios está en aumento, especialmente el consumo de alcohol, dado que más de la mitad de los estudiantes, en cada estudio manifiesta consumir esta sustancia, seguido por el tabaco. Según los estudios, entre los factores de riesgo psicosociales que influyen en este consumo se encuentran, el rasgo de personalidad

extroversión y psicoticismo; la depresión, la curiosidad, los problemas familiares, económicos, personales y la influencia de los amigos; y entre los factores sociodemográficas se encuentra el sexo y el área de formación o facultad.

1.3.3.5 Factores sociodemográficos relacionados con el consumo de sustancias.

1.3.3.5.1 Edad.

En función de la variable edad, un estudio con universitarios encontró que los estudiantes mayores a 18 años manifiestan mayor consumo de tabaco (46.9%) y alcohol (78.7%), en comparación con los menores o iguales a 18 años (tabaco, 31.9%; alcohol, 72.1%), además se identificó una relación estadísticamente significativa entre la edad y el consumo de alcohol y tabaco (Torres, 2015).

Igualmente, en otro estudio se encontró que los estudiantes con edades comprendidas entre los 19 y 21 años presentan mayor consumo de tabaco y alcohol, seguido por los estudiantes de 18 años y finalmente por los de 22 a 24 años, en el estudio se identificó que la edad no tiene una relación estadísticamente significativa con el consumo de tabaco y alcohol (Mantilla, Villamizar, & Peltzer, 2016).

En este sentido, los estudios nos demuestran que el consumo de alcohol y tabaco en los estudiantes universitarios es más evidente en los menores a 25 años; a pesar del resultado de esta prevalencia, la edad no influye en el consumo de estas sustancias.

1.3.3.5.2 Sexo.

En relación al sexo, un estudio determinó que las mujeres presentar menor consumo de alcohol (67.4%) y tabaco (23.3%) que los hombres (alcohol, 82.2%; tabaco 52.4%); además se encontró que el sexo es estadísticamente significativo con el consumo de alcohol y tabaco (Torres, 2015).

Así mismo, Cruz, Ramírez, Pérez, & Martínez (2017) encontraron una prevalencia en el consumo de alcohol de 87.6% en hombres y 79.1% en mujeres, y en el consumo de tabaco, 33.5% en los hombres y 19.7% en las mujeres.

De esta forma, los estudios nos demuestran que los estudiantes universitarios de sexo masculino presentan mayor consumo de alcohol y tabaco. Además, la variable sexo, influye en la presencia del consumo de sustancias, dado que presenta una relación estadísticamente significativa con el consumo de sustancias.

1.3.3.5.3 Estado Civil.

En relación al estado civil, López, Villar, & Gherardi (2011) identificaron que los estudiantes solteros presentan mayor consumo de alcohol (90%) y tabaco (86.2%) que los casados (alcohol 4.63%; tabaco, 5.17%). Así mismo Torres (2015) encontró que los estudiantes solteros manifiestan mayor consumo de alcohol (74.9%) y tabaco (37.0%) que los estudiantes con otro tipo de estado civil (alcohol 43.8%; tabaco 31.2%); en el estudio también se identificó que el alcohol tiene relación estadísticamente significativa con el estado civil, a diferencia del tabaco que no tiene relación.

En efecto, el consumo de sustancias en universitarios prevalece más en los estudiantes que son solteros que en los casados o con otro tipo de estado civil; por otro lado, estadísticamente, el estado civil incide en la presencia del consumo de sustancias como la marihuana y alcohol.

CAPITULO II: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Objetivos de la Investigación

2.1.1 Objetivo General.

Determinar la prevalencia de la ansiedad, depresión y consumo de sustancias, y su relación con las variables sociodemográficas (edad, sexo y estado civil) de los estudiantes de primer ingreso a la universidad.

2.1.2 Objetivos Específicos.

- ✓ Conocer las características sociodemográficas de la muestra.
- ✓ Determinar la prevalencia de ansiedad, depresión y consumo de alcohol y tabaco, en los estudiantes de primer ingreso a la universidad.
- ✓ Determinar la relación entre ansiedad, depresión y consumo de sustancias con las variables sociodemográficas (edad, sexo y estado civil) en los estudiantes de primer ingreso a la universidad.

2.2 Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la prevalencia de ansiedad, depresión y consumo de sustancias (alcohol y tabaco) en los estudiantes de primer ingreso a la universidad?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los estudiantes de primer ingreso a la universidad?
- ¿Existe relación entre las variables sociodemográficas (edad, sexo y estado civil) con ansiedad, depresión y consumo de sustancias (alcohol y tabaco), en los estudiantes de primer ingreso a la universidad?

2.3 Contexto de la investigación

La presente investigación fue realizada en estudiantes universitarios del país, específicamente en los estudiantes de primer ingreso a la universidad.

2.4 Diseño de la investigación

La investigación es cuantitativa, no experimental, con diseño transversal de tipo descriptivo, correlacional.

Hernández, Fernández & Baptista (2014) definen a la investigación cuantitativa como el enfoque cuyo propósito es examinar los datos encontrado en una determina población de estudio, y, a la investigación no experimental, como aquella que se realizan sin la manipulación deliberada de las variables, donde los fenómenos son observados en su contexto natural (p. 4, 152).

Adicionalmente, definen al diseño transversal como aquel que recoge datos en un único momento; al diseño descriptivo como aquel que busca explicar propiedades y características, de cualquier fenómeno que se investigue y correlacional como aquel que permite conocer la asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular (pp. 92, 93, 154).

2.5 Participantes

Los participantes fueron estudiantes de primer ingreso a la universidad que colaboraron en el proyecto nacional “Distribución Nacional del Consumo Problemático de Sustancias y otros Indicadores de Salud Mental en la Comunidad Universitaria”. La muestra estuvo conformada por 90 estudiantes. En el apartado de resultados, tabla 5, se describen las características sociodemográficas de la muestra. Para la selección de la muestra se empleó los siguientes criterios de inclusión:

Criterios de inclusión:

- Estudiantes de primer ingreso a la universidad.
- Estudiantes que hayan aceptado el consentimiento informado.
- Estudiantes que hayan contestado los instrumentos en un rango de tiempo estimado.

2.6 Variables de Estudio

En la figura 4 y 5 se muestra el proceso metodológico de las variables utilizadas en el estudio. Se consideró dos tipos de variables: dependientes e independientes.

- Variables dependientes: ansiedad, depresión y consumo de sustancias (alcohol y tabaco).
- Variables independientes: variables sociodemográficas (edad, sexo, y estado civil).

Tabla 1. Variables dependientes

Variab les	Concepto	Formas de Medida	Niveles de Medición	Aplicación
Ansiedad	Pág. 15	Cuestionario de ansiedad y depresión (PHQ-4)	Consta de 4 ítems, con formato de respuesta tipo Likert: (0=nunca, 1=varios días, 2= más de la mitad de los días, 3 = casi cada día). El puntaje máximo son 12 puntos. Los ítems 1 y 2 son de ansiedad y los ítems 3 y 4 de depresión. El máximo para cada mitad es de 6 puntos. Se considera que hay un posible caso, cuando el puntaje es mayor a 3 puntos	Objetivos 2 y 3
Depresión	Pág. 19			
Alcohol	p. 22	Test para la identificación de trastornos de consumo de Alcohol (AUDIT-C)	Consta de 10 ítems, con formato de respuesta tipo Likert (0= No consume, 1=consumo prudente, 2=consumo de riesgo, 3=consumo perjudicial y 4= dependencia). El puntaje mayor a 8 puntos se considera como consumo de riesgo.	Objetivo 2 y 3

Tabaco	p. 23	Test de Fagerstrom de dependencia de la nicotina (TFDN)	Consta de 6 ítems, con formato de respuesta tipo Likert, (0= no consume, 1= dependencia baja de nicotina, 2= dependencia media de nicotina y 3= dependencia alta de nicotina). El puntaje máximo es 10.	Objetivo 2 y 3
--------	-------	---	---	----------------

Fuente: Kroenke, Spitzer, Williams, & Löwe, 2009; Wingenfeld, Schneider, & Brähler, 2010; Kriston, Hölzel, Weiser, Berner, & Härter (2008); Babor, Higgins-Biddle, & Monteiro, (2001); Fagerström, 1978; Heatherton, Kozlowski, Freker, & Fagerström (1991).

Elaboración: Aguilar, 2018

Tabla 2. Variables independientes

Variables		Concepto	Formas de Medida	Niveles de Medición	Aplicación
Variables sociodemográficas	Edad	Pág. 17	Encuesta Ad hoc	1= ≤ 18 2= >18	Objetivo 1 y 3
	Sexo	Pág. 17	Encuesta Ad hoc	1= Hombre 2=Mujer	
	Estado Civil	Pág. 18	Encuesta Ad Hoc	1= Soltero o nunca casado 2= Casado 3= Pareja de hecho	

Fuente: Vaca, Bustamante, Jiménez, Ruisoto, & Pineda, 2015

Elaborado: Aguilar, 2018

2.7 Instrumentos

Los instrumentos aplicados dentro de la investigación fueron:

Encuesta Sociodemográfica y de Salud: (Vaca, Bustamante, Jiménez, Ruisoto, & Pineda, 2015). Es una encuesta ad hoc que evalúa 10 variables sociodemográficas, con un formato de respuesta cerrada.

Cuestionario de Depresión y Ansiedad - Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4): (Kroenke, Spitzer, Williams, & Löwe, 2009; Wingenfeld, Schneider, & Brähler, 2010). Este instrumento evalúa la presencia de los síntomas depresivos y de ansiedad. Consta de 4 ítems, donde el sujeto responde a una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = “nunca” 1= “casi nunca”, 2= “de vez en cuando”, 3 = “a menudo” y 4= “muy a menudo”). El puntaje total se determina al sumar los puntajes de cada uno de los 4 ítems. Los puntajes se califican como normales (0-2), leves (3-5), moderados (6-8) y severos (9-12). La versión española de la escala demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha = 78$, test-retest $r = 64$), y validez concurrente.

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol - Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT- C) (Self-report versión): (Kriston, Hölzel, Weiser, Berner, & Härter, 2008; Babor, Higgins-Biddle, & Monteiro, 2001). Es un instrumento que evalúa el consumo problemático de alcohol. Consta de 10 preguntas, pero se utilizó la versión modificada de 3 ítems del AUDIT original. El sujeto responde a una escala tipo Likert de 5 puntos (1= nunca, 2= menos de un mes, 3= 2 a 4 veces al mes, 4= 2 a 3 veces a la semana, 5= 4 o más veces a la semana), donde un mayor puntaje corresponde a patrones de consumo peligrosos o excesivos. La escala demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha = 89$) y en cuanto a su validez posee buen índice de correlación con el MAST ($r = 0,88$).

Test de Consumo de Tabaco - Test de Fagerstrom: (Fagerström, 1978; Heatherton, Kozlowski, Freker, & Fagerström, 1991). Es un instrumento que evalúa el consumo problemático de tabaco. Se utilizó la versión revisada que consta de 6 ítems de la versión original, con un formato de respuesta dicotómica (ítem 2, 3, 5) y numérica (ítem 1, 4). Los puntos de corte son 4 y 7, donde menos de 4 corresponde a dependencia baja, entre 4 y 7 a dependencia moderada y más de 7 a dependencia alta. La escala demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha = 61$) y validez concurrente.

2.8 Procedimiento

Los análisis que se presentan en esta tesis se realizarán a partir de la base de datos proporcionada y autorizada por el proyecto: Distribución Nacional del Consumo Problemático de sustancias y otros indicadores de Salud Mental en la Comunidad Universitaria. Perteneciente al paquete de trabajo de Salud Pública del Proyecto Smart Land- Gestión del Territorio Inteligente, financiado por la Universidad Técnica Particular de Loja, desde el 5 de enero de 2015 hasta el 23 de diciembre del 2017 (Directora Silvia L. Vaca Gallegos; Co Director. Pablo Ruisoto Paolomera). Esta información será utilizada en esta tesis exclusivamente con fines académicos

La base de datos contiene la muestra correspondiente al estudio, en la cual se procedió al análisis y depuración de las variables aplicadas, utilizando el programa estadístico SPSS 24.

2.9 Análisis de Datos

Los datos obtenidos se analizaron a través de programa SPSS 24.

Mediante el SPSS 24 realizaremos los siguientes análisis estadísticos:

Análisis descriptivos que permite detallar los datos, valores o puntuaciones obtenidas para cada variable mediante la distribución de frecuencias, las cuales son un conjunto de puntuaciones de una variable, ordenada en su respectiva categoría; así mismo, estas pueden completarse agregando los porcentajes de casos en cada categoría (Hernández et al., 2014. pp. 282-283).

Prueba t de Student: Es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en una variable. La prueba t se basa en una distribución muestral o poblacional de diferencia de medias conocida como la distribución t de Student que se identifica por los grados de libertad, los cuales constituyen el número de maneras en que los datos pueden variar libremente. Son determinantes, ya que nos indican qué valor debemos esperar de t, dependiendo del tamaño de los grupos que se comparan (Hernández et al., 2014. pp. 309-310).

Anova (análisis de varianza): se refiere en general a un conjunto de situaciones experimentales y procedimientos estadísticos para el análisis de respuestas cuantitativas de unidades experimentales. El programa ANOVA más simple se conoce indistintamente como unifactorial, de clasificación única o

unidireccional e implica análisis de datos muestreados de más dos poblaciones numéricas en los cuales se utilizaron más de dos tratamientos (Devore, 2012, p. 391)

CAPITULO III: RESULTADOS

3.1 Características sociodemográficas de la muestra

Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra

Variable	M	DT
Edad	19.47	2.41
	N	%
Sexo		
Hombre	42	46.7%
Mujer	48	53.3%
Estado Civil		
Soltero	87	96.7%
Casado	1	1.1%
Con pareja	2	2.2%

Fuente: Encuesta sociodemográfica ad hoc

Elaboración: Aguilar, 2018

La edad promedio de los estudiantes de primer ingreso a la universidad es de \bar{X} 19 años (DT 2.41), el rango de edad va desde los 17 a 21 años. El mayor porcentaje de estudiantes es de sexo femenino y de estado civil soltero.

3.2 Prevalencia de ansiedad y depresión en los estudiantes de primer ingreso a la universidad

Tabla 4. Prevalencia de ansiedad y depresión

	Ausencia		Presencia	
	N	%	n	%
Ansiedad	75	83.3%	15	16.7%
Depresión	77	85.6%	13	14.4%

Fuente: The Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4).

Elaboración: Aguilar, 2018

Con respecto a la prevalencia de ansiedad y depresión, en la tabla 4, se observa que la ansiedad es mayor que la depresión en los estudiantes de primer ingreso; sin embargo, la diferencia es mínima y corresponde a dos casos adicionales para la ansiedad.

3.3 Prevalencia del consumo de sustancias en los estudiantes de primer ingreso a la universidad.

Tabla 5. Prevalencia del consumo de tabaco.

	Consumo de tabaco	
	N	%
No consume	88	95.6%
Dependencia baja a la nicotina	4	4.4%

Fuente: Test de Fagerstrom de dependencia de la nicotina (TFDN)

Elaboración: Aguilar, 2018

En función del consumo de tabaco, en la tabla 5, se observa que la mayoría de los estudiantes de primer ingreso no presentan consumo de tabaco.

Tabla 6. Prevalencia del consumo de alcohol

	Consumo de alcohol	
	N	%
No consume	20	22.2%
Consumo prudente	39	43.3%
Consumo de riesgo	28	31.1%
Consumo perjudicial	2	2.2%
Dependencia	1	1.1%

Fuente: Test para la identificación de trastornos de consumo de Alcohol (AUDIT-C)

Elaboración: Aguilar, 2018

En relación al consumo de alcohol, se observa que el 22.2% de estudiantes de primer ingreso no consume alcohol, y el 77.7% si consume. El nivel de consumo es mayor para el consumo prudente, seguido por el consumo de riesgo, consumo perjudicial y dependencia.

3.4 Relación entre las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil) con ansiedad y depresión en los estudiantes de primer ingreso a la universidad

Tabla 7. Variables sociodemográficas y ansiedad

Variables	N	Ansiedad			
		Ausencia		Presencia	
		N	%	N	%
Edad					
≤18	34	28	82.4%	6	17.6%
>18	56	47	83.9%	9	16.1%
Sexo					
Hombre	42	35	83.3%	7	16.7%
Mujer	48	40	83.3%	8	16.7%
Estado Civil					
Soltero	87	72	82.8%	15	17.2%
Casado	1	1	100%	0	0%
Con pareja	2	2	100%	0	0%

Fuente: Encuesta sociodemográfica ad hoc; The Patient Health Questionnaire (PHQ-4)

Elaboración: Aguilar, 2018

En el caso de la ansiedad con los factores sociodemográficos, se observa que existe una mayor prevalencia de ansiedad, en los estudiantes mayores 18 años, de sexo femenino, y de estado civil soltero.

Tabla 8. Variables sociodemográficas y depresión

Variables	N	Depresión			
		Ausencia		Presencia	
		N	%	N	%
Edad					
≤18	34	27	79.4%	7	20.6%
>18	56	50	89.3%	6	10.7%
Sexo					
Hombre	42	38	90.5%	4	9.5%
Mujer	48	39	81.3%	9	18.8%
Estado Civil					
Soltero	87	74	85.1%	13	14.9%
Casado	1	1	100%	0	0%
Con pareja	2	2	100%	0	0%

Fuente: Encuesta sociodemográfica ad hoc; The Patient Health Questionnaire (PHQ-4).

Elaboración: Aguilar, 2018

En función de las variables sociodemográficas y la depresión, se evidencia que existe mayor presencia de la problemática, en los estudiantes menores o iguales a 18 años, de sexo femenino, y de estado civil soltero.

3.5 Relación entre las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil) con el consumo de sustancias (alcohol y tabaco) en los estudiantes de primer ingreso a la universidad

Tabla 9. Variables sociodemográficas y consumo de alcohol.

Variables	N	Nivel de consumo de alcohol									
		No consume		Consumo prudente		Consumo de riesgo		Consumo perjudicial		Dependencia	
		N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
Edad											
≤18	34	10	29.4%	15	44.1%	8	23.5%	1	2.9%	0	0%
>18	56	10	17.9%	24	42.9%	20	35.7%	1	1.8%	1	1.8%
Sexo											
Hombre	42	8	19.0%	16	38.1%	16	38.1%	1	2.4%	1	2.4%
Mujer	48	12	25%	23	47.9%	12	25%	1	2.1%	0	0%
Estado Civil											
Soltero	87	20	23.0%	38	43.7%	26	29.9%	2	2.3%	1	1.1%
Casado	1	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%
Con pareja	2	0	0%	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%

Fuente: Encuesta sociodemográfica ad hoc; Test para la identificación de trastornos de consumo de Alcohol (AUDIT-C)

Elaboración: Aguilar, 2018

En referencia al consumo de alcohol con las variables sociodemográficas, se identifica que existe mayor consumo, en los estudiantes mayores a 18 años, de sexo masculino, y con estado civil soltero.

Tabla 10. Variables sociodemográficas y consumo de tabaco.

Variables	N	Nivel de dependencia a la nicotina			
		No consume		Nivel bajo de dependencia	
		n	%	N	%
Edad					
≤18	34	33	97.1%	1	2.9%
>18	56	53	94.6%	3	5.4%
Sexo					
Hombre	42	40	95.2%	2	4.8%
Mujer	48	46	95.8%	2	4.2%
Estado Civil					
Soltero	87	83	95.4%	4	4.6%
Casado	1	1	100%	0	0%
Con pareja	2	2	100%	0	0%

Fuente: Encuesta sociodemográfica ad hoc; Test de Fagerstrom de dependencia de la nicotina (TFDN)
Elaboración: Aguilar, 2018

En cuanto al consumo de tabaco con las variables sociodemográficas, se observa mayor prevalencia de consumo, en los estudiantes mayores a 18 años, de sexo masculino y estado civil soltero.

3.6 Relación estadística entre las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil) con ansiedad, depresión y consumo de sustancias (alcohol, tabaco)

Tabla 11. Variable edad con ansiedad, depresión y consumo de sustancias (alcohol y tabaco).

	Edad			
	Edad agrupada	M	Prueba t	Sig.
Media de ansiedad	≤18	.985	.460	.647
	>18	.902		
Media de depresión	≤18	.912	-.322	.749
	>18	.964		
Alcohol	≤18	4.47	-1.980	.051
	>18	6.55		
Tabaco	≤18	.059	-.609	.544
	>18	.125		

Fuente: Encuesta sociodemográfica ad hoc; The Patient Health Questionnaire (PHQ-4); Test para la identificación de trastornos de consumo de Alcohol (AUDIT-C); Test de Fagerstrom de dependencia de la nicotina (TFDN).

Elaboración: Aguilar, 2018

En lo que respecta a la relación entre ansiedad, depresión y consumo de sustancias, con la variable sociodemográfica edad, no se encontró una relación estadísticamente significativa con ansiedad ($t = .460$; $p = .647$); depresión ($t = -.322$; $p = .749$), alcohol ($t = -1.980$; $p = .051$) y tabaco ($t = -.609$; $p = .544$).

Tabla 12. Variables sexo con ansiedad, depresión y consumo de sustancias (alcohol y tabaco)

	Sexo			
	Sexo	M	Prueba t	Sig.
Media de ansiedad	Hombre	.798	-1.46	.149
	Mujer	1.05		
Media de depresión	Hombre	.798	-1.76	.081
	Mujer	1.07		
Alcohol	Hombre	6.78	-1.86	.066
	Mujer	4.87		
Tabaco	Hombre	.095	-.084	.933
	Mujer	.104		

Fuente: Encuesta sociodemográfica ad hoc; The Patient Health Questionnaire (PHQ-4); Test para la identificación de trastornos de consumo de Alcohol (AUDIT-C); Test de Fagerstrom de dependencia de la nicotina (TFDN).

Elaboración: Aguilar, 2018

En relación a la ansiedad, depresión y consumo de sustancias, con la variable sociodemográfica sexo, no se encontró una relación estadísticamente significativa con ansiedad ($t = -1.46$; $p = .149$); depresión ($t = -1.76$; $p = .081$), alcohol ($t = -1.86$; $p = .066$) y tabaco ($t = -.084$; $p = .933$).

Tabla 13. Variable estado civil con ansiedad, depresión y consumo de sustancias (alcohol y tabaco).

		Estado civil				Sig.
		Suma de cuadrados	Gl	Media aritmética	F	
Media de ansiedad	Entre grupos	.073	2	.036	.051	.950
	Dentro de grupos	61.527	87	.707		
	Total	61.600	89			
Media de depresión	Entre grupos	.406	2	.203	.358	.700
	Dentro de grupos	49.316	87	.567		
	Total	49.722	89			
Alcohol	Entre grupos	68.887	2	34.444	1.438	.243
	Dentro de grupos	2083.213	87	23.945		
	Total	2152.100	89			
Tabaco	Entre grupos	.031	2	.016	.061	.941
	Dentro de grupos	22.069	87	.254		
	Total	22.100	89			

Fuente: Encuesta sociodemográfica ad hoc; The Patient Health Questionnaire (PHQ-4); Test para la identificación de trastornos de consumo de Alcohol (AUDIT-C); Test de Fagerstrom de dependencia de la nicotina (TFDN).

Elaboración: Aguilar, 2018

En función de la ansiedad, depresión y consumo de sustancias, con la variable sociodemográfica estado civil, no se encontró una relación estadísticamente significativa con ansiedad ($f = .051$; $p = .950$); depresión ($f = .358$; $p = .700$), alcohol ($f = 1.438$; $p = .243$) y tabaco ($f = .061$; $p = .941$).

CAPITULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En relación al primer objetivo específico, el cual fue, conocer las características sociodemográficas de la muestra, se encontró que la edad promedio de los estudiantes de primer ingreso, es de 19 años, con un rango de 17 a 21 años, estos datos son congruentes con el Ministerio de Educación del Ecuador [AMIE] (2016), el cual refiere que la edad de ingreso a la educación superior es mayor a los 17 años (p. 25). Del mismo modo, en un estudio realizado por Torres (2015) el intervalo de edad en los estudiantes de primer ingreso se encuentra entre los 17 a 24 años.

Por otra parte, la mayor parte de los estudiantes pertenecen al sexo femenino. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (2015) la mayor parte de los estudiantes matriculados en las Instituciones de Educación Superior, son mujeres. Datos que coinciden con los estudios de Torres (2015) y Barraza, Muñoz, & Behrens (2017) en donde la mayor parte de los estudiantes de primer ingreso, eran mujeres. Finalmente, en relación al estado civil, se halló que el 96.7% es soltero, el 1.1% casado y el 2.2% tiene pareja, estos porcentajes concuerdan con el estudio de Torres (2015) quien determinó que el 98.5% de estudiantes eran soltero, el 0.6% casado, el 0.1% viudo, el 0.1% divorciado y el 0.7% vivía en pareja.

En relación al segundo objetivo, determinar la prevalencia de ansiedad, depresión y consumo de sustancias (alcohol y tabaco) en los estudiantes de primer ingreso a la universidad, se identificó una prevalencia de 16.7% en ansiedad y 14.4% en depresión. Estos resultados, están por encima de los niveles encontrados en un estudio realizado por Torres (2015), en donde se identificó una prevalencia de 2.2% en ansiedad y 6.2% en depresión, con lo cual se puede decir que estas problemáticas de salud mental en nuestro país van en aumento con el tiempo, convirtiéndose en un grupo que requiere atención prioritaria.

Por otra parte, los resultados encontrados en nuestro estudio, en comparación con los resultados de estudios realizados a nivel internacional, están por debajo de los niveles identificados, siendo así, que en un estudio realizado por Cheung et al. (2016) en China se encontró un nivel de ansiedad de 49.8% y de depresión 33.7%; en otro estudio realizado por Barraza, Muñoz & Behrens (2017) en Chile, se identificó un 45.6% de ansiedad y 37.9% de depresión y finalmente, en un estudio realizado por Mahroon et al. (2018) en Irlanda, se determinó un nivel de 61.5% de ansiedad y 37.4% de depresión.

Los datos analizados anteriormente, sobre la prevalencia, pueden establecer que la ansiedad y depresión van en aumento como problemática de salud mental en

estudiantes de primer ingreso a la universidad; a pesar de que, existen diferencias sustanciales en las prevalencias identificadas en cada estudio, que probablemente están determinadas por factores socio culturales.

En continuidad con el segundo objetivo específico, y en función del consumo de alcohol y tabaco se encontró que el 77.7% de los estudiantes consume alcohol y el 4.4% tabaco. La alta prevalencia del consumo de alcohol tiene similitud con el estudio realizado por Torres (2015) donde se encontró una prevalencia de 74.2%; sin embargo, los niveles bajos del consumo de tabaco discrepan de este estudio, el cual determino una prevalencia de 36.7%. Así mismo, a nivel internacional, nuestros resultados son mayores para el consumo de alcohol y menores para el consumo de tabaco, en comparación con dos estudios, uno realizado por Mantilla, Villamizar, & Peltzer (2016) en Colombia, donde el 25% es consumidor frecuente de alcohol y el 18.6% fuma y otro realizado por Bogowicz et al. (2018) en una universidad de Reino Unido, donde el 67.2% presenta consumo de alcohol y el 10.6% tabaco.

En función del tercer objetivo, determinar la relación entre ansiedad, depresión y consumo de sustancias con las variables sociodemográfica; edad, sexo y estado civil, en los estudiantes de primer ingreso a la universidad se encontró lo siguiente:

En relación a la ansiedad con la variable edad, los estudiantes con edades mayores o iguales a 18 años presentan menor ansiedad que los menores a 18 años, contrario a lo encontrado por Torres (2015). Igualmente, en otro estudio realizado por Cheung et al. (2016) se determinó que los estudiantes con edad comprendida entre 18-22 años presentan mayor ansiedad que aquellos con edades entre 23-27 y 28-30 años. Analizando los estudios, con los resultados encontrados se puede mencionar que los estudiantes que están entrando a la edad adulta presentan mayor ansiedad que aquellos que están en la adultez.

Además, se encontró que la ansiedad no tiene una relación estadísticamente significativa con la edad ($t= .460$; $p= .647$), similar al estudio realizado por Torres (2015) en estudiantes de primer ingreso. Sin embargo, en otros estudios en los que se tuvo como muestra a estudiantes de varios semestres, las edades mayores a 18 (Cheung et al., 2016) y mayores a 20 años (Wahed & Hassan, 2017) actúan como factor de riesgo para la presencia de la ansiedad.

En comparación con la ansiedad y la variable sexo, se identificó que la prevalencia de ansiedad es mayor por un caso en las mujeres ($n=8$), que en los hombres ($n=7$), similar

al estudio realizado por Torres (2015), cuya prevalencia difería en 5 casos más para las mujeres ($n=14$). En consecuencia, podríamos mencionar que la prevalencia de ansiedad en los hombres va en aumento con el tiempo, y afecta a ambos sexos. Del mismo modo, en relación a variable sexo no se encontró una relación estadísticamente significativa con la ansiedad ($t= -1.46$; $p= .149$), datos similares al estudio realizado por Torres (2015) & Barraza, Muñoz, & Behrens (2017), lo que significaría que el sexo no constituye un factor de riesgo para la presencia de esta problemática.

Con respecto al estado civil y la ansiedad, al igual que en el estudio de Vergara, Cárdenas, & Martínez (2013) & Torres (2015) se encontró que los estudiantes solteros presentar mayor ansiedad que los casados y con pareja; este resultado puede deberse a que la muestra en nuestro estudio y en los estudios mencionados, está conformada en su mayoría por estudiantes solteros y no por casados. Por otra parte, no se encontró una relación estadísticamente significativa ($f= .051$; $p= .950$) entre el tipo de estado civil, y la ansiedad, similar a los encontrado por Torres (2015), y Wahed & Hassan (2017).

De igual forma, en relación a la depresión y la variable sociodemográfica edad, se determinó que los estudiantes mayores o iguales a 18 años, manifiesta mayor depresión que los menores a 18 años, contrario con lo encontrado en el estudio de Torres (2015) y Cheung et al. (2016). En este sentido, podemos mencionar que los estudiantes que aun atraviesan la adolescencia tardía son los más vulnerables para presentar esta problemática, pues según la UNICEF (2011) la adolescencia tardía es considerada una etapa altamente vulnerable, debido a que el adolescente está, en un proceso constante de desarrollo social, psicológico, cognitivo y emocional, que puede verse alterado por factores estresante, propios de esta etapa.

Igualmente, en este estudio y en el estudio realizado por Torres (2015) y Cheung et al. (2016) se determinó que la variable edad no tiene una relación estadísticamente significativa con la depresión ($t= -.322$; $p= .749$); de modo, que la edad no es una variable que incide para la presencia de estas problemáticas en los estudiantes universitarios.

En cuanto a la depresión y el sexo, se encontró que la variable sexo no tiene una relación estadísticamente significativa con la depresión ($t= -1.76$; $p= .081$); además, la prevalencia de esta problemática es mayor en la mujeres que en los hombres; estos resultados comparados con el estudio realizado por Torres (2015) y Cheung et al. (2016) son semejantes, por lo que se podría decir, que el sexo no influye en la

presencia de los síntomas depresivo en los estudiantes universitarios, aunque la prevalencia sea mayor en las mujeres. En consecuencia, con lo encontrado Montesó et al. (2011) menciona que las mujeres son más depresivas, por factores como: la violencia de género, la sobrecarga de actividades, el estrés, y un bajo apoyo social (p.11).

En función de la depresión y el tipo de estado civil, los resultados de nuestro estudio señalan que no existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($f= .358$; $p= .700$) y que la presencia de la depresión en los estudiantes de primer ingreso solo se observa en aquellos que son solteros, lo cual es concordante con lo descrito por Torres (2015), con la única diferencia que los estudiantes con otro tipo de esta civil también presentan sintomatología depresiva. A pesar de lo expuesto, en comparación con otro estudio, realizado por Wahed & Hassan (2017) la prevalencia de la depresión sigue siendo mayor en los estudiantes solteros que en los casados.

Por otra parte, en relación al consumo de sustancias con la edad, en nuestro estudio la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco es mayor en los estudiantes con edades mayores a 18 años (alcohol 82.1%; tabaco 5.4%), estos resultados son semejantes con el estudio de Torres (2015) donde el 46.9% de los estudiantes mayores a 18 consume tabaco y el 78.7% alcohol. De la misma manera, en el estudio realizado por Mantilla, Villamizar, & Peltzer (2016) el consumo de tabaco y alcohol es mayor en los estudiantes con edades entre 19 y 21 años que en los de 18 años. Según Mantilla, Villamizar, & Peltzer (2016) el consumo de sustancias en edades tempranas puede llegar a constituirse como un patrón de comportamiento en la vida adulta joven (p. 8).

En continuidad con la variable edad y el consumo de sustancias no se encontró una relación estadísticamente significativa con el alcohol ($t= -1.980$; $p=.051$) y tabaco ($t= -.609$; $p= .544$) contrario con el estudio de Torres (2015) donde se encontró una relación estadísticamente significativa entre la edad y el consumo de alcohol y tabaco. Por otro lado, nuestros datos son similares con el estudio realizado por Mantilla, Villamizar, & Peltzer (2016) donde el consumo de alcohol y tabaco no tiene una relación estadísticamente significativa. En virtud de estos los resultados, podemos mencionar que la variable edad no interviene en la presencia del consumo de alcohol y tabaco.

Por otra parte, en función de sexo con el consumo de sustancias estadísticamente no existen diferencias significativas con el alcohol ($t= -1.86$; $p= .066$) y tabaco ($t= -.084$; $p= .933$). Estos resultados son contrarios al estudio de Torres (2015) donde se encontró que el sexo es una variable de riesgo para el consumo alcohol y tabaco. Por

otro lado, se identificó que los hombres presentan mayor consumo de alcohol y tabaco que las mujeres, resultados que concuerdan con el estudio de Torres (2015), y Cruz, Ramírez, Pérez, & Martínez (2017). Al respecto Betancourth, Tácan, & Cordoba (2017) afirman que las mujeres no presentan un consumo elevado de sustancias, porque tienen una mayor percepción sobre el riesgo que producen estas sustancias (p. 45).

Finalmente, en relación al consumo de alcohol y tabaco con el estado civil, estadísticamente no se encontró una relación significativa entre las variables, alcohol ($f= 1.438$; $p= .243$) y tabaco ($f= .061$; $p= .941$), sin embargo, los estudiantes solteros presenta mayor riesgo de consumo que los casados o con pareja; realizando una comparación con el estudio de Torres (2015), donde el consumo de tabaco como alcohol, prevalece tanto en los estudiantes solteros, casados y con otro tipo de estado civil; nuestro resultados difieren, en que los casados y los con pareja, no consumen ninguna sustancias. Así mismo, analizando la relación estadística de las variables según Torres (2015) el alcohol tiene una correlación significativa con el estado civil, específicamente el estado civil soltero, contrario a lo encontrado en este estudio. En este sentido, podemos mencionar que el ser casado o tener una pareja no necesariamente constituye un factor de riesgo para la presencia del consumo de sustancias, en los estudiantes universitarios.

CONCLUSIONES

La salud mental equilibrada es un factor indispensable para un adecuado desarrollo, afrontamiento y adaptación de los estudiantes que ingresan por primera vez a la universidad.

La ansiedad, depresión y consumo de sustancias, como problemáticas de salud mental pueden originar diversas dificultades, psicológicas, emocionales y cognitivas, en los estudiantes de primer ingreso, lo cual generaría diversos conflictos en el proceso de adaptación, a esta nueva etapa y en el cumplimiento de sus metas académicas, o proyectos personales.

En relación a las características sociodemográficas de la muestra, la mayor parte de los estudiantes son de sexo femenino, de estado civil soltero y con una media de edad de 19 años; estas características concuerdan con los perfiles sociodemográficos apreciados en la literatura, con respecto a los estudiantes de primer ingreso a la universidad.

En función de la prevalencia, se encontró que el 4.4% consume tabaco, el 14.4% presenta depresión, el 16.7% ansiedad y el 77.7% consume alcohol. En concordancia con la literatura la ansiedad y la depresión, ha aumentado con el tiempo y el consumo de alcohol es mayor al consumo de tabaco, en los estudiantes de primer ingreso.

En concordancia con las variables sociodemográficas, no se encontró que la edad, sexo y estado civil, presenten alguna relación estadísticamente significativa con la ansiedad, depresión y consumo de sustancias (alcohol y tabaco) en los estudiantes de primer ingreso.

RECOMENDACIONES

Es fundamental que las universidades del país promuevan programas de promoción y prevención de problemáticas en salud mental en sus estudiantes, en especial en los de primer ingreso, dado que son los más vulnerables por la etapa de desarrollo en la que se encuentran atravesando.

Así mismo, se recomienda a los integrantes del Departamento de Bienestar Estudiantil, brindar talleres de fortalecimiento de las habilidades sociales como también de estrategias de afrontamiento, para que el estudiante, en especial de primer ingreso pueda adaptarse satisfactoriamente a la etapa universitaria.

Igualmente, se recomienda al Departamento de Psicología realizar más estudios con muestras numerosas y representativas, que permitan conocer la relación de estas problemáticas con otras variables y así dar respuesta al malestar psicológico, en los estudiantes de primer ingreso.

De igual forma, se recomienda a las universidades crear una red de apoyo psicológico y médico para intervenir en aquellos casos donde existe un consumo dependiente de alcohol y tabaco; así como también, realizar programas de intervención para evitar el consumo problemático de estas sustancias.

BIBLIOGRAFÍA

- Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20–29.
- Ariza, C., García, X., Villalbí, J., Sánchez, F., Pérez, A., & Nebot, M. (2014). Consumo de tabaco de los adolescentes en Barcelona y tendencias a lo largo de 20 años. *Gaceta Sanitaria*, 28(1), 25-33.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Monteiro, M.G. (2001). Audit. The Alcohol Use Disorders identification Test. World Health Organization.
- Barraza, R. J., Muñoz, N. A., & Behrens, C. C. (2017). Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55(1), 18-25.
- Barraza, R., Muñoz, N., Alfaro, M., Álvarez, A., Araya, V., Villagra, J., & Contreras, A. (2015). Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermería. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(4), 251-260.
- Betancourth, S Tácan, L., & Cordoba, P. (2017). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos: Alcohol consumption in Colombian university students. *Rev Univ. Salud*, 19(1), 37–50.
- Bogowicz, P., Ferguson, J., Gilvarry, E., Kamali, F., Kaner, E., & Newbury-Birch, D. (2018). Alcohol and other substance use among medical and law students at a UK university: A cross-sectional questionnaire survey. *Postgraduate Medical Journal*, 94(1109), 131–136.
- Borrás, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 05-07.
- Castellanos, P., y Londoño, C. (2017). Identidad de consumo y riesgo percibido en fumadores adolescentes universitarios. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 9(1), 11–30.
- Ceballos, G., Suarez, Y., Suescún, J., Gamarra, L., González, K., & Sotelo, A. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. Duazary. *Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, 12(1), 15-22.

- Cheung, T., Wong, S., Wong, K., Law, L., Ng, K., Tong, M., Yip, P. (2016). Depression, anxiety and symptoms of stress among baccalaureate nursing students in hong kong: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(8), 1-25.
- Corvalán, B., & Paz, M. (2017). El tabaquismo: una adicción. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(3), 186-189.
- Cruz, Z. G., Ramírez, P. L., Pérez, M. N., & Martínez, S. P. (2017). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes universitarios. *RESPYN Revista de Salud Pública y Nutrición*, 16(4), 1-9.
- Dávila, A., Ruiz, R., Moncada, L., & Gallardo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*, 20(2).
- Devore, J. L. (2012). *Probabilidad y estadística para ingenierías y ciencias*. Cengage Learning Editores
- Fagerstrom, K.O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3(34), 235–241.
- Fiestas, F., & Piazza, M. (2014). Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31,(1), 39-47.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2011). *La adolescencia*. Retrieved from: https://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf.
- Fuente, J. & Heinze, G. (2012). *Salud mental y medicina psicológica*. México: Mc Graw Hill.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443.
- Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, (26). 161-75.

- Gutiérrez, J. A., Montoya, L. P., Toro, B. E., Briñón, M. A., Rosas, E., & Salazar, L. E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Medicina*, 24(1), 7-17
- Heatherston, T.F., Kozlowski, L. T., Frecker, R.C., Fagerström, K.O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología científica*. Sexta edición. México: Editorial McGraw Hill.
- Iglesias, J. L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*, 17(2), 88-93.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2015). Estadística de Instituciones de Educación Superior. Retrieved from: <http://www.senescyt.gob.ec/visorgeografico/>.
- Jorquera, F., Marillanca, A., & Loyola, K. (2015). *Salud mental e ingreso al ambiente universitario: una aproximación a los significados de estudiantes de primer año de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso* (Doctoral dissertation). Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.
- Kail, R., & Cavanaugh, J. (2015). *Desarrollo humano una perspectiva del ciclo vital*. 5ta edición. México: Cengage Learning.
- Kriston, L., Hölzel, L., Weiser, A.K., et al. (2008). Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use?. *Annals of Internal Medicine*, 149(12), 879-888.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621.
- López, M., Villar, L., & Gherardi, C. (2011). Consumo de drogas lícitas en estudiantes de enfermería de una universidad privada en Bogotá, Colombia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(spe), 707-713.
- Mahroon, Z. A., Borgan, S. M., Kamel, C., Maddison, W., Royston, M., & Donnellan, C. (2018). Factors associated with depression and anxiety symptoms among medical students in Bahrain. *Academic Psychiatry*, 42(1), 31-40.

- Mantilla, S. C., Villamizar, C. E., & Peltzer, K. (2016). Consumo de alcohol, tabaquismo y características sociodemográficas en estudiantes universitarios. *Universidad y Salud*, 18(1), 7.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-5]*. (2014). 5ta edición. España: Editorial Médica Panamericana.
- Martínez, M. (Ed.). (2012), *Adolescencia aprendizaje y personalidad*. España: Editorial Sello Editorial
- Mezquita, L., Stewart, S., Kuntsche, E., & Grant, V. (2016). Estudio transcultural del modelo de cinco factores de motivos de consumo de alcohol en universitarios españoles y canadienses. *Adicciones*, 28(4), 215-220.
- Micin, S., & Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Terapia psicológica*, 29(1), 53-64.
- Ministerio de Educación del Ecuador [AMIE]. (2016). *Estadística Educativa: Reporte de Indicadores*. Retrieved from: https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/01/Publicaciones/PUB_EstadisticaEducativa_Vol1_mar2015.pdf.
- Montesó, P., Ferré, C., Lleixa, M., Albacar, N., Espuny, C., & Rovira, U. (2011). Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres. *Zaragoza*, 6(16), 1–6.
- Moreno, K. (Coord.).(2013). *Niños, adolescentes y adicciones*. México: Trillas
- Organización de los Estados Americanos [OEA] (2013). *El Problema de las Drogas en las Américas: Estudios*. Retrieved from: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Retrieved from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017a). *Día mundial de la salud: la salud mental en el lugar de trabajo*. Retrieved from: http://www.who.int/mental_health/es/

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (s/f). *Desarrollo en la adolescencia*. Retrieved from:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (04/2016). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Retrieved from:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013a). *Salud mental: un estado de bienestar*. Retrieved from:
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013b). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Retrieved from:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Alcohol*. Retrieved from:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017b). *Depresión*. Retrieved from:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017c). *Tabaco*. Retrieved from:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>.
- Palian, N. F., Rojas, Y. P., & Gonzales, W. G. (2016). Depresión e ideación suicida en los adolescentes de una Institución Educativa Pública del distrito de Chongos Bajo-Perú 2014. *Ágora Revista Científica*, 3(1), 265-274.
- Papalia, D. Duskin. R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. 12va edición. México: Ediciones McGraw-Hill.
- Pérez, C., Bonnefoy, C., Cabrera, A., Peine, S., Abarca, K., Baqueano-Rodríguez, M., & Jiménez, J. (2012). Problemas de salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción, Chile. *Anales de psicología*, 28(3).
- Pulido, J., Indave, B. I., Colell, E., Ruiz, M., Bartroli, M., & Barrio, G. (2014). Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 493-513.
- Real Academia Española [RAE]. (2014). *Diccionario de la lengua española*. (23.a ed.). Retrieved from: <http://www.rae.es/>.

- Real Academia Española [RAE]. (2017). *Diccionario de español jurídico*. Retrieved from: <http://www.rae.es/>.
- Rosas, F. J., Siliceo, J. I., Tello, M. A. J., Temores, M. G., & Martínez, A. A. (2016). Ansiedad, Depresión y Modos de Afrontamiento en Estudiantes Pre Universitarios. *Salud y Administración*, 3 (7), 3-9.
- Sarasa, A., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guitart, A. M., & Barrio, G. (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista española de salud pública*, 88(4), 469-491.
- Sosa, M. I. (2015). Dejar de fumar: un objetivo posible. *Revista argentina de cardiología*, 83(1), 101-101.
- Stassen, K. (2016). *Psicología del desarrollo infancia y adolescencia*. 9na edición. España: Medica Panamericana.
- Telumbre, J. Y., Esparza, S. E., Alonso, B. A., & Alonso, M. T. de J. (2015). Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de enfermería. *Enfermería Actual de Costa Rica*, 30, 1–16.
- Torres, C. (2015). *Salud mental en estudiantes universitarios ecuatorianos*. (Tesis Doctoral). Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Vaca, S., Bustamante, B., Jiménez, M., Ruisoto, P., & Pineda, N. (2015). Identificación de la Distribución del Consumo Problemático y Otros Indicadores de Salud Mental en una Comunidad Universitaria del Ecuador – Estudio Piloto del CONSEP. EDILOJA. Loja-Ecuador.
- Vázquez, M., Muñoz, M., Fierro, A., Alfaro, M., Rodríguez, M., & Rodríguez, L. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Pediatría Atención Primaria*, 16(62), 125-134.
- Vergara, K. A., Cárdenas, S. D., & Martínez, F. G. (2013). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 173-181.
- Vicario, H. H., & Fierro, M. G. (2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(01), 42-46.

- Villacura, L., Irarrázabal, N., & López, I. (2017). Evaluation of depressive and anxiety symptomatology in medical students at the University of Chile. *Mental Health & Prevention, 7*, 45-49
- Wahed, W. Y., & Hassan, S. K. (2017). Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among medical Fayoum University students. *Alexandria Journal of Medicine, 53*(1), 77–84.
- Wingenfeld, K., Schneider, A., & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders, 122*, 86–95.
- Wörfel, F., Gusy, B., Lohmann, K., Töpritz, K., & Kleiber, D. (2016). Mental health problems among university students and the impact of structural conditions. *Journal of Public Health, 24*(2), 125-133

ANEXOS

Anexo1: Encuesta Sociodemográfica

Variables sociodemográficas

Marque con una X según corresponda.

1. Sexo

- Masculino
- Femenino

2. Edad:(años)

3. Estado civil

- Solero o nunca casado
- Casado
- Separado/ Divorciado
- Viudo/a
- Pareja de hecho

Anexo2. Patient Questionnaire (PHQ-4)

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1. ¿Con qué frecuencia en las últimas dos semanas te has sentido nervioso, ansioso o al límite?	0	1	2	3
1. ¿Con qué frecuencia en las últimas dos semanas te has sentido incapaz de parar o controlar tus preocupaciones?	0	1	2	3
2. ¿Con qué frecuencia en las últimas dos semanas has sentido poco interés o placer al hacer cosas?	0	1	2	3
3. ¿Con qué frecuencia en las últimas dos semanas te has sentido decaído, deprimido o desesperanzado?	0	1	2	3

Anexo 3: Alcohol Use Disorders Identification Test: Self- Report Version (AUDIT – C)

- 1. En el último año ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida que contenga alcohol (cerveza, cocktails, etc.)?**
 - a. Nunca
 - b. Una vez al mes o menos
 - c. 2 a 4 veces al mes
 - d. 2 o 3 veces a la semana
 - e. 4 o más veces a la semana
- 2. En el último año ¿Cuántas bebidas (vasos) con alcohol consume en un día típico cuando bebe?**
 - a. 2 o menos
 - b. 3 o 4
 - c. 5 o 6
 - d. 7 o 9
 - e. 10 o más
- 3. En el último año ¿Con qué frecuencia consume 6 o más bebidas (vasos) con alcohol en una ocasión?**
 - a. Nunca
 - b. Menos de una vez/mes
 - c. Mensualmente
 - d. Semanalmente
 - e. A diario o casi a diario
- 4. En el último año ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez de haber empezado?**
 - a. Nunca
 - b. Menos de una vez/mes
 - c. Mensualmente
 - d. Semanalmente
 - e. A diario o casi a diario
- 5. En el último año ¿Con qué frecuencia no logró lo que se esperaba de usted por la bebida?**
 - a. Nunca
 - b. Menos de una vez/mes
 - c. Mensualmente
 - d. Semanalmente

- e. A diario o casi a diario
- 6. En el último año ¿Con qué frecuencia ha consumido bebidas con alcohol al levantarse para aguantar el día, después de embriagarse el día anterior?**
- a. Nunca
 - b. Menos de una vez/mes
 - c. Mensualmente
 - d. Semanalmente
 - e. A diario o casi a diario
- 7. En el último año ¿Con qué frecuencia se ha sentido culpable por beber?**
- a. Nunca
 - b. Menos de una vez/mes
 - c. Mensualmente
 - d. Semanalmente
 - e. A diario o casi a diario
- 8. En el último año ¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior por su consumo de alcohol?**
- a. Nunca
 - b. Menos de una vez/mes
 - c. Mensualmente
 - d. Semanalmente
 - e. A diario o casi a diario
- 9. ¿Usted o alguna otra persona ha sufrido lesiones como resultado de su consumo de alcohol?**
- a. No
 - b. Sí, pero no en el curso del último año
 - c. Sí, en el último año
- 10. ¿A algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario le ha preocupado su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que reduzca su consumo?**
- a. No
 - b. Sí, pero no en el curso del último año
 - c. Sí, en el último año

Anexo 4: Test de Fagerström

- 1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?**

- Más de 30
 - De 21 a 30
 - De 11 a 20
 - Menos de 11
 - No fumo
- 2. ¿Fuma más durante la mañana que durante el resto del día?**
- Si
 - No
 - No fumo
- 3. ¿Cuánto tiempo pasa después de despertarse antes de fumar su primer cigarrillo?**
- Menos de 5 minutos
 - 6-30 minutos
 - Más de 60 minutos
 - No fumo
- 4. ¿Qué cigarrillo de los que fuma durante el día le costaría más dejar de fumar?**
- El primero
 - Otros
 - No fumo
- 5. ¿Le resulta difícil controlarse para no fumar en los lugares donde está prohibido (por ejemplo, en la iglesia, biblioteca cine...)?**
- Sí
 - No
 - No fumo
- 6. ¿Fuma, aunque esté tan enfermo que tenga que estar en la cama la mayor parte del día?**
- Sí
 - No