

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación



SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

ECUATORIANOS

TESIS DOCTORAL

Autora: Claudia Torres Montesinos

Directores: Profa. Dra. Olga Díaz Fernández

Prof. Dr. Fernando L. Vázquez González

Santiago de Compostela, 2015

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación



SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

ECUATORIANOS

TESIS DOCTORAL

Autora: Claudia Torres Montesinos

Directores: Profa. Dra. Olga Díaz Fernández

Prof. Dr. Fernando L. Vázquez González

Santiago de Compostela, 2015

AUTORIZACIÓN DE LOS DIRECTORES DE TESIS Y DE LA TUTORA

Dña. Rosa María Rivas Torres, profesora del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, como Tutora, D. Fernando Lino Vázquez González y Dña. Olga Díaz Fernández, profesores del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, como Directores de la Tesis de Doctorado titulada **“SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS ECUATORIANOS”**, presentada por Dña. Claudia Torres Montesinos, alumna del Programa de Doctorado *“Desarrollo Psicológico, Familia, Educación e Intervención”*:

Autorizan la presentación de la tesis indicada, considerando que reúne los requisitos exigidos en el artículo 34 del reglamento de Estudios de Doctorado y que como directores de la misma no incurre en las causas de abstención establecidas en la ley 30/1992.

Fdo. Dr. Fernando L. Vázquez

Fdo. Dra. Olga Díaz Fernández

Fdo. Dra. Rosa María Rivas

RESUMEN

Uno de los grupos de mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales es el constituido por los estudiantes universitarios. El objetivo de este estudio fue determinar la salud mental y sus factores asociados en los estudiantes universitarios de primer ciclo de la Universidad Técnica Particular de Loja. Se seleccionó una muestra 1092 estudiantes (53.7% mujeres; media de edad de 18.3 años). A través de distintos instrumentos se recopiló información sobre las características sociodemográficas, académicas y clínicas, y sobre su salud mental. Se determinó una prevalencia de 6.2% para el episodio depresivo mayor, 2.2% para el trastorno de pánico, 32.0% para los trastornos alimentarios, 13.1% para el riesgo suicida, 36.7% para el consumo de cigarrillos en los últimos 30 días y un 74.2% para el consumo de alcohol en los últimos 30 días. Entre las variables asociadas a estos trastornos se encontraron el sexo, la edad, el estado civil, los ingresos mensuales familiares, el área de conocimiento, la autoestima, el apoyo social, experimentar acontecimientos vitales estresantes, la personalidad y antecedentes de problemas psicológicos. Los resultados ponen en evidencia la necesidad de realizar programas de prevención e intervención en este grupo de jóvenes.

Palabras clave: universitarios, depresión, trastorno de pánico, trastornos alimentarios, riesgo suicida, consumo de sustancias

ABSTRACT

University students can be considered as one of the groups at more risk of developing mental disorders. The aim of this study was to determine the mental health and its associated factors in freshmen university students at Universidad Técnica Particular de Loja. A sample of 1092 students (53.7% women; mean age = 18.3 years) was selected. Information related to socio-demographic, academic, and clinical characteristics was gathered through different instruments, as well as information on the participants' mental health. The data showed a 6.2% prevalence of depressive episodes, 2.2% for panic disorder; 32.0% for eating disorders, 13.1% for suicidal risk, 36.7% for cigarette consumption in the last 30 days and 74.2% for alcohol consumption in the last 30 days. Some of the variables associated to these disorders were gender, age, marital status, family monthly incomes, education, and self-esteem, social support, experiencing stressful life events, personality and background of psychological problems. The results show the need to carry out specific preventive programs as well as intervention actions aimed at this group of young people.

Key words: university students, depression, panic disorder, eating disorders, suicidal risk, substance use

A las personas que han sido mi apoyo.

∞



AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud a la Universidad Técnica Particular de Loja por darme la oportunidad de crecer en mi formación humana y profesional, a sus autoridades y todas las personas que como parte de esta prestigiosa Institución Educativa hicieron posible mi trabajo de investigación.

A la Universidad Santiago de Compostela por brindarme su acogida y así poder cumplir con esta gran meta de formación académica.

Mi especial agradecimiento y gratitud al Dr. Fernando Vázquez Gonzáles y Dra. Olga Díaz Fernández, que han sido un puntal esencial en este proceso, brindándome su apoyo incondicional durante toda la formación académica. Gracias por sus conocimientos, su tiempo, paciencia, generosidad y sobretodo su calidad humana.

A todas las personas que con su apoyo han hecho de este camino un andar más llevadero.

INDICE DE CONTENIDO

PARTE TEÓRICA	
I. INTRODUCCIÓN	
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	1
2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN	3
2.1. <i>Clínica de la depresión</i>	3
2.2. <i>Curso de la depresión</i>	7
2.3. <i>Epidemiología de la depresión</i>	9
2.4. <i>Factores de riesgo asociados a la depresión</i>	15
2.5. <i>Comorbilidad de la depresión</i>	20
3. CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO DE PÁNICO	23
3.1. <i>Clínica del trastorno de pánico</i>	23
3.2. <i>Curso del trastorno de pánico</i>	27
3.3. <i>Epidemiología del trastorno de pánico</i>	29
3.4. <i>Factores de riesgo asociados al trastorno de pánico</i>	31
3.5. <i>Comorbilidad del trastorno de pánico</i>	35
4. CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS	37
4.1. <i>Clínica de los trastornos alimentarios</i>	37
4.2. <i>Curso de los trastornos alimentarios</i>	42
4.3. <i>Epidemiología de los trastornos alimentarios</i>	44
4.4. <i>Factores de riesgo asociados a los trastornos alimentarios</i>	46
4.5. <i>Comorbilidad de los trastornos alimentarios</i>	50
5. CONTEXTUALIZACIÓN DEL SUICIDIO	52
5.1. <i>Clínica del suicidio</i>	52
5.2. <i>Curso del suicidio</i>	55
5.3. <i>Epidemiología del suicidio</i>	58
5.4. <i>Factores de riesgo asociados al suicidio</i>	61
5.5. <i>Comorbilidad del suicidio</i>	65

6. CONTEXTUALIZACIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS	67
6.1. <i>Clínica del consumo de sustancias</i>	67
6.2. <i>Curso del consumo de sustancias</i>	71
6.3. <i>Epidemiología del consumo de sustancias</i>	74
6.4. <i>Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias</i>	77
6.5. <i>Comorbilidad del consumo de sustancias</i>	81
7. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	83
7.1. <i>Objetivo general</i>	83
7.2. <i>Objetivos específicos</i>	83
PARTE EMPÍRICA	
II. MÉTODO	
1. ÁMBITO DE ESTUDIO	86
2. DISEÑO	87
3. PARTICIPANTES	89
4. VARIABLES DEL ESTUDIO	90
4.1. <i>Variables predictoras</i>	90
4.2. <i>Variables de resultado</i>	90
5. INSTRUMENTOS	94
5.1. <i>Instrumentos de evaluación: variables predictoras</i>	94
5.1.1. <i>Sociodemográficas y académicas</i>	94
5.1.1.1. <i>Cuestionario de las características de los participantes</i>	94
5.1.2. <i>Clínicas</i>	94
5.1.2.1. <i>Escala de autoestima (Self-Esteem Scale [SES])</i>	96
5.1.2.2. <i>Escala multidimensional de apoyo social percibido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS])</i>	96
5.1.2.3. <i>Cuestionario de acontecimientos vitales estresantes</i>	97
5.1.2.4. <i>Cuestionario de personalidad de Eysenck revisado- abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A])</i>	97
5.2. <i>Instrumentos de evaluación: variables resultado</i>	98
5.2.1. <i>Cuestionario sobre la salud del paciente (Patient Health Questionnaire -9 [PHQ-9])</i> ..	98

5.2.2.	<i>Cuestionario sobre la salud del paciente - escala de ansiedad (Patient Health Questionnaire [PHQ-A])</i>	99
5.2.3.	<i>Cuestionario (Sick Control On Fast Food [SCOFF])</i>	100
5.2.4.	<i>Escala de suicidalidad (Suicidality Scale [SC])</i>	100
5.2.5.	<i>Cuestionario de consumo de sustancias</i>	101
6.	PROCEDIMIENTO	102
7.	ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS	105
III.	RESULTADOS	
1.	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	109
1.1.	<i>Características sociodemográficas</i>	109
1.1.1.	<i>Sexo</i>	109
1.1.2.	<i>Edad</i>	109
1.1.3.	<i>Estado civil</i>	109
1.1.4.	<i>Etnia</i>	110
1.1.5.	<i>Ingresos mensuales familiares</i>	110
1.1.6.	<i>Estado laboral</i>	110
1.2.	<i>Características académicas</i>	112
1.2.1.	<i>Áreas de conocimiento</i>	112
1.3.	<i>Características clínicas</i>	113
1.3.1.	<i>Autoestima</i>	114
1.3.2.	<i>Apoyo social</i>	114
1.3.3.	<i>Acontecimientos vitales estresantes</i>	115
1.3.4.	<i>Personalidad</i>	115
1.3.5.	<i>Antecedes de problemas psicológicos</i>	117
2.	ANÁLISIS DE LA DEPRESIÓN	117
2.1.	<i>Relación entre las variables sociodemográficas/académicas y la depresión: análisis bivariante</i>	122
2.2.	<i>Relación entre las variables clínicas y la depresión: análisis bivariante</i>	125
2.3.	<i>Variables asociadas con la depresión: análisis multivariante</i>	129
3.	ANÁLISIS DEL TRASTORNO DE PÁNICO	131

3.1. Relación entre las variables sociodemográficas/académicas y el trastorno de pánico: análisis bivalente.....	135
3.2. Relación entre las variables clínicas y el trastorno de pánico: análisis bivalente	138
3.3. Variables asociadas con el trastorno de pánico: análisis multivariante.....	142
4. ANÁLISIS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS	144
4.1. Relación entre las variables sociodemográficas/académicas y los trastornos alimentarios: análisis bivalente	146
4.2. Relación entre las variables clínicas y los trastornos alimentarios: análisis bivalente	149
4.3. Variables asociadas con los trastornos alimentarios: análisis multivariante	154
5. ANÁLISIS DE SUICIDALIDAD	156
5.1. Relación entre las variables sociodemográficas/académicas y la suicidalidad: análisis bivalente.....	159
5.2. Variables clínicas y suicidalidad: análisis bivalente.....	162
5.3. Variables asociadas con la suicidalidad: análisis multivariante	167
6. ANÁLISIS DE CONSUMO ACTUAL DE CIGARRILLOS.....	169
6.1. Relación entre las variables sociodemográficas/académicas y consumo actual de cigarrillos: análisis bivalente	171
6.2. Variables clínicas y el consumo actual de cigarrillos: análisis bivalente	174
6.3. Variables asociadas con el consumo actual de cigarrillos: análisis multivariante.....	178
7. ANÁLISIS DEL CONSUMO ACTUAL DE ALCOHOL.....	181
7.1. Relación entre las variables sociodemográficas/académicas y el consumo actual de alcohol: análisis bivalente	183
7.2. Variables clínicas y el consumo actual de alcohol: análisis bivalente	186
7.3. Variables asociadas con el consumo actual de alcohol: análisis multivariante	190
IV. DISCUSIÓN	193
V. CONCLUSIONES.....
1. Perfil sociodemográfico, académico y clínico de la muestra	214
2. Prevalencia de trastornos mentales en los estudiantes	215
3. Variables sociodemográficas, académicas y clínicas asociadas a los trastornos mentales ..	215
VI. REFERENCIAS	217
VII. ANEXOS.....	274

ÍNDICE DE TABLAS

I. INTRODUCCIÓN

Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el episodio depresivo mayor	4
Tabla 2. Criterios diagnósticos CIE-10 para el episodio depresivo	6
Tabla 3. Criterios dimensionales para el curso de la depresión.....	7
Tabla 4. Estudios de prevalencia de la depresión en universitarios	13
Tabla 5. Estudios de factores de riesgo de depresión en universitarios	14
Tabla 6. Factores de riesgo para la depresión.....	15
Tabla 7. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de ataque de pánico.....	25
Tabla 8. Criterios diagnósticos CIE-10 para el trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).....	26
Tabla 9. Factores de riesgo asociados al trastorno de pánico según el DSM-5.....	31
Tabla 10. Criterios diagnósticos del DSM-5 para la anorexia nerviosa	39
Tabla 11. Criterios diagnósticos CIE-10 para la anorexia nerviosa	40
Tabla 12. Criterios diagnósticos del DSM-5 para la bulimia nerviosa.....	41
Tabla 13. Criterios diagnósticos CIE-10 para la bulimia nerviosa.....	42
Tabla 14. Factores de riesgo para la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa	46
Tabla 15. Comorbilidad de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa con otros desórdenes	51
Tabla 16. Terminología empleada para el suicidio.....	54
Tabla 17. Criterios diagnósticos para el trastorno de comportamiento suicida.....	55
Tabla 18. Factores de riesgo para el suicidio.....	62
Tabla 19. Sustancias según sus efectos sobre el sistema nervioso central (SNC).....	67
Tabla 20. Clasificación de los trastornos relacionados con sustancias según el DSM-5	69

Tabla 21. Criterios diagnósticos del CIE-10 para síndrome de dependencia	70
Tabla 22. Prevalencia anual del consumo de sustancias en EE UU	74
Tabla 23. Prevalencia anual de consumo de sustancias en Latinoamérica.....	75
Tabla 24. Factores de riesgo para el consumo de sustancias.....	77

II. MÉTODO

Tabla 1. Variables predictoras	91
Tabla 2. Variables de resultado	93
Tabla 3. Instrumentos de evaluación utilizados.....	95

III. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los estudiantes	110
Tabla 2. Carreras cursadas por los alumnos	113
Tabla 3. Medias y desviaciones típicas para las variables EPQR-A	116
Tabla 4. Porcentaje de participantes que respondieron a cada ítem de PHQ-9 en función de la frecuencia.....	119
Tabla 5. Variables sociodemográficas/académicas y depresión.....	124
Tabla 6. Antecedentes de problemas psicológicos y depresión.....	129
Tabla 7. Resultados del análisis multivariante y depresión.....	130
Tabla 8. Porcentaje de participantes en función de la categoría de respuesta del PHQ-A	132
Tabla 9. Porcentaje de participantes con síntomas de ansiedad en función de la categoría de respuesta del PHQ-A	132
Tabla 10. Variables sociodemográficas/académicas y trastorno de pánico.....	137
Tabla 11. Antecedentes de problemas psicológicos y trastorno de pánico	142

Tabla 12. Resultados del análisis multivariante en el trastorno de pánico	143
Tabla 13. Porcentaje de participantes que respondieron a los ítems del Cuestionario SCOFF	144
Tabla 14. Variables sociodemográficas/académicas y trastornos alimentarios.....	148
Tabla 15. Antecedentes de problemas psicológicos y trastornos alimentarios.....	154
Tabla 16. Resultados del análisis multivariante y trastornos alimentarios.....	155
Tabla 17. Porcentaje de participantes que respondieron a cada ítem en función de la frecuencia en la escala de suicidalidad	157
Tabla 18. Variables sociodemográficas/académicas y suicidalidad	161
Tabla 19. Antecedentes de problemas psicológicos y riesgo suicida	167
Tabla 20. Resultados del análisis multivariante y riesgo suicida	168
Tabla 21. Consumo actual de cigarrillos en función de las variables sociodemográficas/académicas.....	173
Tabla 22. Antecedentes de problemas psicológicos y consumo actual de cigarrillos	178
Tabla 23. Análisis multivariante: asociación entre las variables y el consumo actual de cigarrillos	180
Tabla 24. Consumo actual de alcohol en función de las variables sociodemográficas/académicas.....	185
Tabla 25. Antecedentes de problemas psicológicos y consumo actual de alcohol.....	190
Tabla 26. Análisis multivariante: asociación entre las variables y el consumo actual de alcohol	192

ÍNDICE DE FIGURAS

I. INTRODUCCIÓN

Figura 1. Tasa de depresión en Ecuador por cada 100 000 de habitantes	10
Figura 2. Manifestaciones de la ansiedad	24
Figura 3. Prevalencia del trastorno de pánico en Latinoamérica e hispanos en EE UU	30
Figura 4. Comorbilidad del trastorno de pánico y otros trastornos psiquiátricos.....	36
Figura 5. Trayectoria suicida	57
Figura 6. Tasas de prevalencia de suicidio en Hispanoamérica	61
Figura 7. Tasa de suicidios en jóvenes entre 15 a 24 años según el sexo.....	63

II. MÉTODO

Figura 1. Diagrama de flujo de los participantes del estudio	88
--	----

III. RESULTADOS

Figura 1. Porcentajes de estudiantes según las áreas de conocimiento	112
Figura 2. Porcentaje de apoyo social reportado por los estudiantes universitarios en la escala MSPSS	114
Figura 3. Porcentaje de acontecimientos vitales estresantes en los últimos 12 meses	115
Figura 4. Porcentajes obtenidos por los estudiantes en las distintas subescalas del EPQR-A	116

Figura 5. Porcentajes obtenidos en respuesta a los antecedentes de problemas psicológicos	117
Figura 6. Porcentajes de intensidad de la sintomatología depresiva, reportada por los estudiantes en el PHQ-9	121
Figura 7. Prevalencia de depresión mayor reportada por los estudiantes en el PHQ-9.....	121
Figura 8. Depresión y autoestima	125
Figura 9. Depresión y apoyo social	126
Figura 10. Depresión y acontecimiento vitales	126
Figura 11. Depresión y neuroticismo	127
Figura 12. Depresión y extraversión.....	127
Figura 13. Depresión y psicoticismo	128
Figura 14. Porcentaje de participantes en función del número de síntomas de ansiedad experimentados (síntomas fisiológicos)	134
Figura 15. Porcentaje de participantes con trastorno de pánico	134
Figura 16. Trastorno de pánico y autoestima	138
Figura 17. Trastorno de pánico y apoyo social.....	139
Figura 18. Trastorno de pánico y acontecimientos vitales	139
Figura 19. Trastorno de pánico y neuroticismo	140
Figura 20. Trastorno de pánico y extraversión	140
Figura 21. Trastorno de pánico y psicoticismo.....	141
Figura 22. Porcentaje de participantes en relación a su puntuación total en el SCOFF....	145
Figura 23. Porcentaje de posibles casos de trastornos alimentarios	146
Figura 24. Trastornos alimentarios y autoestima.....	150
Figura 25. Trastornos alimentarios y apoyo social.....	150
Figura 26. Trastornos alimentarios y acontecimientos vitales	151

Figura 27. Trastornos alimentarios y neuroticismo	152
Figura 28. Trastornos alimentarios y extraversión	152
Figura 29. Trastornos alimentarios y psicoticismo.....	153
Figura 30. Puntuación total en suicidalidad.....	158
Figura 31. Participantes con riesgo de suicidio	159
Figura 32. Riesgo suicida y autoestima	163
Figura 33. Riesgo suicida y apoyo social	163
Figura 34. Riesgo suicida y acontecimientos vitales.....	164
Figura 35. Riesgo suicida y neuroticismo	165
Figura 36. Riesgo suicida y extraversión.....	165
Figura 37. Riesgo suicida y psicoticismo	166
Figura 38. Porcentaje de frecuencia con la que los participantes contestaron a la pregunta ¿En cuántas ocasiones en los últimos 30 días has fumado cigarrillos?.....	170
Figura 39. Porcentaje de frecuencia con la que los participantes contestaron a la pregunta ¿Con qué frecuencia en los últimos 30 días has fumado cigarrillos?.....	170
Figura 40. Consumo actual de cigarrillos y autoestima.....	174
Figura 41. Consumo actual de cigarrillos y apoyo social.....	175
Figura 42. Consumo actual de cigarrillos y acontecimientos vitales	175
Figura 43. Consumo actual de cigarrillos y neuroticismo	176
Figura 44. Consumo actual de cigarrillos y extraversión	177
Figura 45. Consumo actual de cigarrillos y psicoticismo.....	177
Figura 46. Porcentaje de frecuencia con la que los participantes contestaron la pregunta ¿En cuántas ocasiones en los últimos 30 días ha tomado una bebida alcohólica?	182
Figura 47. Porcentaje de frecuencia con la que los participantes contestaron a la pregunta ¿Con qué frecuencia en los últimos 30 días ha tomado bebidas alcohólicas?.....	182

Figura 48. Consumo actual de alcohol y autoestima	186
Figura 49. Consumo actual de alcohol y apoyo social	187
Figura 50. Consumo actual de alcohol y acontecimientos vitales.....	187
Figura 51. Consumo actual de alcohol y neuroticismo	188
Figura 52. Consumo actual de alcohol y extraversión.....	189
Figura 53. Consumo actual de alcohol y psicoticismo	189



PARTE TEÓRICA



I. INTRODUCCIÓN



1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

La salud mental es un tema de vital importancia a nivel mundial y en nuestro país también ha ido adquiriendo relevancia en los últimos años. Aunque este tema se puede estudiar a lo largo de la vida, existen etapas del desarrollo con mayor vulnerabilidad, así el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef] (2011) estima que el 20% de los adolescentes en todo el mundo tiene problemas asociados a la salud mental. Uno de los grupos de mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales es el constituido por los estudiantes universitarios, que en la actualidad representan una proporción muy significativa de su grupo de edad en muchos países. El inicio de un número considerable de esos desórdenes ocurre típicamente en el rango de edades de los universitarios (Tosevski, Milovancevic y Gajic, 2010; Verger et al., 2009). De aquí nace la importancia del presente estudio, cuyo objetivo fue *determinar la salud mental y los factores asociados en los estudiantes universitarios de primer ciclo de la Universidad Técnica Particular de Loja – Ecuador (UTPL)*.

El presente trabajo está dividido en seis apartados principales: introducción, método, resultados, discusión, conclusiones y referencias. En *la sección Introducción* se aborda la clínica, curso, epidemiología, factores de riesgo y comorbilidad de los trastornos y problemas psicológicos con mayor relevancia en la población universitaria: depresión, trastorno de pánico, trastornos alimentarios, suicidalidad y consumo de sustancias. Además en este apartado se señala el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación.

En la sección *Método* se abordan cuestiones relativas al ámbito del estudio, diseño, participantes, la definición de variables, instrumentos utilizados para recolectar la información sociodemográfica, académica y clínica de los participantes, el procedimiento y la estrategia de análisis de datos.

En el apartado de *Resultados* se realiza una descripción detallada de las características sociodemográficas, académicas y clínicas de los participantes. Además, se detallan las prevalencias de la depresión, trastorno de pánico, trastornos alimentarios, suicidalidad y consumo de sustancias. Y se explican las diferentes variables asociadas a los mismos.

En la sección de *Discusión* se interpretan los resultados hallados comparándolos con los resultados de otros trabajos relacionados con la temática investigada, se abordan las limitaciones del estudio, sus implicaciones y se proponen futuras vías de investigación.

En el quinto apartado, *Conclusiones*, se exponen las principales conclusiones de la presente investigación. Por último, en la sección *Referencias* se incluyen todas las publicaciones que han servido de apoyo para el desarrollo del presente estudio.

2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN

2.1. Clínica de la depresión

La depresión se caracteriza por la presencia de una serie de manifestaciones conductuales, cognitivas, emocionales, motivacionales y somáticas (Barlow y Durand, 2011; Ortiz, 2013; Sadock y Sadock, 2005). En la esfera conductual se pueden observar manifestaciones como llanto, clinofilia, inhibición o agitación psicomotriz, mutismo, conductas evitativas ante tareas cotidianas, aislamiento social, falta de autocuidado y aseo personal o conductas suicidas. A nivel cognitivo, se manifiestan fallas de concentración y memoria, curso lento del pensamiento, rumiaciones, dificultad para tomar decisiones, pensamientos de contenido negativo, ideas de muerte, creencias disfuncionales, estilo atribucional disfuncional, etc. A nivel emocional, pueden aparecer síntomas como tristeza vital, desamparo, desesperanza, autodesprecio, culpa, frustración, fracaso, vacío, vergüenza, irritación o aburrimiento. A nivel motivacional, anhedonia, apatía o indiferencia, desinterés, falta de fuerza de voluntad, etc. Y, en la esfera somática, pueden surgir alteraciones de sueño, alteraciones del apetito y del peso, disminución del deseo sexual, cansancio, molestias físicas (cefaleas y mialgias, principalmente), estreñimiento, sequedad de boca, etc. La amplitud y gravedad de los síntomas varía de individuo a individuo y a lo largo del tiempo.

Para realizar su diagnóstico, los criterios más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los recogidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM), y en la Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento de la

Organización Mundial de la Salud (OMS) (Evans et al., 2013; Vázquez, Sánchez y Romero, 2011).

De acuerdo con la quinta revisión de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013/2014), el diagnóstico de un episodio depresivo mayor se establece por la presencia de al menos cinco de los nueve síntomas listados, siendo al menos uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de placer en las actividades. Además, se requiere que los síntomas se mantengan durante al menos dos semanas, y que provoquen un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona (ver Tabla 1).

Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el episodio depresivo mayor

Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para el aumento de peso esperado).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).

Tabla 1.

(Continuación)

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerado cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica

Nota. Adaptado de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013/2014).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992), para establecer un diagnóstico de episodio depresivo es necesario que el paciente presente, al menos durante dos semanas (aunque se pueden aceptar períodos más cortos si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco), dos de tres síntomas nucleares, que son: (a) caída del estado de ánimo hasta un

punto anormal en el sujeto; (b) disminución de la energía; y (c) pérdida de interés o de disfrute en las actividades que normalmente son placenteras. Para confirmar el diagnóstico de trastorno depresivo también es necesaria la presencia de otros síntomas (ver Tabla 2). La CIE-10 contiene distintas especificaciones de gravedad. Un episodio depresivo leve reúne un total de cuatro síntomas; un episodio moderado, al menos seis; en tanto que el umbral de la depresión grave lo constituyen ocho síntomas, incluidos los tres síntomas nucleares.

Tabla 2. Criterios diagnósticos CIE-10 para el episodio depresivo

A. Humor depresivo
B. Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas
C. Disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.
Otras manifestaciones:
a. Disminución de la atención y concentración
b. Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
c. Ideas de culpa y de ser inútil
d. Perspectiva sombría del futuro
e. Pensamientos o actos suicidas o autoagresiones
f. Trastornos del sueño
g. Pérdida del apetito

Nota. Adaptado de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992).

Aún cuando los criterios de diagnóstico para un trastorno depresivo no se cumplan, la presencia de síntomas depresivos significativos puede causar un importante malestar. Para referirse a esos síntomas se suele utilizar el término de *depresión subclínica*, aunque a veces también se utilizan los términos trastorno depresivo menor y depresión subsindrómica. El *trastorno depresivo menor* se caracteriza por la presencia de menos síntomas (entre dos y cinco) y un menor deterioro global que el trastorno depresivo mayor (Keller, Hanks y Klein, 1996). Se define por la presencia de un estado de ánimo triste o

deprimido, o una pérdida del interés o placer ante prácticamente cualquier actividad. En el inicio del episodio aparecen síntomas nuevos, o que representan un claro empeoramiento respecto al estado previo; en el transcurso del episodio, las alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes de la actividad del individuo, o bien el mantenimiento del rendimiento normal se consigue a costa de un esfuerzo compensatorio significativo. La *depresión subsindrómica* se refiere a la forma clínica en la que están presentes dos o más síntomas de depresión, de al menos dos semanas de duración, asociados a evidencia de disfunción social, y que ocurre en sujetos que no reúnen los criterios diagnósticos de depresión menor, depresión mayor, o distimia (Judd, Rapaport, Paulus y Brown, 1994).

2.2. Curso de la depresión

En las dos últimas décadas la comprensión sobre el curso de la depresión ha aumentado. Se han consensuado una serie de criterios (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000/2002; Boland y Keller, 2009; Frank, Kupfer, Wagner, McEachran y Comes, 1991) que pueden orientar al clínico y al investigador sobre el cambio en el estado clínico de una persona con depresión, en los que se combinan tanto elementos dimensionales como categoriales (ver Tabla 3).

Tabla 3. Criterios dimensionales para el curso de la depresión

Curso	Características
Remisión parcial	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas menores (no cumplen los criterios diagnósticos) pero todavía presentes. • Han transcurrido menos de dos meses desde el episodio.
Remisión total	<ul style="list-style-type: none"> • Cese de síntomas significativos durante al menos los dos últimos meses.

Tabla 3.

(Continuación)

Curso	Características
Recuperación	<ul style="list-style-type: none">• Remisión mantenida durante más de seis meses.• Retorno al funcionamiento normal.
Recaída	<ul style="list-style-type: none">• Reaparición de la sintomatología durante el período de remisión.
Recurrencia	<ul style="list-style-type: none">• Aparición de un nuevo episodio.
Cronicidad	<ul style="list-style-type: none">• Mantenimiento del trastorno durante más de dos años seguidos.

Nota. Adaptado de Boland y Keller (2009); Frank et al., (1991).

El curso de la depresión mayor es muy variable. Típicamente, tiene su inicio durante la segunda y tercera década de la vida (Kessler et al., 2003), aunque también puede iniciarse antes, durante la infancia. La duración media de un trastorno depresivo mayor es de entre tres y ocho meses (Andrade et al., 2003; Pettit y Joiner, 2006). Los primeros episodios suelen tener una duración menor, que se estabiliza en episodios posteriores (Solomon et al., 1997).

Aunque la mayor parte de las personas que sufren un episodio depresivo acaban recuperándose en 1 ó 2 años, aproximadamente el 18% de los pacientes con depresión permanece deprimido tras 2 años de seguimiento, y el 12% permanece deprimido durante 5 años o más (Keller et al., 1992). Existen una serie de factores que se relacionan con un curso crónico, entre ellos, edad de inicio más temprana, mayor duración del episodio depresivo, e historia familiar de trastornos de estado de ánimo (Hölzel, Härter, Reese y Kriston, 2011).

El riesgo de recurrencia a lo largo de la vida se incrementa al 50% después de un episodio de depresión mayor, al 70% después de dos episodios, y al 90% después de tres episodios (Institute for Clinical Systems Improvement [ICSI], 2004). Con el incremento de los episodios, los intervalos libres de síntomas se acortan, y la calidad de vida decrece con cada nuevo episodio (Mintz, Arrude y Hwang, 1992). El riesgo de muerte prematura se incrementa, en gran medida, por un mayor riesgo de suicidio (Ebmeier, Donaghey y Steele, 2006).

Un factor de riesgo relacionado a la recuperación, remisión y cronificación de los trastornos depresivos es el diagnóstico y el tratamiento tardío, estadísticas demuestran que son muchos los pacientes no atendidos o con tratamiento tardío. La OMS (2004), realizó un estudio sobre el fenómeno de las brechas terapéuticas y encontró que la tasa media de depresión en el mundo no tratada, es aproximadamente el 50%. Además, se determinó que en algunos países, menos del 10% de casos reciben tratamiento y generalmente éste es inadecuado. Así, el pronóstico del trastorno depresivo mayor cuando no es tratado, puede conducir a dos caminos, la cronificación que implicaría un periodo de tiempo con menor calidad de vida, menor productividad y mayores riesgos de enfermedades físicas; y por otro lado, puede desencadenar actos autolesivos y suicidios. Está demostrado que los niveles leves de depresión (depresión menor, distimia o el trastorno de personalidad depresiva), tienden a convertirse en cuadros severos como la depresión mayor y, también, a ser perdurables (Katon et al., 1994; Judd et al., 1998).

2.3. Epidemiología de la depresión

El trastorno depresivo mayor constituye uno de los trastornos mentales más comunes, afectando en torno a 340 millones de personas (OMS, 2004). En un estudio

transcultural llevado a cabo en 10 países de América, Europa y Asia (Andrade et al., 2003), se encontró que la prevalencia de la depresión estimada a lo largo de la vida se situó para la mayor parte de los países en un rango entre el 7% y el 13%. Por su parte, el estudio Outcome of Depression International Network [ODIN] (Ayuso-Mateos et al., 2001), realizado en muestras aleatorias de la población general de cinco países europeos, obtuvo una prevalencia global de trastornos depresivos del 8.6%.

En Latinoamérica y el Caribe se ha hallado una prevalencia anual de depresión del 4.9% y una prevalencia de vida del 8.7%; Colombia es el país con la tasa más alta, con una prevalencia anual del 10% y una prevalencia de vida de 19.6% (Kohn et al., 2005). En Ecuador, la depresión alcanza el 46% (50 personas) de cada 100 000 habitantes, coincidiendo con el ascenso a nivel mundial (Chávez, Samaniego y Aguilar, 2005) (ver Figura 1). Además, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador estimó que es la segunda causa de morbilidad.

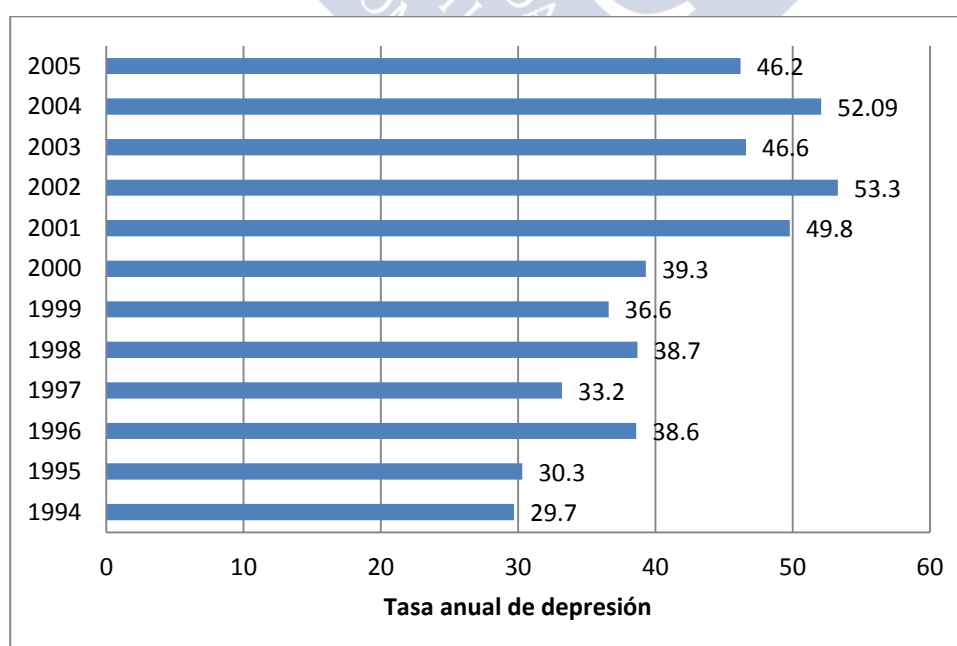


Figura 1. Tasa de depresión en Ecuador por cada 100 000 de habitantes

Nota. Adaptado de Chávez et al. (2005).

Aunque la mayoría de los estudios de prevalencia se centran en población general adulta, la depresión es un trastorno que afecta frecuentemente a los jóvenes, especialmente a los estudiantes universitarios. La OMS (2012), destaca la aparición de la depresión en grupos de edades tempranas 20-25 años. Según (Kessler, Berglund et al., 2005) la mitad de los trastornos del estado de ánimo comienzan a los 14 años y tres cuartas partes a los 24 años (Kessler, Berglund et al., 2005) En las Tablas 4 y 5 se muestran algunos de los estudios más relevantes sobre prevalencia de la depresión en universitarios y los factores de riesgo asociados. Así por ejemplo, en EE UU Schwenk, Davis y Wimsatt (2010), evaluaron mediante el PHQ-9, a 505 estudiantes de la carrera de medicina, encontrado el 44% de prevalencia de depresión, con predominio en el sexo femenino y con una relación directa con edad, haber padecido algún trastorno psicológico, deserción escolar e ideación suicida.

En España, en Vázquez y Blanco (2008) se evaluó la prevalencia de depresión en una muestra de 554 estudiantes universitarios de edades comprendidas entre los 18 y los 34 años. La prevalencia de episodio depresivo mayor fue de 8.7%. Los síntomas más comunes fueron, estado de ánimo deprimido (81.3%) y alteraciones en el sueño (79.2%). La prevalencia de sintomatología depresiva subclínica en esta población fue del 33.4% (Vázquez y Blanco, 2006). Curran, Gawley, Casey, Gill y Crumlish (2009), estudiaron en Irlanda a 338 estudiantes universitarios encontrando el 13.9% de prevalencia de depresión, con mayor incidencia en la carrera de medicina. Además, determinaron que existe relación directa con estrés e ideación suicida; y relación inversa con apoyo social.

En Latinoamérica se han realizado diversos estudios; en Chile una investigación con 484 universitarios de diversas carreras, encontró una prevalencia de depresión del

30.1%, la mitad de estos casos fueron del primer ciclo de universidad y el 15.5% presentaron comorbilidad con trastornos de ansiedad (Antúnez y Vinet, 2013). Además, otros estudios en universitarios encontraron altas prevalencias; así por ejemplo, Arrieta, Díaz y González (2013) obtuvieron el 37.4% y Caicedo y Ruiz (2012), el 20.89% de prevalencia.



Tabla 4. Estudios de prevalencia de la depresión en universitarios

	Autores	Año	País	Carreras	Instrumento	Muestra	% de respuesta	% Sexo Masculino	Media de edad	Prevalencia
1	Tija, Givens y Shea	2005	EEUU	Medicina	13-BDI-II	327	57.1	No registra	No registra	15
2	Vázquez y Blanco	2006	España	Ciencias sociales / humanidades, ciencias de la salud, ciencias naturales /matemáticas.	Entrevista clínica semiestructurada	559	99.1	34.1	22.2	8.7
3	Eisenberg et al.	2007	EEUU	Todas las carreras	PHQ-9	2843	56.6	50	20	13.8
4	Garlow et al.	2008	EEUU	Todas las carreras	PHQ-9	729	8.1	28.3	14.7	84.5
5	Curran et al.	2009	Irlanda	Todas las carreras	21-BDI-I	338	62.7	No registra	No registra	13.9
6	Schwenk et al.	2010	EEUU	Medicina	PHQ-9	505	65.7	41.6	No registra	44
7	Caicedo y Ruíz	2012	Colombia	Psicología, comercio exterior, adm. de empresas, ingenierías	SCL-90, BDI-II	340	No registra	29.7	27.8	20.89
8	Arrieta et al.	2013	Colombia	Odontología	DASS 21	251	No registra	37.4	20.2	37.4
9	Antúnez y Vinet.	2013	Chile	Varias carreras	BDI -II. DASS 21	484	No registra	44.8	20.2	30.1
10	Murillo-Pérez et al.	2014	Perú	Administración, negocios, ingeniería.	MDI	1111	No registra	60.2	29	4.2

Tabla 5. Estudios de factores de riesgo de depresión en universitarios

N	Año de estudio	Sexo	Edad	Ingresos familiares	Etnia	Estado Civil	Estado laboral	Carrera	Antecedentes psicológicos.	Estrés	Apoyo Social	Autoestima	Personalidad
1	NR	Igual	NR	X	Hispanos	X	X	X	NR	X	X	X	X
2	NR	Mujer	NR	NR	X	Igual	X	Igual	X	NR	NR	X	X
3	X	Igual	RI	RD	Blanco	X	X	X	X	X	X	X	X
4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	CV	X	X	X
5	X	X	X	X	X	X	X	Medicina	X	RD	RI	X	X
	X	Mujer	RD	X	X	X	X	X	RD	X	X	X	X
7	RI	Mujer	NR	NR	X	Igual	Igual	Igual	X	X	X	X	X
8	X	Igual	X	RI	X	X	X	X	X	X	RI	X	X
9	RI	Mujer	X	RI	Mapuche	X	X	X	X	RD	X	X	X
10	X	Mujer	RI	X	X	X	Desempleo	Igual	X	X	X	X	X

Nota. X = no se calculó la variable en el estudio; NR = no hay relación; RI = relación indirecta; RD= relación directa; CV = se usó como covariable.

2.4. Factores de riesgo asociados a la depresión

Se han propuesto distintos factores de riesgo¹ para la depresión; los más importantes se recogen en la Tabla 6. Sin embargo, ninguno de ellos constituye un factor necesario ni suficiente para la aparición del trastorno (Muñoz, Cuijpers, Smit, Barrera y Leykin, 2010).

Tabla 6. Factores de riesgo para la depresión

-
- Sexo
 - Edad
 - Estado civil
 - Clase social
 - Antecedentes familiares de depresión
 - Sintomatología subsindrómica
 - Presencia de acontecimientos vitales
 - Disponibilidad de recursos personales
 - Características de personalidad
-

El sexo es uno de los factores de riesgo más estudiados. A pesar de la variación en los datos de distintos trabajos, el hallazgo más consistente en la literatura es la mayor prevalencia de depresión en mujeres con respecto a los hombres. Las razones de esta disparidad no están claras, aunque también se encuentra en estudios clínicos. Antes de la pubertad no hay diferencias por género en la proporción de casos de depresión. Sin embargo, después de ésta hay un cambio dramático en la prevalencia, que se duplica en mujeres cuando se comparan con los hombres (ej., Andrade et al., 2003; Ayuso-Mateos, 2001). En estudiantes universitarios también se han encontrado diferencias de género en

¹ Factor de riesgo: características o variables que, si están presentes para un determinado sujeto, hacen más probable que este sujeto, frente a otro de la población general, desarrolle un trastorno (Mrazek y Haggerty, 1994).

relación a la prevalencia de la depresión, siendo mayor en las universitarias que en los universitarios (ej., Eisenberg et al., 2007; Vázquez y Blanco, 2008). En estudios realizados en Latinoamérica, también se encuentra mayor prevalencia de depresión en el sexo femenino (Antúnez y Vinet, 2013; Caicedo y Ruiz., 2012; Murillo-Pérez et al., 2014).

La edad de inicio del primer episodio de depresión es bastante consistente en distintos estudios, que informan de edades de inicio entre 24 y 30 años (Andrade et al., 2003; Kessler et al., 2003; Weissman et al., 1996) o, en un rango más amplio, edades comprendidas entre los 18 y 44 años (Vázquez y Torres, 2007). Alguna evidencia indica que la edad de inicio de depresión ha disminuido en los últimos 50 años (Andrade et al., 2003; Klerman et al., 1985). La edad de inicio anterior a los 20 años se considera un factor de riesgo de cronicidad (Hölzel et al., 2011). En universitarios algunos estudios muestran una relación indirecta con la edad (Eisenberg et al., 2007; Murillo-Pérez et al., 2014), mientras una tendencia mayor acredita la inexistencia de una relación (Caicedo y Ruiz, 2012; Tjia et al., 2005; Vázquez y Blanco, 2006).

En cuanto al estado civil, estar divorciado, separado o viudo también se ha considerado un factor de riesgo (Sadock y Sadock, 2005). En el Epidemiological Catchment Area [ECA] (Weissman, Warner, Wickramaratne y Prusoff, 1988) y la National Comorbidity Survey [NCS] (Kessler et al., 1994), las personas casadas y solteras tuvieron porcentajes menores de depresión que los divorciados, separados y viudos, duplicando los divorciados y separados la proporción de los casados y solteros (Hirschfeld y Weissman, 2002). En universitarios, aunque la mayoría son solteros, estudios realizados en Colombia y España, no encontraron diferencias significativas entre el estado civil y la depresión (Caicedo y Ruiz, 2012; Vázquez y Blanco, 2006).

Por lo que respecta a la clase social, algunos trabajos han propuesto pertenecer a clase social baja o estatus socioeconómico bajo como factor de riesgo para la depresión (Vázquez y Torres, 2007; Suija, Alouja, Kalda y Maaros, 2011). En la NCS, las odds ratio para depresión mayor fueron significativamente más elevadas para aquellos individuos que ganaban menos de 20 000 \$ al año, y declinaban a medida que los ingresos aumentaban (Kessler et al., 1994). En relación con el estatus ocupacional, las amas de casa tuvieron un riesgo muy alto de depresión mayor (OR = 2.8), pero no está claro si el estatus ocupacional está ajustado por sexo. Sin embargo, en el estudio ECA (Weissman et al., 1988) no se encontró relación entre el estatus ocupacional y depresión mayor. Estudios en universitarios demuestran que existe una relación indirecta en los índices de depresión e ingresos familiares (Antúnez y Vinet, 2013; Kaya, Genc, Kaya y Pehlivan, 2007; Mancevska, Bozinovska, Tecce, Pluncevik y Sivevska-Smilevska, 2008; Arrieta et al., 2013), y que el desempleo en los jóvenes, genera riesgo de padecer depresión (Murillo-Pérez et al., 2014).

En relación con los antecedentes familiares, la presencia de los mismos en familiares de primer grado con depresión aumenta el riesgo de padecerla. En Klerman et al. (1985) encontraron que la probabilidad acumulativa de un primer episodio de depresión mayor en mujeres familiares de pacientes con depresión mayor a los 30 años era menos del 10% en individuos nacidos antes de 1929, porcentaje que se duplicó en las cohortes nacidas entre 1930 y 1949, y que se disparó a un 60% en nacidos después de 1950; este incremento también ocurrió en hombres en las cohortes más jóvenes, pero en menor medida. Hölzel et al. (2011) establecieron que los antecedentes familiares de depresión constituían un factor de riesgo para un curso crónico. En universitarios, se ha identificado que el tener antecedentes personales de enfermedades mentales (incluida la depresión), es

un factor que aumenta el riesgo a desarrollar un cuadro depresivo (Kaya et al., 2007; Schwenk, et al., 2010; Wong, Cheung, Chan, Ma y Wa Tang, 2006).

Así mismo, muchos estudios han confirmado que los sujetos con depresión subclínica tienen más probabilidad de desarrollar depresión. Está bien establecido que los síntomas depresivos que no reúnen los criterios para la depresión mayor son un precursor importante de este trastorno, con tasas de incidencia de 0.01 a 0.15 nuevos casos por 100 personas al año, comparado con 0.00 a 0.05 en sujetos sin depresión subclínica (Cuijpers, Van Straten y Smit, 2005). En estudiantes universitarios Choi (2003), determinó una prevalencia de 26.8% ($n=298$) de trastorno depresivo mayor, tomando como un factor de riesgo la presencia de síntomas psicológicos versus síntomas somáticos.

La presencia de acontecimientos vitales estresantes también se ha señalado como factor de riesgo para la depresión. Los acontecimientos vitales estresantes se definen como experiencias personales perjudiciales y amenazadoras que requieren un reajuste del individuo. Entre los acontecimientos vitales estresantes señalados en la literatura se encuentran la pérdida de un hijo; la pérdida del empleo; la separación, divorcio o muerte del cónyuge; la pérdida de la madre antes de los 11 años; la historia de abuso sexual, especialmente si se produjo durante la infancia; o la exposición a un trauma severo, como un desastre natural con pérdidas (Bifulco, Brown y Adler, 1991; Gillham, 2003; Kaelber, Moul y Farmer, 1995; Suija et al., 2011; Vázquez y Torres, 2007; Weissman et al., 1988). En los jóvenes universitarios también se ha encontrado que la presencia de acontecimientos vitales estresantes predisponen la aparición de un episodio depresivo; por ejemplo, un estudio en Chile con 484 estudiantes, encontró una relación directa entre el estrés y los

niveles de depresión reflejados por la escala de depresión de Beck (Antúñez y Vinet, 2013). Resultados similares se encontraron en Curran et al. (2009) y Zong et al. (2010).

Otro factor de riesgo que se ha relacionado con la depresión es la carencia de recursos personales, fundamentalmente en cuanto al apoyo social, las habilidades sociales y los recursos de afrontamiento. Tanto la falta de relaciones próximas de apoyo como la presencia de relaciones conflictivas, negativas, se han identificado como factores de riesgo importantes para la depresión, especialmente cuando las personas estaban experimentando acontecimientos vitales negativos en sus vidas (Brown y Harris, 1978; Weissman, 1987); además, las personas clínicamente deprimidas tienen redes sociales más pequeñas, y éstas les proporcionan menos apoyo (Feldman y Gotlib, 1993). Otros trabajos señalan como factor de riesgo la ausencia de habilidades sociales y recursos de afrontamiento, Pettit y Joiner (2006) hacen referencia a la timidez y el déficit en habilidades sociales, y Vázquez y Torres (2007) a la ausencia de estrategias de afrontamiento adecuadas. En jóvenes universitarios, al investigar la influencia del apoyo social, se han encontrado resultados consistentes en los que a menor satisfacción y presencia de apoyo social, mayor predisposición del sujeto a padecer depresión (Arrieta et al., 2013; Curran et al., 2009; Dávila, Ruiz, Moncada y Gallardo, 2011). La percepción de control sobre la situación que genera o mantiene el estado depresivo, también influye en la aparición de la depresión en los jóvenes universitarios, específicamente cuando consideran que las causas son externas y tienen poco control sobre las mismas (Steptoe, Tsuda y Tanaka, 2007; Zong et al., 2010). Además, en el estudio de Zong se determina que el afrontamiento es importante a la hora de prevenir la aparición de un episodio depresivo. Roh, Jeon, Kim, Han y Hahm (2010), encontraron en su estudio de 7 357 estudiantes de medicina, que vivir sólo es un factor de riesgo para la depresión. El estudio realizado en Perú por Valle, Sánchez y Perales (2013),

aporta que además de vivir sólo, los estudiantes universitarios de los primeros años y que provienen de provincia, presentan mayor riesgo de depresión.

Finalmente, señalar que también se han detectado algunos rasgos de personalidad asociados a los trastornos del estado de ánimo, especialmente neuroticismo, introversión, rasgos de personalidad obsesivos, culpa y dependencia (Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena, 2006). En jóvenes universitarios se determinó que rasgos como el neuroticismo y perfeccionismo, están relacionados positivamente con la depresión (Mustafa, Nasir y Yusooff, 2010; Zong et al., 2010). La agresividad también se ha relacionado directamente con la presencia de la depresión en universitarios (Roberts, Carol, Kim y Houchell, 2010). Otros autores, han encontrado que la menor participación en actividades recreativas y sociales, están relacionadas con la depresión, conductas que son más frecuente en personas con rasgos introvertidos (Antúnez y Vinet., 2013).

2.5. Comorbilidad de la depresión

La comorbilidad² es un fenómeno frecuente entre las personas con depresión, especialmente con los trastornos de ansiedad. Los resultados de la Encuesta Nacional de Comorbilidad de EE.UU han apoyado firmemente la comorbilidad de los trastornos de ansiedad y los episodios depresivos mayores (Kessler et al., 2008). Los resultados hallados sugieren que los individuos son propensos a experimentar un episodio depresivo mayor si tienen un trastorno de ansiedad generalizada. En población clínica Moffitt et al. (2007), encontraron una fuerte relación entre depresión mayor y el trastorno de ansiedad

² Comorbilidad: Feinstein (1970) definió la *comorbilidad* como cualquier entidad clínica adicional distinta que ha existido o puede ocurrir durante el curso clínico de un paciente que tiene la enfermedad bajo estudio. Los epidemiólogos en psiquiatría han definido la comorbilidad como el riesgo relativo de desarrollar otro trastorno.

generalizado; un 72% de los pacientes con trastorno de ansiedad tenían depresión mayor, y el 48% de los pacientes con depresión mayor tenían un trastorno de ansiedad generalizado. Entre los universitarios Dávila et al. (2011) encontraron que existe una relación directa entre la sintomatología de ansiedad y depresión, en su estudio con 440 estudiantes de odontología. Antúnez y Vinet (2013), determinaron que el 15.5% de los estudiantes universitarios investigados presentaron al mismo tiempo depresión y ansiedad.

Los estudios también han demostrado que los síntomas depresivos y el consumo de alcohol co-ocurren en la población adulta. Por ejemplo, un estudio epidemiológico nacional entre adultos encontró que los individuos con un trastorno por consumo de alcohol eran 2.3 veces más propensos que los que no tienen un trastorno por consumo de alcohol para satisfacer los criterios de diagnóstico para el trastorno depresivo mayor y 1.7 veces más propensos a satisfacer los criterios para el trastorno distímico (Grant, Stewart, O'Connor, Blackwell y Conrod, 2007). Entre los estudiantes universitarios este hallazgo no está tan fuertemente apoyado. Hay, sin embargo, la evidencia que muestra una fuerte relación entre los síntomas depresivos y las consecuencias negativas relacionadas con el alcohol (Martens et al., 2008). Por ejemplo, estas consecuencias negativas pueden incluir faltar a clases, mal desempeño en clase, meterse en problemas con las autoridades, o enfermarse por el consumo excesivo de alcohol. También es común la comorbilidad de la depresión y el abuso de otras sustancias. En comparación con la población general, las personas con cualquier tipo de abuso de drogas tienen cerca de un riesgo cinco veces mayor de depresión (Boland y Keller, 2009). Respecto al consumo de sustancias y su relación con la depresión en estudiantes universitarios, algunos estudios señalan que no existe relación entre la depresión y el abuso de alcohol (Curran et al., 2009; Murillo-Pérez,

et al., 2014; Roberts et al., 2010). Por otro lado, Roberts et al. (2010) encontraron relación entre la depresión y el consumo de tabaco.

La depresión puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de, aproximadamente, 1 millón de muertes anuales (OMS, 2012). En los estudiantes universitarios, se ha identificado en diversos estudios la presencia de depresión acompañada de ideación suicida o intentos suicidas, Tjia et al. (2005), encontraron que el 20% de los estudiantes identificados como depresivos, tenían ideaciones suicidas. Vázquez y Blanco (2006) determinaron en su estudio que 0.6% de los estudiantes españoles tenían ideación suicida y el 0.2 % habían intentado suicidarse.

El manual diagnóstico DSM-5, señala que existe comorbilidad entre la depresión y la anorexia nerviosa o bulimia nerviosa (APA, 2013/2014), es así que en un estudio realizado a 9 282 familias, se ha encontrado que 39.1% de personas con anorexia están deprimidos, y el 50.1% de los bulímicos la padecen (Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007). La incidencia de una alteración afectiva entre anoréxicas oscila entre 52% y 98%, siendo la depresión el trastorno más común; en las pacientes bulímicas estas cifras fluctúan entre 52% y 83% y para depresión mayor entre 38% y 63% (Behar, Arriagada y Casanova, 2005). Concordando con lo mencionado, en universitarios se encontró una comorbilidad entre trastornos alimentarios y depresión, así un estudio realizado en Colombia en 411 jóvenes, determinó que un 36.8% padecían los dos trastornos (Ángel, Vásquez, Chavarro, Martínez y García, 1997).

3. CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO DE PÁNICO

3.1. Clínica del trastorno de pánico

La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio, que se caracteriza por sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como por la activación o descarga del sistema nervioso autónomo (Spielberger, Pollans y Worden, 1984). Al igual que en otras emociones, la ansiedad implica tres componentes: el subjetivo-cognitivo, fisiológico-somático y motor-conductual (Sandín, Chorot, Santed y Valiente, 2002) (ver Figura 2). El componente subjetivo-cognitivo se refiere a la propia experiencia interna. Incluye un amplio espectro de variables relacionadas con la percepción y la evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad (ej., pensamientos catastróficos, negatividad). Respecto al componente fisiológico-somático, la experiencia de ansiedad suele acompañarse de un componente biológico. Los cambios fisiológicos más característicos están relacionados con un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo (ej., sudoración, taquicardia). En cuanto a la esfera cognitivo-conductual, se refiere a la conducta observable, especialmente las respuestas instrumentales de escape y evitación (ej., echar a correr). Existe una importante diferencia entre la ansiedad normal y la patológica, esta última es una manifestación más frecuente, intensa y de mayor duración que la ansiedad normal.



Figura 2. Manifestaciones de la ansiedad

Nota. Adaptado de Sandín et al. (2002) .

El pánico es una forma de ansiedad cuyas manifestaciones sintomatológicas son básicamente de índole somáticas (Klein, 1981). Según Barlow (1988), la mayor parte de pacientes con trastornos de ansiedad, posee experiencia en ataques de pánico; incluso siendo común entre la población no clínica (Norton, Dorward y Cox, 1986). Así, el trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad común y es a menudo una condición de discapacidad crónica (Bruce et al., 2008; Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005).

Para efectuar el diagnóstico de *Trastorno de pánico* según los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013/2014), el paciente tiene que presentar ataques de pánico imprevistos y recurrentes con al menos cuatro de los trece síntomas listados (ver Tabla 7), requiriendo que posterior a los 30 días del ataque persista la preocupación de volver a padecerlo o de sus consecuencias.

Tabla 7. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de ataque de pánico

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o a “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en repuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia

Tabla 7.

(Continuación)

específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés posttraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Nota. Adaptado de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013/2014).

La CIE-10 (OMS, 1992), define que el síntoma principal del trastorno de pánico es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. Es necesario para su diagnóstico la frecuente aparición repentina de los síntomas listados en la Tabla 8; cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo. La frecuencia y curso del trastorno es muy variable, de manera que quienes lo padecen terminan evitando situaciones de la vida cotidiana para tratar de controlar las consecuencias, aunque a menudo los síntomas son seguidos de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

Tabla 8. Criterios diagnósticos CIE-10 para el trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

A. Crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico), acompañada de los siguientes síntomas:

1. Palpitaciones.
2. Dolor precordial.
3. Sensación de asfixia.
4. Mareo o vértigo.
5. Sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización).
6. Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer.

B. Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes:

- a) En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo.
- b) No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles.
- c) En el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad,

Tabla 8.

(Continuación)

aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

Incluye:

Ataques de pánico.

Estados de pánico.

Nota: Las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquiera de las fobias de F40.

Nota. Adaptado de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992).

Cabe señalar que para determinar el diagnóstico es necesario descartar posibles causas biológicas, el uso de sustancias (medicamentos o drogas), sufrir una condición médica general u otros trastornos mentales. También conviene distinguir entre la experiencia de pánico en poblaciones clínicas y no clínicas, quienes a pesar de experimentar la sintomatología fisiológica de manera similar, difieren en los siguientes aspectos: (a) los ataques de pánico en pacientes clínicos son inesperados, mientras que en los no clínicos suelen ocurrir asociados a situaciones de tipo social-evaluativa; (b) los pacientes con trastorno de pánico informan más cogniciones catastróficas durante los ataques de pánico (Norton, Cox y Malan, 1992).

3.2. Curso del trastorno de pánico

Aunque el trastorno de pánico es frecuente y clínicamente relevante, se conoce poco de la naturaleza de los ataques de pánico. Muchos estudios se han realizado en poblaciones clínicas (ej., Keller y Hanks, 1993; Goodwin, Lewinsohn y Seeley, 2005). La edad promedio de inicio del ataque de pánico está entre los 20 a 24 años, un pequeño

número de casos tienen un inicio en la infancia o después de los 45 años (APA, 2013/2014). Algunos individuos tienen ciclos sin presencia de síntomas, seguidos de épocas con sintomatología severa. Sólo una minoría de pacientes tiene una remisión total de la patología sin recaídas y su curso se complica cuando existe comorbilidad con otros trastornos como abuso de sustancias, depresión u otros trastornos de ansiedad.

No se ha encontrado mayores diferencias entre las manifestaciones clínicas del trastorno entre adolescente y adultos jóvenes, salvo que en el segundo grupo tienen mayor preocupación por futuros ataques de pánico. Por otro lado, la explicación de poca frecuencia de inicio de esta patología en el adulto mayor, se explica por la reducción del funcionamiento del sistema nervioso autónomo, mientras que en los niños el bajo porcentaje puede estar relacionado con las dificultades para reportar sus síntomas (APA, 2013/2014).

El trastorno de pánico puede ser incapacitante, al punto de generar deterioro significativo en múltiples dominios como el psicosocial, la salud, el funcionamiento fisiológico y cognitivo (Massion, Warshaw y Keller, 1993; Sherbourne, Wells, Merideth, Jackson y Camp, 1996). Después de muchos años, la mayoría de los pacientes experimentan una mejoría sintomática a pesar de la ausencia de remisión completa (Marks y Lader, 1973; Noyes et al., 1984). En una revisión de 16 estudios, se encontró que el 54% de los pacientes estaba libre de pánico, el 31% mostró la remisión de evitación fóbica, y el 50% no tenían deterioro funcional. Entre el 46 y el 69% eran todavía sintomáticos o estaban aún alterados (Roy-Burne y Cowley, 1995). Otro estudio transversal señala que, entre el 17 y el 70% de pacientes todavía experimentan ataques de pánico y entre el 36 y el 82% presentan evitación fóbica en el seguimiento (Katschnig y Amering., 1998).

Un factor que se relaciona con un curso crónico del trastorno de pánico es cuando empieza acompañado de agorafobia, depresión mayor y trastornos de personalidad (Roy-Burne y Cowley, 1995). El trastorno de pánico con agorafobia remite más lento, perdura más en el tiempo, tiene mayor cantidad de recaídas y se inicia a edades más tempranas que el trastorno de pánico sin agorafobia (Bruce, et al., 2008; Faravelli y Paionni, 2001). Si las personas con un trastorno de pánico tardan en recibir atención y ésta a su vez no es integral, la duración de la sintomatología será mayor. Por ejemplo, un estudio realizado por Keller (1994), determinó que los individuos con esta patología tardan un mínimo de 10 años en acudir a consulta. Además, son tratados en mayor medida mediante tratamientos farmacológicos que con terapia cognitivo-conductual (Goisman et al., 1993).

Otros estudios longitudinales sugieren que las mujeres tienen mayores porcentajes de recurrencia de síntomas después de la remisión del pánico (Yonkers et al., 1998; Yonkers, Bruce, Dyck y Keller, 2003). Y que factores como la baja autoestima, los acontecimientos vitales negativos y la severidad del pánico, predicen ataques con mayor frecuencia (Batelaan et al., 2010).

3.3. Epidemiología del trastorno de pánico

Un 10-16% de la población general presenta de forma ocasional un ataque de pánico a lo largo de su vida (Margraf, Barlow, Clark y Telch, 1993; Wittchen y Essau, 1991). En el estudio National Comorbidity Survey Replication [NCS-R] (Kessler, Chiu et al., 2005), se encontró que la prevalencia del trastornos de pánico a lo largo de la vida, en la población general estadounidense es de 4.7%, siendo más prevalente en sujetos de edades entre 45-59 años con el 5.9%, mientras que en los jóvenes de 18 a 29 la prevalencia

es del 4.4%. Otras investigaciones en diferentes países de la Unión Europea, determinaron que la prevalencia anual para el trastorno de pánico es el 1.8%, afectando entre 4.3 y 5.3 millones de adultos entre 18 y 65 años (Wittchen y Jacobi, 2005).

En una revisión de estudios epidemiológicos en Latinoamérica y con hispanos en EE UU, realizada por Vicente, Rioseco, Valdivia, Kohn y Torres (2005), se analizó la prevalencia del trastorno de pánico (ver Figura 3), encontrando en Perú la mayor prevalencia (2.1%) y la menor en Colombia (0.3%).

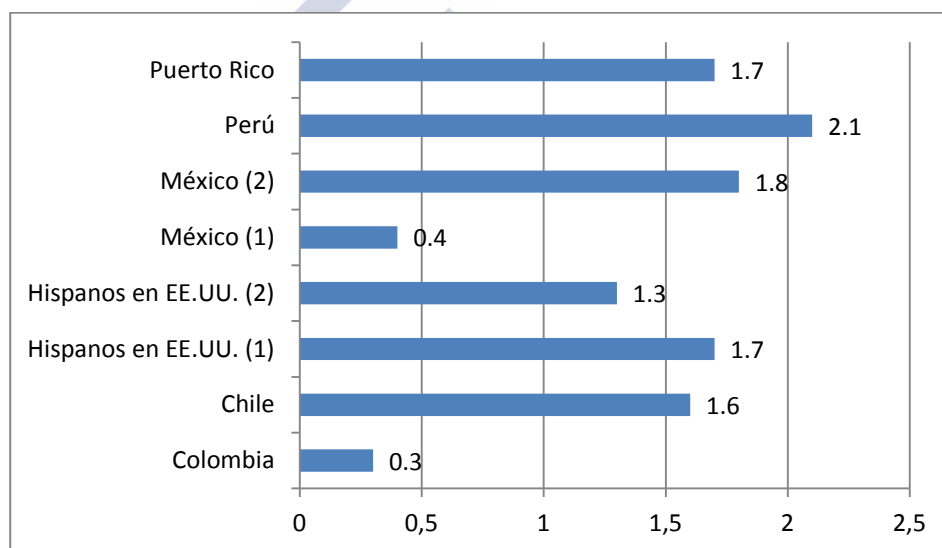


Figura 3. Prevalencia del trastorno de pánico en Latinoamérica e hispanos en EE UU

Nota. Adaptado de Vicente et al. (2005).

El trastorno de pánico con agorafobia es menos prevalente en la población general; las edades en las que se halla con más frecuencia es entre los 15 y 24 años y los 45 y 54 años (Eaton, Kessler, Wittchen y Magee, 1994). En universitarios la literatura científica en relación a trastornos de pánico es menos frecuente que en otros trastornos de mentales. Así, por ejemplo, en EE UU con una muestra de 14 175 estudiantes universitarios se pudo determinar que la prevalencia para el trastorno de pánico fue el 7% (Eisenberg, Hunt y

Speer, 2013). En España Vázquez, Torres, Otero y Díaz (2011), estudiaron en una muestra de 1 054 estudiantes de pregrado y postgrado la prevalencia de diversos trastornos mentales, determinando que el 0.3% de la población poseía una prevalencia de por vida para el trastorno de pánico con agorafobia y el 0.4% sin agorafobia. Finalmente, otro estudio analizó 5 092 individuos entre 18 y 24 años, que estaban matriculados en la universidad o habían estado en los últimos 12 meses, determinando que el 1.95% de los estudiantes matriculados en aquel momento en la universidad y el 2.74% de los no matriculados habían presentado un trastornos de pánico en el último año de sus vidas (Blanco et al., 2008).

3.4. Factores de riesgo asociados al trastorno de pánico

En el DSM-5 (APA, 2013/2014) se señalan distintos factores de riesgo para desarrollar un trastorno de pánico y que se recogen en la Tabla 9. Además, existe influencia genética; el riesgo aumenta cuando hay historia familiar de la enfermedad y también se relaciona con afecciones respiratorias como el asma y con el funcionamiento de la amígdala y áreas implicadas.

Tabla 9. Factores de riesgo asociados al trastorno de pánico según el DSM-5

-
- Neuroticismo
 - Sensibilidad a la ansiedad
 - Historia previa de miedos
 - Ansiedad por separación en la niñez
 - Haber padecido abuso físico o sexual
 - Fumar
 - Eventos estresantes previos al primer ataque de pánico
-

Nota. Adaptado de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013/2014).

El sexo también se ha encontrado como factor de riesgo. El trastorno pánico se presenta dos veces más en mujeres que en hombres (Goodwin et al., 2005; Kessler et al., 1994; Magee, Eaton, Wittchen, McGonagl y Kessler, 1996), y cuando va acompañado de agorafobia, es tres veces más frecuente (Goodwin et al., 2005; Katerndahl y Realini, 1993; Yonkers et al., 1998). Las mujeres además manifiestan más síntomas de pánico que los hombres (Dick, Bland y Newman, 1994), tienen mayor gravedad en la agorafobia, más comorbilidad psiquiátrica, más pensamientos catastróficos y mayor miedo a las sensaciones corporales que los hombres (Sachs, Amering, Berger y Katschnig, 2002; Turgeon, Marchand y Dupuis, 1998). Sin embargo, aunque existe menor evitación agorafóbica en los hombres, esta forma de afrontamiento se reemplaza por mayor consumo de alcohol (Kushner, Abrams y Borchardt, 1993; Turgeon et al., 1998).

En cuanto a la edad, el trastorno de pánico se relaciona con la adultez. Es poco frecuente su inicio en la niñez o en los adultos mayores a 65 años. La media de edad de inicio del trastorno es de 24 años (Craske, Miller, Rotunda y Barlow, 1990; Breier, 1986; Burke, 1990). La edad de inicio de los ataques de pánico se asocia tanto con la comorbilidad como con la gravedad del trastorno. Una investigación interesante sobre esta cuestión es la de Iketani et al. (2004). Estos autores estudiaron las diferencias clínicas y de personalidad de los pacientes con trastorno de pánico con inicio temprano (antes de los 25 años) y tardío (después de los 25 años). Encontraron que la edad de inicio temprano se asocia con el aumento de riesgo familiar, gravedad clínica, mayor prevalencia de agorafobia y comorbilidad con trastornos de personalidad tipo A y B, especialmente el límite. En cuanto a la sintomatología, Wittchen y Perkonigg (1993) indican que las personas con inicio del trastorno de pánico anterior a los 25 años tienen menos disnea, menores sensaciones de sofoco y menor miedo a la muerte.

Entre los factores psicosociales destacamos los patrones familiares de educación y crianza excesivamente rígidos y sobreprotectores (Gittelman y Klein, 1984; Latas Starcevic, Trajkovic, Bogojevic, 2000). Los padres sobreprotectores, extremadamente invasivos, no permiten que el niño aprenda que puede controlar el entorno (Chorpita, Brown y Barlow, 1998; Nolen-Hoeksema, Wolfson, Mumme y Guskin, 1995). Los niños criados en familias con padres sobreprotectores y rígidos obtienen más porcentajes en trastorno de pánico con agorafobia en la edad adulta (Gerlsma y Emmelkamp, 1990; Parker y Gladstone, 1996; Latas et al., 2000). El estilo de crianza cobra importancia, pues el sentido de control se desarrolla a partir de experiencias tempranas en la infancia y es el factor psicológico que nos hace más vulnerables a la ansiedad en la vida adulta (Chorpita et al., 1998).

El nivel de estrés generado por acontecimientos vitales recientes o en la infancia, también son factores de riesgo. Las situaciones adversas en la infancia (Brown, Harris y Eales, 1996; Pollack, Otto, Rosenbaum y Sachs, 1992) pueden constituir factores de vulnerabilidad para el desarrollo y curso del trastorno de pánico. En investigaciones longitudinales se ha encontrado que las personas que han sufrido ansiedad por separación en la infancia tienen mayor probabilidad de desarrollar trastorno de pánico en la edad adulta (Aronson y Logue, 1987; Venturello, Barzega, Maina y Bogetto, 2002). Los estresores en la infancia temprana y adolescencia incrementan la probabilidad de desarrollar rasgos de personalidad evitativos y/o dependientes desde la juventud y aumentar la probabilidad del inicio de un trastorno de personalidad evitativo o dependiente en la edad adulta (Pollack et al., 1992; Moisan y Engels, 1995), así como el desarrollo y mantenimiento del trastorno de pánico con o sin agorafobia (Lewinsohn, Zinbarg, Seeley,

Lewinsohn y Sack, 1997; Johnson , Cohen, Brown, Smailes y Bernstein, 1999; Kasen et al., 2001).

Los factores de riesgo relacionados con la personalidad, también han sido ampliamente estudiados. A continuación repasaremos algunos de ellos con sus conclusiones más importantes:

- Los pacientes con trastorno de pánico con agorafobia, son más dependientes y menos asertivos, y, por tanto, poco eficaces en resolver los conflictos interpersonales (Chambless, Hunter y Jackson, 1982).
- Los pacientes con trastorno de pánico con agorafobia obtienen puntuaciones más elevadas en perfeccionismo y en número de pensamientos ansiosos comparados con los pacientes sin agorafobia (Iketani et al., 2002; Uhlenhuth et al., 2002).
- En relación a la personalidad anormal, Renneberg, Chambless y Gracely (1992) encontraron que el 56 % de la muestra de pacientes de su estudio con trastorno de pánico tenían, al menos, un trastorno de personalidad. El diagnóstico de trastorno de personalidad tipo C, fue más frecuente (44%), y el trastorno evitativo fue el más común (32%).
- Carrera et al. (2006) en una muestra de 103 pacientes con diagnóstico reciente de trastorno de pánico hallaron que las puntuaciones en neuroticismo eran significativamente mayores en el grupo clínico (con o sin agorafobia) comparado con el grupo control; las puntuaciones en extraversión fueron significativamente mayores en los controles que en los pacientes. Los pacientes con trastorno de pánico con agorafobia obtenían puntuaciones mayores en introversión comparados con los controles.

Finalmente existen dos factores de riesgo psicológicos, que se han estudiado en relación a los trastornos de pánico: la sensibilidad a la ansiedad (Brown, Smits, Powers y Telch, 2003; Rapee, Brown, Antony y Barlow, 1992; Weems, Hayward, Killen y Taylor, 2002) y la inhibición comportamental, (Segui et al., 1999; Rosenbaum et al., 2000). Así los pacientes con trastorno de pánico, con puntuaciones altas en sensibilidad a la ansiedad y puntuaciones bajas en autoeficacia obtuvieron ocho veces más riesgo de experimentar pánico en el pos-tratamiento (Schmidt, Lerew y Jackson, 1997).

3.5. Comorbilidad del trastorno de pánico

El trastorno de pánico se asocia significativamente a una variada comorbilidad psiquiátrica. Aproximadamente el 70% de pacientes con trastorno de pánico tienen, al menos, un trastorno psiquiátrico más (Brown y Barlow, 1992). En el DSM-5 (APA, 2013/2014) se apunta que el trastorno de pánico tiene comorbilidad con otros desórdenes, como los trastornos de ansiedad (especialmente la agorafobia), depresión mayor, bipolaridad y consumo de sustancias. La prevalencia de vida de la comorbilidad entre el trastorno de pánico y la depresión mayor es personas con trastorno de pánico oscila entre el 10-65%. En Alemania, un estudio realizado por Pané-Farré et al. (2013), en 4 075 personas de la población general entre 18-64 años, para determinar la comorbilidad entre el trastorno de pánico y otros trastornos psiquiátricos, se encontró una prevalencia del 1.9% para el trastorno de pánico, evidenciando que el 87% de la muestra padecía al menos un trastorno psiquiátrico más. La comorbilidad encontrada se muestra en la Figura 4, siendo los de mayor relevancia los trastornos somatomorfos y disociativos con un 50.6% y la agorafobia y los trastornos de abuso de sustancias con la misma proporción 42.9%.

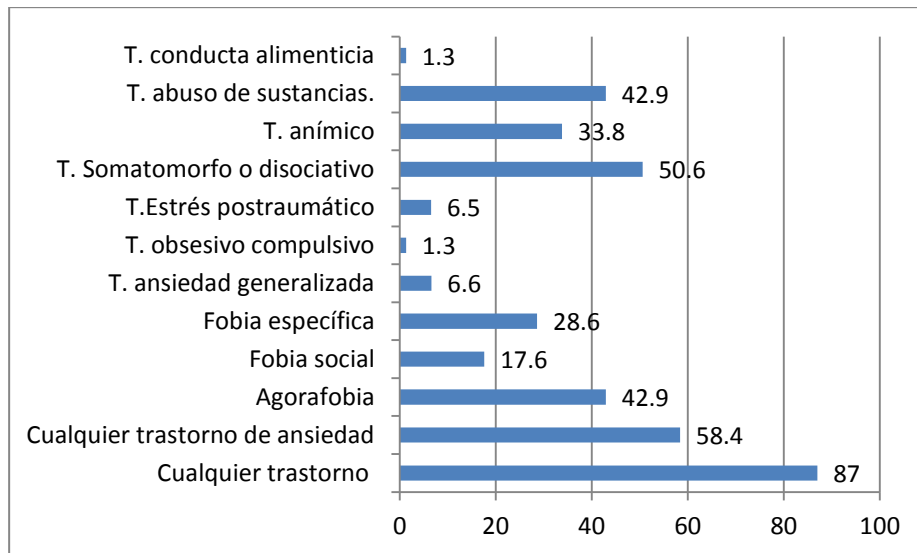


Figura 4. Comorbilidad del trastorno de pánico y otros trastornos psiquiátricos

Nota. Pané-Farré et al. (2013).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, Goodwin, Fergusson y Horwood (2004) encontraron que el trastorno de pánico predice la ocurrencia de ansiedad, el consumo de sustancias y los trastornos somatomorfos. Diversos estudios confirman la comorbilidad entre el trastorno de pánico y los trastornos de ansiedad (Antony y Swinson, 2000; Sanderson, DiNardo, Rapee y Barlow, 1990; Magee et al., 1996). Existen diversidad de estudios de comorbilidad del trastorno de pánico con la depresión, en el National Comorbidity Study [NCS] (Kessler et al., 1998), el 56% de personas con trastorno de pánico en mostraron síntomas consistentes de depresión mayor.

Otros estudios han corroborado que las personas con trastorno de pánico tienen un mayor riesgo de desarrollar abuso del consumo de alcohol y otras drogas (Goisman et al., 1994; Norton, Swinson y Endler, 1990; Zimmermann et al., 2003). Además, se estima que entre el 25 y el 60% de los individuos con trastorno de pánico con agorafobia cumplen criterios para un trastorno de personalidad (Craske y Barlow, 1990). En un estudio realizado por Renneberg et al. (1992), encontraron que el 56% de la muestra de personas

con trastorno de pánico, tenían un trastorno de personalidad, siendo el de mayor prevalencia el tipo evitativo (32%).

Finalmente, otra problemática asociada al trastorno de pánico es el suicidio. Así, en el estudio Epidemiologic Catchment Area [ECA] se encontró que el 20% de los sujetos con trastorno de pánico habían cometido al menos un intento suicida a lo largo de la vida (Markowitz, Weissman, Ouellette, Lish, y Klerman, 1989). Friedman, Smith, y Fogel (1999) encontraron una prevalencia menor en su estudio; el 17% de las personas que tenían trastorno de pánico había hecho al menos un intento suicida a lo largo de sus vidas. Y, este riesgo de intentos suicida, aumentaba cuando existía comorbilidad con depresión y consumo de sustancias. Así mismo, en otro estudio de comorbilidad en 346 pacientes ambulatorios con depresión (King, Schmaling, Cowley y Dunner, 1995), se encontró una diferencia significativa en la frecuencia de intentos suicidas en los pacientes con antecedentes de ataques de pánico (26.9%) en comparación a los que no lo presentaban (16.8%).

4. CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

4.1. Clínica de los trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios, son un problema creciente en nuestra sociedad, que se caracterizan por una percepción diferente del propio cuerpo, que está asociada a la insatisfacción, generando conductas con el fin de obtener una imagen corporal o un peso que esté acorde a sus expectativas. Las conductas implicadas en estos trastornos son diversas: dietas muy estrictas o exageradas, acciones purgativas, vómitos inducidos, ejercicio extenuante, etc. Este conjunto de síntomas generan consecuencias en las diversas

esferas de la vida, desde la salud física hasta un impacto familiar y social. Si bien la clasificación de estos trastornos abarca varios cuadros clínicos, los más comunes en la población joven son la *anorexia nerviosa* y la *bulimia nerviosa*.

Existen características clínicas asociadas a cada cuadro, que se van desarrollando conforme avanzan ambos trastornos (Ortiz, 2013). Así, en la *anorexia nerviosa* van apareciendo: (a) síntomas depresivos como estado de ánimo deprimido, llantos frecuentes, irritabilidad, retraimiento social, alteraciones en el sueño o pérdida de la libido; (b) síntomas de ansiedad, ansiedad generalizada o crisis de ansiedad; (c) pensamiento obsesivo acerca de la comida, las calorías, el cuerpo y todo lo que tenga relación con ello; (d) miedo intenso a ganar peso o convertirse en una persona obesa; (e) alteraciones de la percepción y en la valoración de la imagen corporal, sobreestimando el tamaño de algunas zonas del cuerpo; (f) excesiva actividad física con la finalidad de elevar el gasto calórico; (g) alteraciones físicas como amenorrea, estreñimiento, dolor abdominal, piel de color amarillento, hipotensión, arritmia o bradicardia. Por su parte, las manifestaciones clínicas de la *bulimia* se las puede resumir en tres esferas: (a) síntomas psicopatológicos como depresión, ansiedad, inestabilidad emocional, fobia a ganar peso, fobia social o conductas autolesivas; (b) síntomas psicológicos como tristeza, desconfianza, poco manejo emocional y habilidades sociales, irritabilidad, pensamientos dicotómicos extremos o ideas catastróficas; (c) síntomas físicos como dolores de cabeza, pérdida del cabello y esmalte dental, esofagitis, aumento del tamaño de las glándula salivares, menstruación irregular, fluctuaciones en el peso o problemas gastrointestinales.

En relación al diagnóstico de estos trastornos, el DSM-5 (APA, 2013/2014) establece ciertos criterios para cada cuadro. Así, en la *anorexia nerviosa* define tres

criterios básicos: (a) restricción de ingesta energética en relación con las necesidades; (b) miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso; (c) alteración de la percepción del peso, talla o silueta corporal (ver Tabla 10). La gravedad mínima de la anorexia nerviosa se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual y en niños-adolescentes, en el percentil del IMC. La gravedad se determina acorde a los siguientes índices: *leve*: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$; *moderado*: $IMC 16-16.99 \text{ kg/m}^2$; *grave*: $IMC 15-15.99 \text{ kg/m}^2$; *extremo*: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$.

Tabla 10. Criterios diagnósticos del DSM-5 para la anorexia nerviosa

<p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. <i>Peso significativamente bajo</i> se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.</p> <p>C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.</p> <p>Se debe especificar el subtipo que cursa:</p> <p>Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.</p> <p>Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).</p>

Nota. Adaptado de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013/2014).

Por su parte la CIE-10 (OMS, 1992), define a la anorexia nerviosa como “un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo” (p.94). Para ser diagnosticado de acuerdo a este sistema

de clasificación de los trastornos mentales, es necesario que se cumplan todos los criterios citados en el Tabla 11.

Tabla 11. Criterios diagnósticos CIE-10 para la anorexia nerviosa

<p>A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17.5). En el caso de los prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.</p> <p>B. La pérdida de peso está originada por el propio paciente, a través de evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo o consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.</p> <p>C. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que la persona con el trastorno se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.</p> <p>D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotalámico-hipofisiario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.</p> <p>E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene.</p>
--

Nota. Adaptado de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992).

En relación al diagnóstico de la bulimia nerviosa, el DSM-5 (APA, 2013/2014), establece cinco criterios básicos: (a) episodios recurrentes de atracones; (b) conductas compensatorias recurrentes inapropiadas para no ganar peso; (c) estos dos primeros criterios ocurren al menos una vez por semana, durante tres meses; (d) la autoestima está excesivamente influida por la figura y el peso; (e) no ocurre exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (ver Tabla 12). La gravedad para la bulimia nerviosa, se

basa en la frecuencia de los episodios de atracones a la semana: 1 a 3 episodios (*leve*), 4 a 7 episodios (*moderado*), 8 a 13 episodios (*grave*) y 14 o más episodios (*extremo*).

Tabla 12. Criterios diagnósticos del DSM-5 para la bulimia nerviosa

<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ingestión, en un período determinado (ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere). <p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p> <p>C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p> <p>E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p>
--

Nota. Adaptado de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013/2014).

En tanto la CIE-10 (OMS, 1992), define a la bulimia nerviosa como, “un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.” (p. 96-97). A diferencia del DSM-5, la CIE-10 considera que la anorexia nerviosa puede ser una secuela de la bulimia nerviosa o viceversa, estableciendo tres criterios básicos para su diagnóstico (ver Tabla 13).

Tabla 13. Criterios diagnósticos CIE-10 para la bulimia nerviosa

<p>A. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.</p> <p>B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.</p> <p>C. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el sujeto se fija de forma estricta un peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.</p>
--

Nota. Adaptado de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992).

4.2. Curso de los trastornos alimentarios

Estos trastornos son comunes en las sociedades industrializadas, en donde la imagen corporal tiene un valor mayor frente a los demás componentes de los seres humanos. Se presenta con mayor frecuencia en población femenina joven (Hoek y Van Hoeken, 2003; Keski-Rahkonen et al., 2007). Para entender el curso de estos trastornos, en el DSM-5 (APA, 2013/2014) se establece que existe una *remisión parcial* si, después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado y una *remisión total* si, después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

La anorexia nerviosa presenta un curso variable, pocos pacientes logran una remisión temprana en el curso de la enfermedad (entre un año), manteniendo esta remisión de por vida (Steinhausen, 2002). Aunque al igual que en muchos trastornos, el pronóstico es más favorable si se diagnostica a una edad temprana, experimentando un plazo más breve entre el inicio de la enfermedad y el inicio del tratamiento, la mayoría de los casos se desarrolla a mediados o finales de la adolescencia (APA, 2000). En la bulimia nerviosa, el pronóstico suele ser más favorable que en la anorexia nerviosa (Fairburn et al, 2000; Keel, Mitchell, Miller, Davis y Crow, 1999). Así, diversos estudios tras un seguimiento entre 5 a 15 años de sus pacientes, encontraron una remisión parcial o completa recuperación en la mayoría de ellos (Fichter, Quadflieg y Hedlund, 2008; Grilo et al., 2007; Herzog et al., 1999; Keel et al., 1999).

En una revisión realizada por Steinhausen (2002), en 5 590 pacientes diagnosticados con anorexia nerviosa, se determinó que la tasa de mortalidad media fue de 5%, el promedio de remisión completa fue 46.9%, la remisión parcial 33.5% y la cronicidad 20.8%. Además, se hallaron como características de un pronóstico desfavorable los rasgos de personalidad obsesivo-compulsivo, la cronicidad del trastorno, el vómito, la bulimia y el abuso purgativo. Nielsen et al. (1998) señalaron que las principales causas de muerte en este trastorno son las consecuencias físicas de la inanición y el suicidio. Mientras que Keel et al. (2003) encontraron como factores predictores de la muerte en pacientes con anorexia nerviosa un escaso funcionamiento psicosocial, una mayor duración del cuadro y el trastorno por consumo de alcohol.

En el DSM-5 (APA, 2013/2014) se señala que la bulimia nerviosa es un trastorno que persiste durante varios años, presentando un curso crónico o intermitente, con períodos

de remisión alternados con recurrencias de atracones. El tratamiento impacta positivamente en la mejoría de los pacientes, aunque los síntomas de muchas personas parecen disminuir con o sin él. El riesgo de mortalidad en pacientes con bulimia nerviosa es casi un 2% por década, y la coexistencia con la anorexia nerviosa se estima entre un 10% y un 15% de los casos. Keel, Gravener, Joiner y Haedt (2010), basándose en varias investigaciones sobre la bulimia nerviosa, describió que aproximadamente el 70% presenta una remisión total, 20% una remisión parcial y el 10% una cronificación. Otro estudio realizado por Huas et al. (2013), en 258 pacientes diagnosticadas con bulimia nerviosa, con una media de duración del seguimiento de 10.5 años, determinaron que la tasa de mortalidad fue del 3.9% y que la mayoría de las muertes se produjeron por suicidio (6/10).

4.3. Epidemiología de los trastornos alimentarios

La APA (2000) estimó que la prevalencia para la anorexia nerviosa es de 0.5% en mujeres adolescentes y adultas jóvenes y del 0.05% en hombres. Esto quiere decir que aproximadamente 1 de cada 200 mujeres y 1 de cada 2 000 hombres, padecen de este trastorno en algún momento de su vida. Por su parte, la prevalencia de vida de la bulimia nerviosa se estima entre el 1% y el 3%, y al igual que la anorexia nerviosa, se presenta con mayor frecuencia en población femenina joven. El estudio National Comorbidity Survey Replication [NCS-R] realizado en EE UU (Hudson et al., 2007), las prevalencias de vida para la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa fueron 0.9% y 1.5% en las mujeres y 0.3% y 0.5% en los hombres, respectivamente. Con una media de 18.9 años de edad y de duración del cuadro de 1.7 años para la anorexia nerviosa; 19.7 años de edad y 8.3 años de duración del cuadro para la bulimia nerviosa.

En Europa el estudio realizado por Preti et al. (2009) halló una prevalencia de vida para la anorexia nerviosa de 0.48% y de 0.51% para la bulimia nerviosa; la prevalencia anual fue de 0% y 0.15%, respectivamente. Las prevalencias más altas se presentaron en el sexo femenino, en edades comprendidas entre los 18y 29 años; en este grupo de edad el 1.11% tenía anorexia nerviosa y el 0.88% bulimia nerviosa. En Australia, Wade et al. (2006) encontraron en el sexo femenino una prevalencia de vida del 1.9% para la anorexia nerviosa y del 2.9% para la bulimia nerviosa.

En Latinoamérica, un estudio realizado en México por Benjet, Méndez, Borges y Medina-Mora (2012), en el que participaron 3 005 adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 17 años, encontraron una prevalencia de vida de 0.5% para la anorexia nerviosa y 1% para la bulimia nerviosa. La prevalencia según el sexo fue de la siguiente manera: anorexia nerviosa, 0.4% en mujeres y 0.5% en hombres; bulimia nerviosa, 1.4% en mujeres y 0.6% en hombres. En Brasil, una investigación realizado con 1 219 adolescentes mujeres de 10 a 19 años (Alves, Vasconcelos, Calvo y Neves, 2008), mostró una prevalencia anual de síntomas de anorexia nerviosa de 15.6%; se halló una relación significativa con la insatisfacción corporal, el sobrepeso, la obesidad, estudiantes de escuelas públicas y el grupo de edad de 10-13 años. En Colombia, en un estudio realizado en 2 770 estudiantes de secundaria (Ángel, Martínez y Gómez, 2010), se identificó una prevalencia anual de 0.28% para la anorexia nerviosa y 3.25% para la bulimia nerviosa.

En relación a los estudiantes universitarios, también se han llevado a cabo diversos estudios para estimar las prevalencias de la anorexia y la bulimia. Así, por ejemplo, en EE UU en una población femenina de 1 924 estudiantes de primer año de diferentes carreras, con un rango de edad de 18 a 24 años, se encontró un 12.5% de riesgo para los trastornos

de la conducta alimentarios (Gochnour, 2006). En España Vázquez, Torres et al. (2011), determinaron que la prevalencia de por vida para la anorexia nerviosa fue 1.8% y 0.3% para la bulimia nerviosa. En cuanto a Latinoamérica, por ejemplo, en Colombia se investigaron 196 estudiantes universitarios de primero y segundo año de carrera y se halló una prevalencia anual de 3.1% para anorexia nerviosa y 2.1% para bulimia nerviosa (Mejía, Díaz, Sierra y Monsalve, 2003). En Perú, en 63 estudiantes universitarios de la carrera de medicina (Bazán, Cabrera, Huamán, López y Martín, 2011), encontraron el 34.9% en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, 3.2% anorexia nerviosa y 4.8% bulimia nerviosa. En Chile, Micin y Bagladi (2011), en un estudio con 460 universitarios encontraron una prevalencia anual del 6.5% para los trastornos alimentarios, 9.7% para las mujeres y 2.1% para los varones.

4.4. Factores de riesgo asociados a los trastornos alimentarios

En el DSM-5 (APA, 2013/2014) se señalan algunos factores de riesgos para la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa que se recogen en la Tabla 14. Además, menciona que factores como la búsqueda del ideal de un cuerpo delgado o el culto a la delgadez, afecta de igual manera a los dos trastornos.

Tabla 14. Factores de riesgo para la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa
- Desordenes de ansiedad o mostrar rasgos obsesivos en la infancia.	- Sintomatología depresiva o fobia social.
- Tener una ocupación o vocación que promueva la delgadez como, por ejemplo, modelo o deportista de élite.	- Problemas con el peso.
- Tener un familiar de primer grado que haya padecido el trastorno.	- Baja autoestima.
	- Abuso físico o sexual en la niñez.
	- Obesidad en la niñez y la maduración temprana en la pubertad.

Nota. Adaptado de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013/2014).

El sexo es un factor relacionado a estos trastornos, que son más frecuentes entre el sexo femenino (ej., Currin, Schmidt, Treasure y Jick, 2005; Nicholls y Viner, 2009; Peláez, Raich, y Labrador, 2010). De igual manera, la insatisfacción con la imagen corporal (Lawler y Nixon, 2011; Xu et al, 2010) y el comportamiento alimentario no saludable (Haley, Hedberg y Leman, 2010), está asociado a las mujeres. La edad también se relaciona con estos trastorno, así en el estudio ESEMeD (Preti et al., 2009), se halló que los jóvenes de edades entre 18-29 años tenían un mayor riesgo de padecer anorexia nerviosa (OR = 14.5) y bulimia nerviosa (OR = 4.1), que las personas de edades superiores. Nakamura, Hoshino, Kodama y Yamamoto (1999), en su estudio con 3 032 adolescentes japonesas, hallaron relación entre los trastornos alimentarios y quienes tenían mayor edad (adolescencia tardía), mayor índice de masa corporal, una imagen corporal distorsionada, rasgos obsesivo-compulsivos, y problemas familiares, el tener una imagen corporal distorsionada fue el factor con mayor influencia en estos trastornos.

Otro tipo de factores de riesgo, también han sido estudiados en relación a estos trastornos. Así, por ejemplo, Quiles y Terol (2008) encontraron que los factores de afrontamiento más utilizados por las personas que padecen un trastorno alimentario son los evitativos y los centrados en la emoción, lo cual les lleva a una dificultad en la adaptación social. El perfeccionismo también se ha asociado al desarrollo de la anorexia nerviosa (Tyrka, Waldron, Graber y Brooks-Gunn, 2002), al igual que un estilo de crianza marcado por una alta preocupación, dificultades para dormir o comer durante la lactancia y la primera infancia, los trastornos de ansiedad infantiles, la autoevaluación negativa y los acontecimientos vitales adversos (Jacobi, Hayward, de Zwann, Kraemer y Agras, 2004). Ángel, Vásquez, Chavarro, Martínez y Garcia (1997), encontraron una relación significativa entre los trastornos alimentarios y la ansiedad como rasgo. Sassaroli y

Ruggiero (2005), al comparar adolescentes que pasaban por circunstancias estresantes frente a quienes no las pasaban, encontraron que la preocupación por cometer errores (como parte del rasgo de perfeccionismo) estaba asociada con los trastornos alimentarios, independientemente de estar o no en una situación estresante. Es más, estos autores llegaron a la conclusión de que en el sexo femenino, un suceso vital estresante puede generar una asociación entre algunos factores psicológicos que estimulan conductas relacionadas con los trastornos alimentarios.

En universitarios, Bustos, Romero y Campo (2011), al estudiar la relación entre estrés y trastornos alimentarios, usando como covariable la edad, hallaron una asociación significativa entre una alta percepción de estrés y el riesgo de trastornos alimentarios (OR = 2.9). En un estudio realizado por MacLaren y Best (2009) en mujeres de dos universidades canadienses, en el que se analizó la relación entre los cinco grandes factores de personalidad y los trastornos alimentarios se encontró que las mujeres con síntomas de trastornos alimentarios diferían de quienes eran asintomáticas en neuroticismo, extraversión y amabilidad. El componente de impulsividad y neuroticismo correlacionó positivamente con la subescala de bulimia y la preocupación por la alimentación del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26; Garner, Olmster, Bohr y Garfinkel, 1982) y negativamente con la subescala de aseo oral y dieta. Esta investigación sugiere que altas puntuaciones en neuroticismo pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo y que el grado de impulsividad puede predecir el subtipo de trastorno de la conducta alimentaria a la que una persona es más susceptible.

En una revisión realizada por Gonçalves, Moreira, Trindad y Fiates (2013) se encontró que los factores asociados a los trastornos alimentarios son: culto a la delgadez,

problemas nutricionales (déficit de crecimiento y ganancia de peso), salud bucal, prejuicios sociales, influencia de los medios, ambiente social y familiar. En cuanto al impacto familiar, Leija, Saucedo y Ulloa (2011) encontraron una correlación positiva ($r = 0.34$) entre la puntuación total del *Eating Disorder Inventory* y la puntuación de la *Subescala de Funcionamiento General de la Familia*, la disfunción familiar es una variable que se relaciona con la gravedad de los trastornos alimentarios, además la sintomatología bulímica y la baja autoestima también se relacionaron significativamente. En universitarias Mase et al. (2013), en su estudio con 631 mujeres de seis universidades de Kyoto (Japón), encontraron que independientemente del peso actual, muchas estudiantes tenían deseo de estar más delgadas: en concreto, el 51.7% de quienes tenían bajo peso, y el 88.8% de quienes tenían un peso normal. Además, determinaron que el bajo peso, el deseo de delgadez y la experiencia con el control del peso se asociaron positivamente con problemas alimentarios.

En Colombia, Sáenz, González y Díaz (2011) investigaron los factores de riesgo de padecer trastornos alimentarios en 1 040 estudiantes y encontraron que las variables que mejor predecían las puntuaciones obtenidas en la escala Sick Control On Fast Food (SCOFF) (Morgan, Reid, Lacey, 1999) fueron: edad (OR = 1.86), susceptibilidad de enfermar (OR = 1.77), realizar dieta (OR = 2.81), tener problemas de colon (OR = 1.8) y no realizar actividad física (OR = 3.04). En un estudio transcultural en población universitaria realizado por Mukai, Kambara y Sasaki (1998), en el que se compararon 171 estudiantes japoneses y 144 estudiantes estadounidenses, se halló que las mujeres japonesas expresaron mayor insatisfacción con su cuerpo, pero no más trastornos alimentarios que las mujeres estadounidenses. Sin embargo, la necesidad de aprobación social fue un factor predictor de los trastornos alimentarios en las mujeres japonesas, al

controlar los efectos de índice de masa corporal (IMC) y la insatisfacción corporal. El IMC fue un predictor significativo de alteraciones alimentarias para las mujeres norteamericanas, pero no para las mujeres japonesas.

Finalmente, se han informado de otros factores de riesgo en universitarias relacionados con actitudes anormales de alimentación como una imagen corporal distorsionada, menor número de horas de sueño, hábitos de comida irregulares, consumo de cigarrillos o realizar más ejercicio (Makino, Hashizune, Yasushi, Tsuboi y Dennerstein, 2006).

4.5. Comorbilidad de los trastornos alimentarios

En el DSM-5 (APA, 2013/2014) se informa que la anorexia nerviosa concurre frecuentemente con los trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares; el trastorno obsesivo-compulsivo (especialmente en aquellos con anorexia de tipo restrictivo); y, el trastorno por abuso de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (especialmente en aquellos que presenten anorexia tipo purgativa). En la bulimia nerviosa, es muy común también encontrar otro tipo de desórdenes, por ejemplo, los trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad, consumo de sustancias (en especial alcohol o de estimulantes) y los trastornos de personalidad (mayor frecuencia el trastorno de la personalidad límite).

En uno de los estudios más interesantes al respecto, el National Comorbidity Survey Replication Adolescent [NCS-RA] (Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen y Merikangas, 2011), con una muestra de 10 123 adolescentes de 13 a 18 años, se encontró que los trastornos comórbidos más frecuentes en la anorexia eran el trastorno negativista

desafiante y la fobia simple, y en la bulimia eran la fobia simple y la depresión (ver Tabla 15).

Tabla 15. Comorbilidad de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa con otros desórdenes

	Anorexia Nerviosa (%)	Bulimia Nerviosa (%)
Depresión mayor	8.7	31.1
Distimia	1.1	6.7
Bipolar I y II	2.1	18.5
Agorafobia	3.5	7.5
Ansiedad generalizada	0.0	4.4
Fobia social	9.2	20.3
Fobia específica	20.5	36.7
Trastorno de pánico	0.9	11.1
Trastorno de estrés postraumático	8.7	25.5
Ansiedad por separación	11.1	22.1
Abuso de alcohol	9.1	14.3
Abuso de drogas	13.0	19.3
Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	2.3	20.0
Trastorno negativista desafiante	30.4	24.4
Trastorno de la conducta	5.7	29.0

Nota. Adaptado del estudio NCS-RA (Swanson et al., 2011).

Además, en el NCS-RA se encontró que había diferencias entre ambos trastornos alimentarios en relación a la comorbilidad con la conducta suicida. Así, de aquellos con anorexia nerviosa el 31.4% presentan ideas suicidas y el 8.2% intentos suicidas, mientras que de aquellos con bulimia nerviosa el 53% muestran ideación suicida y el 35.1% han intentado suicidarse.

Un estudio realizado en población clínica psiquiátrica, realizado por Leija et al. (2011), en una muestra de 36 pacientes mujeres hospitalizadas entre 10 y 17 años de edad con diversos trastornos psiquiátricos (ej. trastorno disocial, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad por separación), encontraron que el 39% de la muestra presentó un trastorno alimentario (17% un trastorno específico y 22% un trastorno no especificado). Además, se encontró que la disfunción familiar era una variable que se relaciona con la gravedad de los trastornos alimentarios.

En otra población clínica, Sallet et al. (2010) evaluaron la prevalencia de los trastornos alimentarios en 815 pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). De ellos 92 pacientes (11.3%) presentaron trastornos alimentarios, distribuidos de la siguiente forma: trastorno de atracones (7.2%), bulimia nerviosa (2.0%) y anorexia nerviosa (2.1%). Además, encontraron que en los pacientes con comorbilidad TOC y trastornos alimentarios tenían mayor prevalencia de trastornos comórbidos de ansiedad, depresión y mayor frecuencia de intentos suicidas. En otro estudio con población clínica (McElroy et al., 2011), en el que participaron 125 pacientes diagnosticados con trastornos bipolares, se halló una comorbilidad de 21.6% con anorexia nerviosa y 33.6% con bulimia nerviosa.

5. CONTEXTUALIZACIÓN DEL SUICIDIO

5.1. Clínica del suicidio

El suicidio representa un grave problema de salud pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo (Hawton y Van Heeringen, 2009). En el año de 1986, la OMS definió el suicidio como un suceso con resultado letal, que se comete deliberadamente por un sujeto, conociendo o esperando su resultado letal y que pretende

obtener los cambios deseados. Según Durkheim (2008), el suicidio es “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado” (p. 5). Este autor clasifica al suicidio, en base a la integración del individuo a la sociedad: (a) el *suicidio egoísta*, debido al distanciamiento del individuo de la sociedad (ej., una persona aislada o solitaria); (b) el *suicidio altruista*, debido a la integración social demasiado fuerte, de tal modo que reduce la libertad personal (ej., un kamikaze, militar en guerra); (c) el *suicidio anómico*, se produce cuando el quebrantamiento de los valores sociales lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida (ej., muerte repentina de algún familiar, divorcio); (d) el *suicidio fatalista*, propio de sociedades con alto grado de inflexibilidad (ej., suicidio de un homosexual).

Otros autores como Cooper (1979), clasifica este fenómeno en base a distintos criterios como el de la finalidad del acto y existirían cuatro categorías: escapista, agresivo, oblativo y lúdico. El *escapista*, con el objetivo de escapar de algo; es propia de personas con esquizofrenia (huida) o con depresión (duelo) y con melancolía (castigo). El *agresivo*, en el que el objetivo secundario es la intención de perjudicar a un tercero, relacionado con actos pasionales (venganza, crimen), las personas con histeria (llamada) y las personas con psicopatía (chantaje). El *oblativo*, que es un tipo de suicidio cuya finalidad es llegar a un nivel moral o un valor superior. Y, el *lúdico*, en el que durante el acto el sujeto cuenta con la actuación de Dios o del azar para su salvación o muerte (ej., la ruleta rusa). La conceptualización del suicidio es compleja, sin embargo, Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll y Joiner (2007) nos propone términos que intentan concretar de manera más precisa algunos conceptos y sus diferencias (ver Tabla 16).

Tabla 16. Terminología empleada para el suicidio

	Definición
Ideación suicida	Pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).
Comunicación suicida	Acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida (verbal o no verbal).
Conducta suicida	Conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que la persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad o presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.
Autolesión/gesto suicida	Conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la cual existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse.
Conducta suicida no determinada	Conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte.
Intento de suicidio	Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte.
Suicidio	Muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.

Nota: Adaptado de Silverman et al. (2007).

El DSM-5 (APA, 2013/2014), incorpora entre sus propuestas para el futuro, *el trastorno de comportamiento suicida* (ver Tabla 17). Este cuadro clínico se debería diagnosticar en aquellas personas que han hecho un intento suicida en los últimos dos años y que su conducta suicida fue una condición independiente de la depresión u otros trastornos mentales.

Tabla 17. Criterios diagnósticos para el trastorno de comportamiento suicida

<p>El individuo ha hecho un intento de suicidio en los últimos dos años.</p> <p><u>Nota.</u> Un intento de suicidio es una secuencia autoiniciada de conductas de un individuo que, en el momento de la iniciación, espera que el conjunto de acciones lleven a su propia muerte. La hora de inicio es el momento en que un comportamiento tuvo lugar y que implicó la aplicación del método.</p> <p>El acto no cumple con los criterios de autolesiones no suicidas, este no implica autolesiones dirigidas hacia la superficie del cuerpo queriendo generar alivio de un sentimiento/cognición negativas o para conseguir un estado de ánimo positivo.</p> <p>El diagnóstico no se aplica a la preparación de un intento de suicidio o ideación suicida.</p> <p>El acto no se intentó durante un estado mental alterado, como delirio o confusión.</p> <p>El acto no era ideológicamente motivado (por ejemplo, por motivos religiosos o políticos).</p> <p><u>Especificar:</u></p> <p>En curso: más de 12 a 24 meses desde el último intento.</p> <p>En remisión: más de 24 meses desde el último intento.</p>

Nota. Adaptado de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013/2014).

Finalmente es necesario destacar que la conducta suicida es muy variable, por lo que puede ser clasificada según muchos criterios. Así, por ejemplo, puede ser catalogado en términos de violencia según el método, desde el uso de sobredosis con sustancias legales o ilegales (no violentos) hasta heridas de bala (violentos). Hay actos que por sus consecuencias médicas pueden implicar alta o baja letalidad, los primeros requieren de hospitalización para salvar la vida, o también se pueden clasificar considerando si los actos suicidas fueron planificados o impulsivos (APA, 2013/2014).

5.2. Curso del suicidio

El DSM-5 señala que trastorno de comportamiento suicida podría ocurrir en cualquier momento de la vida, muy raramente en menores de cinco años (APA, 2013/2014). Los indicios de que una persona puede ser un potencial suicida, se pueden dar

en tiempos muy diversos, o bajo matices muy sutiles que hacen compleja la predicción de un desenlace fatal. Autores como Roleff (2000) propone tres categorías de síntomas que indican si una persona puede o no ser suicida: (a) cambios conductuales, que se pueden manifestar como: patrones de alimentación y sueño alterados, alejarse de amigos y familiares, consumo de alcohol o drogas, pérdida de interés en actividades favoritas o regalar posesiones valiosas; (b) cambios en la personalidad que conlleven estados de ánimos que incluyan coraje, ansiedad o depresión (agresividad, desesperanza, hipersensibilidad, aburrimiento); y, (c) problemas de salud como padecer una enfermedad grave que amenace la vida de la persona, así como quejas menores sobre dolores de cabeza frecuentes, aumento o pérdida de peso, náuseas o fatiga.

Basándonos en la terminología de Silverman et al. (2007), anteriormente mencionada (ver Figura 5), el suicidio seguiría un curso o trayectoria que incluye las siguientes etapas: (a) ideación suicida; (b) comunicación suicida, en la que se puede tener intencionalidad, pero no producen lesiones, que se puede presentar de dos formas, o como amenaza suicida o como plan suicida; (c) conducta suicida, que puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e, incluso, producir la muerte. Se considera *conducta suicida* la autolesión/gesto suicida, conducta suicida no determinada, intento de suicidio y suicidio.

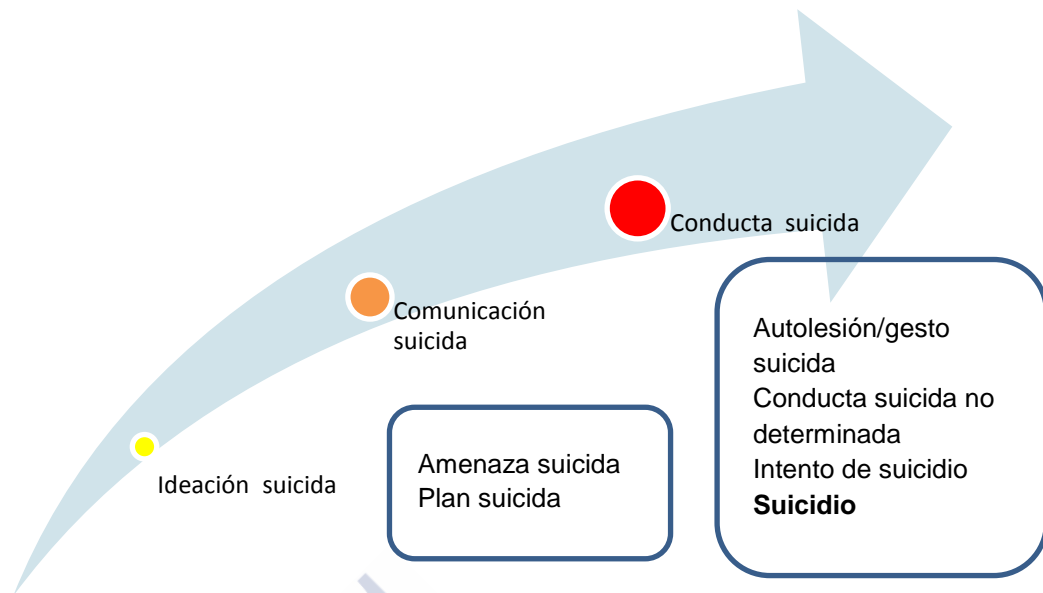


Figura 5. Trayectoria suicida

Nota. Adaptado de Silverman et al. (2007).

La OMS (2012), estima que por cada adulto que se suicida, 20 intentaron suicidarse, que entre un 3% y un 7% de los pacientes con tentativas suicida acaban suicidándose, y que un 50% de las pacientes que se suicidan han presentado previamente tentativas suicidas. Según Paladino y Minton (2008), el suicidio afecta además a las personas allegadas que han mantenido algún tipo de contacto con la víctima suicida; se estima que afecta al menos otras seis personas.

En los problemas mentales es vital la atención oportuna para mejorar su pronóstico; en el caso del suicidio es igual, aunque no es garantía de éxito. En los servicios de salud hay diferentes profesionales implicados en el tratamiento de la conducta suicida, entre ellos médicos, psicólogos, enfermeros, psiquiatras o trabajadores sociales. Antes de una conducta suicida es habitual que el paciente haya acudido a un servicio de salud. En concreto el 75% de las personas recibieron atención por un médico el año previo, y al menos el 45% lo recibieron un mes antes, pero tan solo un 33% acudieron a un servicio

especializado de salud mental en el año anterior y el 20% a estos servicios en el mes anterior (Farand, Renaud y Chagnon, 2004; Luoma, Martin y Pearson, 2002).

La conducta suicida puede tener un curso letal, que termina con la muerte del paciente. Es más, del 25% al 30% de las personas que intentaron suicidarse lo volverán a realizar al menos una vez más (APA, 2013/2014). Es necesario tratamientos eficaces para evitar que los pacientes ingresen al continuo de la conducta suicida a través de pautas preventivas, y en el caso de quienes ya lo han intentado, es de vital importancia evitar la recurrencia. En este sentido la psicoterapia ha mostrado un impacto importante en la prevención de nuevos intentos. En una revisión sistemática realizada por Rudd, Williams y Trotter (2009), se determinaron los factores más importantes y comunes entre las terapias que son más exitosas en el tratamiento de la conducta suicida: (a) los tratamientos se centran específicamente en el comportamiento suicida, (b) tienen un sistema para hacer frente a un mal cumplimiento y motivación por parte del paciente, y (c) adoptan un plan seguro de fácil acceso al tratamiento en caso de crisis.

5.3. Epidemiología del suicidio

La epidemiología del suicidio, suele tener limitaciones, pues generalmente las ideaciones, las tentativas y los suicidios suelen ser mal recogidos o infra-estimados (Diekstra, 1993). La ideación suicida es de difícil cuantificación, ya que los intentos suelen ser reportados por los servicios de urgencias, y muchos otros intentos que no llegan a estos servicios quedan fuera de las estadísticas. Se estima uno de cada cuatro intentos suicidas son conocidos por un profesional (Kienhorst, De Wilde, Van den Bout, Diekstra y Wolters, 1990).

Pese a estas limitaciones, existen investigaciones y proyecciones de organismos públicos que nos acercan este fenómeno. A nivel mundial, según la OMS (2005), un millón de personas se suicidan por año, lo que se reflejaría en una tasa de 16 por cada 10 000 habitantes, y en temporalidad un suicidio cada 40 segundos. Datos recientes señalan un ligero descenso en el número de suicidios; en el 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11.4 por 100 000 habitantes (15 entre hombres y 8 entre mujeres) (OMS, 2012). Los intentos de suicidio podrían ser 10 ó 20 veces más numerosos, con una frecuencia de ocurrencia a nivel mundial de un intento suicida cada tres segundos (OMS, 2012). A diferencia de los suicidios consumados, los intentos son más frecuentes en las mujeres especialmente entre las jóvenes (Vega, Blasco, Baca y Díaz, 2002).

En el 2005, la OMS estimó que el suicidio fue la tercera causa de muerte de personas entre 15 a 44 años, mostrando un incremento del 30% en la tasa de suicidio en la población de jóvenes. Para el 2012 el suicidio fue la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años (OMS, 2012). En EE UU, en estudios realizados por los organismos Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control [WISQARS] (1999-2006), se halló que el suicidio era la tercera causa de muerte en los jóvenes; se estimó que por cada 100 000 habitantes la tasa era de 9.9 para jóvenes entre 15 a 24 años y 12.3 para jóvenes de entre 20 y 24 años, mientras que la relación hombre-mujer fue de 7:1. En Europa, se ha encontrado que el suicidio en jóvenes ha ido aumentando entre 1980 y 2000, cuadruplicándose su tasa (Mladovsky, Allin y Massenia, 2009).

El suicidio en los estudiantes de las universidades norteamericanas es la segunda causa de muerte (McCarthy y Salotti, 2006). Brener, Hassan y Barrios (1999) encontraron que la ideación suicida es más común entre los estudiantes más jóvenes; los estudiantes de primer y segundo año tienen mayor índice de ideación suicida, que los estudiantes que se encuentran en un nivel superior o cursando su último año de estudios universitarios.

En EE UU, un estudio realizado por Taliaferro y Muehlenkamp (2015), en 16 004 estudiantes universitarios, en edades comprendidas entre 18 y 23 años y de los cuales el 41.3% eran estudiantes de primer año, encontraron que más del 3% de los estudiantes reportaron autolesiones no suicidas y un tercio de estas personas también intentaron suicidarse. En España, según datos del 2013 del Instituto Nacional de Estadística (INE), se suicidan nueve personas al día, tres hombres por cada mujer y la tasa de suicidios aumenta con la edad (INE, 2013). Según Ruiz-Perez y de Labry-Lima (2006), la tasa de intentos suicidas en España está entre 50-90 por 100 000 habitantes al año. Según un estudio realizado en 16 países de Europa con 160 450 personas, se determinó que entre los métodos más frecuente estaba la horca, tanto en hombres (54.3%) como en mujeres (35.6%). Para los hombres, la horca fue seguido por armas de fuego (9.7%) y la intoxicación por drogas (8.6%); para las mujeres, por la intoxicación por drogas (24.7%) y saltar desde un lugar elevado (14.5%) (Värnik, et al., 2008).

En el informe de Indicadores Básicos de Salud, de la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2014), se determinó que para el año 2012, la tasa de suicidios para América Latina, fue de 8.6 por cada 100 000 habitantes. En este informe se muestran datos desglosados por países y regiones, en el comparativo regional, las mayores tasas se presentaron en América del Norte (12.1), Caribe no latino (11.8) y Cono Sur y Caribe

latino (8.9). Por otro lado, en Hispanoamérica la mayor prevalencia se presentó en Uruguay (16.2), Cuba (13.3) y El Salvador (13.1) (ver Figura 6).

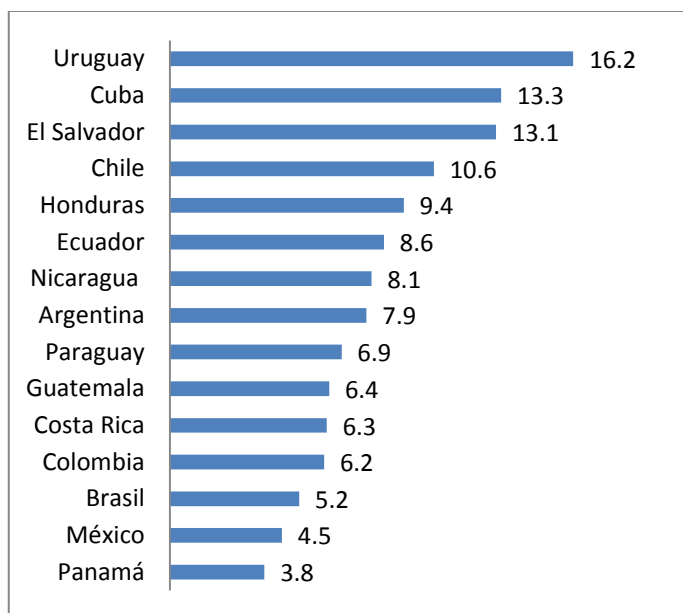


Figura 6. Tasas de prevalencia de suicidio en Hispanoamérica

Nota. Adaptado de Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2014).

Finalmente, la OMS (2012), señala que a nivel mundial los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres; además, en el informe se señala que en los países más desarrollados se suicidan tres veces más hombres que mujeres, frente a los países de ingresos bajos y medianos, 1.5 hombres por cada mujer.

5.4. Factores de riesgo asociados al suicidio

Los factores de riesgo para el suicidio, pueden ser sociodemográficos (ej., sexo, edad), psicológicos (ej., personalidad) o psicopatológicos (ej., trastornos afectivos). En la

Tabla 18 se enumeran algunos de los factores de riesgo para el suicidio que cuentan con un considerable apoyo empírico.

Tabla 18. Factores de riesgo para el suicidio

-
- Sexo
 - Edad
 - Estado laboral
 - Apoyo social
 - Presencia de acontecimientos vitales
 - Antecedentes de enfermedades mentales
 - Baja autoestima
 - Características de personalidad
-

Con respecto al sexo, se estima que los hombres se suicidan más que las mujeres. Esto es debido al tipo de método que escogen para suicidarse; los hombres utilizan métodos más letales y fiables (ej., armas de fuego, saltar de una altura) que las mujeres (ej., cortes, medicamentos) (Roleff, 2000; Schrijvers, Bollen y Sabbe, 2012). La ideación suicida, por el contrario, es 1.7 veces más frecuente en mujeres (Bertolote et al., 2005). En un informe de la OMS (2008) se señala que en los jóvenes de 15 a 24 años el índice de suicidios es mayor en los varones; así, las tasas de suicidios consumados en países hispanoamericanos, generalmente son mayores en varones, fenómeno que también se repite en EE UU y España. Es importante destacar que la tendencia es diferente en Perú, donde la tasa es ligeramente mayor en las mujeres, y, en Ecuador, las diferencias no son tan marcadas como en resto de países (ver Figura 7).

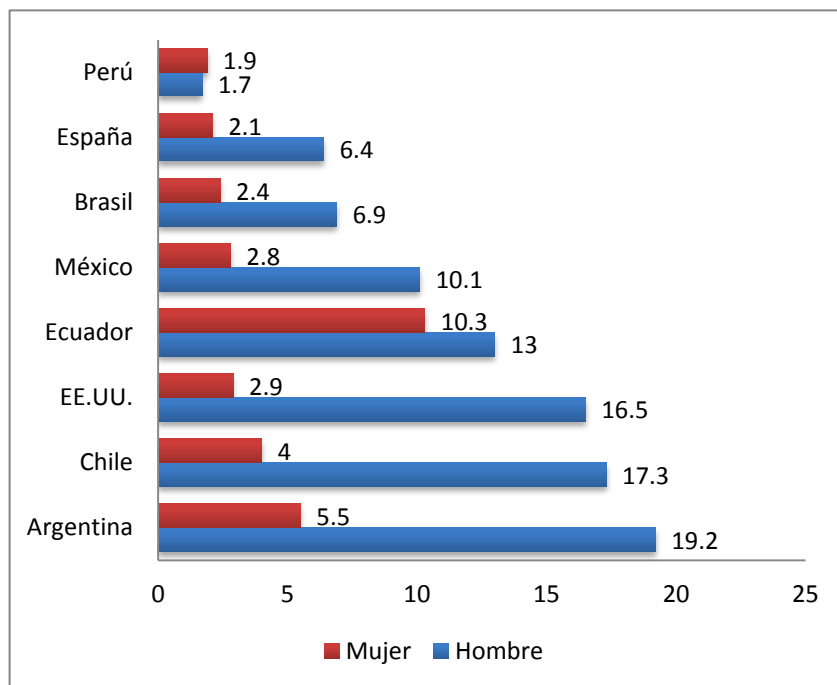


Figura 7. Tasa de suicidios en jóvenes entre 15 a 24 años según el sexo

Nota. Adaptado de OMS (2008).

Según la OMS (2012), en relación a la edad, el suicidio a nivel mundial es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. En España en un estudio reciente (Baca, Enrique, Aroca, Fuensanta, 2014), en el que se estudiaron 505 pacientes con historia de intentos de suicidio y 277 pacientes sin ella, hallándose una mayor probabilidad de intentos de suicidio en aquellas que tenían menos de 35 años (OR = 3.52), Asimismo, en este mismo estudio también se encontró que había otros factores que aumentaban la probabilidad de intentos de suicidio: tener depresión (OR = 3.4), más aún si hay comorbilidad entre ansiedad-depresión (OR = 4.3); y tener historia familiar de conducta suicida (OR = 2.2).

Algunos estudios en jóvenes también hallaron una asociación fuerte entre la desesperanza y el suicidio (Horesh, Gothelf, Ofek, Weizman y Apter, 1999; Thompson et al., 2005), desesperanza que puede estar agravada por acontecimientos vitales importantes

como el abuso sexual (Bergen, Martin, Richardson, Allison y Roeger, 2003). Además al comportamiento suicida en jóvenes ha sido relacionado con el sentimiento de culpa (Haliburn, 2000), la soledad (Batugin, 2005; Guertin, Lloyd-Richardson, Spirto, Donaldson y Boergers, 2001) y la baja autoestima (Martin, Richardson, Bergen, Roeger y Allison, 2005; Merwin y Ellis, 2004).

En cuanto a la personalidad, los rasgos frecuentes relacionados con la conducta suicida en jóvenes son la impulsividad, la agresividad o la tendencia a evadir la frustración (Fennig et al, 2005; Horesh et al, 1999). Los jóvenes tienen la tendencia a actuar impulsivamente y al suicidio, considerado en la mayor parte de los casos como un acto frecuentemente impredecible y típicamente impulsivo, y agudizándose cuando la persona está bajo efectos de drogas o alcohol (Roleff, 2000).

Más específicamente, en población universitaria, en una muestra de 521 estudiantes, se halló una prevalencia de ideación suicida del 59.9%, y se encontraron que las variables asociadas a la ideación suicida eran: el no estar trabajando, haber vivido la infancia o adolescencia solamente con la madre o un familiar, consumir tabaco, café, alcohol u otras drogas; no contar con el apoyo social proveniente de familiares, cuando el dinero no cubre sus necesidades; tener antecedentes de problemas mentales atendidos, manifestar pensamientos negativos o ambivalentes sobre sí mismos (baja autoestima) y percibir un futuro difícil e incierto (Osnaya, Murillo, Ávila y Pérez, 2007)

Otros factores que predisponen la presencia de ideaciones y conductas suicidas en los estudiantes universitarios son: la baja autoestima, estrés, depresión, soledad,

desesperanza, problemas académicos, problemas relacionales, preocupaciones financieras y ajuste a la vida universitaria (Paladino y Minton, 2008).

5.5. Comorbilidad del suicidio

Para hablar de comorbilidad, y debido a la conceptualización del suicidio, nos referiremos en este apartado a la relación que hay entre la conducta suicida y otros trastornos psiquiátricos. En el DSM-5 (APA, 2013/2014) se indica que el comportamiento suicida está presente en los trastornos mentales bipolar, depresivo mayor, ansiedad, esquizofrenia, esquizoafectivo, de pánico, de estrés postraumático, de abuso de sustancias (especialmente alcohol), el límite de la personalidad, el antisocial de la personalidad, de la conducta alimentaria y los de adaptación. Así, En jóvenes se presenta una proporción similar; más del 90% presentan algún trastorno mental en el momento de llevar a cabo el acto suicida, y el 50% presentan un trastorno mental en los dos años previos al intento suicida (Steele y Doey, 2007).

Al analizar los datos de personas entre 15 a 54 años de edad del estudio NCS correspondientes a los intentos suicidas a lo largo de la vida, se encontró que una prevalencia del 14.8% en pacientes con comorbilidad con depresión mayor, del 5.2% para el trastorno de pánico y del 25.5% cuando se analizaron en conjunto estos dos trastornos (Kessler, Borges y Walters, 1999). En jóvenes la depresión se asocia tanto a la ideación como a la conducta suicida, aumentando el riesgo para ambos sexos (Evans, Hawton y Rodham, 2004; Vander et al., 2011). Así mismo, la distimia y los trastornos de ansiedad presentan una comorbilidad alta con riesgo de intentos suicidas (Steele y Doey, 2007).

En un meta-análisis realizado por Arsenault-Lapierre, Kim y Turecki (2004) se determinó que la prevalencia de una enfermedad mental asociada al suicidio era del 43.2% para los trastornos afectivos, 25.7% para el trastorno por consumo de sustancias, 16.2% para los trastornos de personalidad y 9.2% para la esquizofrenia. El alcohol al ser una sustancia depresora y desinhibidora del sistema nervioso central, incrementa el riesgo suicida tanto en personas dependientes al alcohol (Roy y Linnoila, 1986; Sher, 2006), como en aquellas que no lo son (Borges y Rosovsky, 1996; Young, Fogg, Scheftner y Fawcett, 1994). El suicidio supone un incremento de entre un 20% y un 30% en la tasa de muerte de personas con un problema de alcoholismo en comparación con la población general (Rossow y Amundsen, 1995). Datos similares se encuentran en poblaciones jóvenes, en donde el consumo de alcohol se asocia a un aumento de riesgo suicida (Durkee, Hadlaczky, Westerlund y Carli, 2011; Steele y Doey, 2007).

Finalmente, de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia se estima que alrededor de un 10% comete un acto suicida (Caldwell y Gottesman, 1990). Aunque los trastornos psicóticos son poco frecuentes antes de la pubertad, la aparición del primer episodio psicótico en la adolescencia tardía aumenta el riesgo de cometer un suicidio (Waldman y Slutske, 2000). Asimismo, Harris y Barraclough (1997) encontró que las personas con un trastorno de anorexia presentan un riesgo suicida 23 veces mayor a la población general (Harris y Barraclough, 1997); mientras que para la bulimia nerviosa el riesgo es menor, comparado con la ansiedad (Franko et al., 2004).

6. CONTEXTUALIZACIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

6.1. Clínica del consumo de sustancias

Según el DSM-5 (APA, 2013/2014), los trastornos relacionados con las adicciones, abarcan desde los trastornos que están ligados al consumo de sustancias (alcohol y otras drogas) hasta las adicciones sin sustancias relacionadas al comportamiento (juego patológico). Gossop (1989) identificó los elementos característicos de una adicción como: (a) un poderoso deseo de llevar a cabo una conducta particular, sobre todo cuando no se tiene la oportunidad para realizar dicha conducta; (b) la disminución de la capacidad para controlar tal conducta, especialmente en su inicio; (c) una alteración del estado de ánimo, llegando a sentir malestar, cuando cesa la conducta o no es posible realizarla; (d) ser consciente de las consecuencias indeseadas que se derivan de tal conducta, y aun así mantenerla.

Los criterios de clasificación de las sustancias son diversos, así por ejemplo, se agrupan dependiendo de los efectos que genere a nivel del sistema nervioso central (SNC) (ver Tabla 19), de su origen, composición y hasta del medio sociocultural.

Tabla 19. Sustancias según sus efectos sobre el sistema nervioso central (SNC)

Tipos	Descripción
Depresoras	Disminuyen el nivel de activación del SNC. Entre los efectos que producen se encuentra la sedación, la relajación, la somnolencia o la analgesia. Este grupo lo constituyen sustancias como el alcohol, diversos tipos de psicofármacos (ej., benzodiazepinas, barbitúricos), los opiáceos (ej., heroína, morfina) o los disolventes volátiles (ej., pegamentos)

Tabla 19.

(Continuación)

Tipos	Descripción
Estimulantes	Aumentan el nivel de activación del SNC. Producen efectos como la elevación del humor, el incremento de la alerta, insomnio, pérdida del apetito o un estado de hiperactividad. Se incluyen en este grupo la cocaína, las anfetaminas (ej., efedrina, metanfetaminas), la nicotina o la cafeína (ej., tabaco, café, energizantes).
Perturbadoras	Alteran el estado de conciencia y la percepción sensorial. Pueden producir delirios, paranoias y alucinaciones. Ejemplos de estas sustancias lo constituirían los alucinógenos (ej., LSD), los cannabinoides (ej., marihuana), drogas de síntesis (ej., éxtasis) o la fenilciclina (PCP).

Para entender mejor la clínica de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos es necesario tener en cuenta algunos conceptos como la tolerancia, la dependencia o el síndrome de abstinencia. La *tolerancia* es el proceso por el cual una persona que consume una determinada sustancia necesita cada vez mayores de la misma para experimentar el mismo efecto que lograba al inicio (Barlow y Durand, 2011). Se considera que la tolerancia es la responsable principal de generar la dependencia a una sustancia (Kolb y Whishaw, 2006). La *dependencia* deriva de un uso excesivo de la sustancia, que provoca consecuencias negativas significativas durante un período y que a pesar de ello se mantiene (Barlow y Durand, 2011). El *síndrome de abstinencia* es un conjunto de síntomas físicos y psicológicos que presenta la persona dependiente de una sustancia cuando cesa el consumo de la misma de forma brusca o la cantidad consumida es insuficiente (Barlow y Durand, 2011). El síndrome de abstinencia depende del tipo de

sustancia, por ejemplo, en el alcohol el ingreso hospitalario a la unidad de cuidados intensivos es más frecuente y con mayor mortalidad en los pacientes alcohólicos (Delgado-Rodríguez, Gómez-Ortega, Mariscal-Ortiz, Palma-Pérez y Sillero-Arenas, 2003).

Con respecto a la clasificación de los trastornos relacionados con sustancias, el DSM-5 (APA, 2013/2014) incluye trastornos por consumo de sustancias y trastornos inducidos por sustancias. En los primeros se describen los criterios diagnósticos para diez clases de sustancias distintas (ver Tabla 20); en cada caso se plantea un continuo de severidad del trastorno definido como *leve* (2-3 criterios), *moderado* (4-5 criterios) o *severo* (6 o más criterios). Entre los segundos, se incluyen la intoxicación y la abstinencia.

Tabla 20. Clasificación de los trastornos relacionados con sustancias según el DSM-5

Trastorno relacionado con	Consumo	Intoxicación	Abstinencia
El alcohol	X	X	X
La cafeína		X	X
El cannabis	X	X	X
Los alucinógenos	X	X	
Los inhalantes	X	X	
Los opiáceos	X	X	X
Los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	X	X	X
Los estimulantes	X	X	X
El tabaco	X		X
Otras sustancias	X	X	X

Nota. Adaptado de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013/2014).

Como se puede ver en la Tabla 20, no en todas las sustancias se presenta esos tres trastornos. El DSM-5 (APA, 2013/2014) no tipifica el trastorno por consumo de cafeína, la intoxicación por tabaco, ni el síndrome de abstinencia para los inhalantes y alucinógenos; en el caso de estos últimos también especifica el trastorno de percepción persistente

inducido por alucinógenos. Además incluye para cada una de las diez drogas, las categorías de trastornos relacionados no especificados y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicamento.

La CIE-10 (OMS, 1992) especifica el diagnóstico de los trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. El diagnóstico de síndrome de dependencia se tipifica si tres o más de los seis síntomas (ver Tabla 21) han estado presentes de modo continuo o en algún momento en los últimos 12 meses.

Tabla 21. Criterios diagnósticos del CIE-10 para síndrome de dependencia

- | |
|---|
| <p>A. Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.</p> <p>B. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.</p> <p>C. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.</p> <p>D. Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.</p> <p>E. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.</p> <p>F. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tales como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos, períodos consecutivos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.</p> |
|---|

Nota. Adaptado de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992).

La CIE-10 incluye el consumo perjudicial dentro de las posibilidades diagnósticas, definiéndolo como el patrón de consumo que afectada la salud mental o física del individuo, generando consecuencias sociales adversas. Sin embargo, los problemas sociales o la reprobación del consumo por terceros, no son en sí mismo indicadores del consumo perjudicial.

Finalmente, cabe destacar otro concepto importante relacionado con las adicciones, que es la *politoxicomanía* o *poliadicción*, y que consiste en consumo de múltiples sustancias por la misma persona (Barlow y Durand, 2011). El *policonsumo* de drogas tiene implicaciones legales y sociales para los consumidores y sus familiares más cercanos (Hernández-Serrano, Font-Mayolas y Gras, 2015)

6.2. Curso del consumo de sustancias

El consumo de sustancias se viene dando a lo largo de la historia de la humanidad, involucrándose de manera constante en la vida cotidiana de los individuos. La cultura, las tradiciones y valores de la sociedad, son factores que influyen en este consumo, las sustancias pueden tener diversas aplicabilidades, por ejemplo, sociales, medicinales o ancestrales. Sin embargo, el abuso de una sustancia puede generar un trastorno mental. Según el DSM-5 (APA, 2013/2014), los individuos entre 18-24 años tienen las prevalencias más altas en el consumo de casi todas las sustancias, la intoxicación es el inicio de los trastornos relacionados con sustancias y con frecuencia se presenta en la adolescencia. La abstinencia puede ocurrir a cualquier edad, siempre y cuando la sustancia haya sido tomada en dosis suficientes durante un período prolongado de tiempo.

El paso del uso a la dependencia aunque es complejo suele ser predecible. Becoña (2002) propone seis fases para entender este proceso: la fase *previa o de predisposición*, en donde están presentes los factores de riesgo o protección que se relacionan con el consumo de una sustancia. La fase de *conocimiento* de la sustancia es cuando el individuo posee información real de la existencia de una sustancia y sus efectos. La fase de *experimentación e inicio al consumo*, el consumo puede darse o no, dependiendo de los factores de riesgo y protección (biológicos, psicológicos, socioculturales) del sujeto, unido a la disponibilidad y acceso que tenga a las sustancias. La fase de *consolidación*, es aquella donde se puede pasar del uso, al abuso y finalmente a la dependencia de la sustancia; lo que mantendrá el consumo serán las consecuencias positivas o negativas después del mismo. La fase de *abandono o mantenimiento*, la cual dependerá de si el individuo es consciente que las consecuencias negativas del consumo son más que las positivas; los motivos para abandonar el consumo pueden ser causas internas o externas. La consecución de la abstinencia a largo plazo es fundamental para que la persona deje definitivamente de consumir. La última fase, la *recaída*, puede o no ocurrir, y suele ser habitual; podría considerarse como parte del proceso de abandono y rehabilitación.

El consumo de drogas tiende a ser bastante persistente en el tiempo. No obstante, el curso de la adicción varía para cada una de las sustancias. Por ejemplo, en relación al alcohol según el DSM-5 (APA, 2013/2014), el trastorno por consumo de alcohol tiene un curso variable que se caracteriza por períodos de remisión y recaída. El primer episodio de intoxicación por alcohol suele ocurrir en la mitad de la adolescencia y cuanto más temprana sea esta intoxicación mayor será la probabilidad de que el individuo desarrolle un trastorno por consumo de alcohol. La edad de inicio para un trastorno por consumo de alcohol suele ser en la adolescencia tardía o a principios/mediados de la veintena. La

abstinencia a menudo se da en respuesta a una crisis, puede estar acompañada de recaídas consecutivas y es relativamente rara en individuos menores de 30 años. En general, el trastorno por consumo de alcohol tiene un pronóstico favorable, siempre y cuando el tratamiento sea continuo, los problemas asociados al consumo no sean severos y los periodos de recaídas sean poco frecuentes.

Por otro lado, los trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos, mejoran relativamente rápido con la abstinencia y es improbable que los síntomas del trastorno, permanezcan clínicamente latentes por más de un mes después de la interrupción completa del uso de la sustancia. Los síntomas de los trastornos inducidos por sustancias, son similares a los síntomas de los trastornos mentales independientes, por eso es importante incluirlos dentro de los diagnósticos diferenciales (APA, 2013/2014).

Con respecto a la cafeína, la intoxicación suele remitir en los primeros dos días y no tienen ninguna consecuencia de larga duración conocidos. Aunque la intoxicación se presenta con mayor frecuencia en personas jóvenes por el consumo de productos altos en cafeína (incluyendo bebidas energéticas) y el desconocimiento de sus efectos, las dosis altas de cafeína pueden ser letales a mayor edad del individuo. En el caso del tabaco, la mayoría de adolescentes en EE UU han experimentado el uso del tabaco a la edad de 18 años. En general, más del 80% de individuos que consumen tabaco intentan dejar de fumar en algún momento de su vida, el 60% presenta recaídas dentro de una semana a menos y un 5% mantiene abstinencia de por vida (APA, 2013/2014).

6.3. Epidemiología del consumo de sustancias

La United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2009) estimó que en el año 2007 entre 172 y 250 millones personas habían usado drogas ilícitas por lo menos una vez en los últimos doce meses, entre 134 a 190 millones habían consumido marihuana y otras formas de cannabis, entre 16 y 51 millones anfetaminas y entre 12 a 24 millones éxtasis. En el DSM 5 (APA, 2013/2014) se recogen las prevalencias en EE UU para algunas de las sustancias de mayor consumo (ver Tabla 22). La prevalencia de consumo de sustancias, de manera general, es más frecuente en adolescentes y jóvenes y decrece conforme avanza la edad. El consumo es más frecuente en hombres, por ejemplo, en el alcohol los hombres puntúan 7.5% más que las mujeres y 2% más en el consumo de tabaco.

Tabla 22. Prevalencia anual del consumo de sustancias en EE UU

	Prevalencia por edad (%)		Prevalencia por sexo (%)	
	12-17 años	≥ 18 años	Hombres	Mujeres
Tabaco	-	13	14	12
Alcohol	4.6	8.5	12.4	4.9
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	0.3	0.2	0.3	-
Marihuana	3.4	1.5	2.2	0.8
Estimulantes	0.2	0.2	0.2	0.2
Opiáceos	-	0.37	0.49	0.26
PCP	0.3	2.1	-	-
Otros alucinógenos	0.5	0.1	0.1	0.1
Inhalantes	0.4	-	-	-

Nota. Adaptado de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013/2014).

En Europa, uno de los países con consumos más elevados es España. El Observatorio Español de las Drogas y Toxicomanías [OEDT] (2011), determinó para la población general entre 15 a 65 años, una prevalencia de por vida del 71.1% para el tabaco, 90.9% alcohol, 17.1% tranquilizantes, 7.9% somníferos, 27.4% cannabis, 3.6% éxtasis, 2.9% alucinógenos, 3.3% anfetaminas, 8.8% cocaína, 0.6% heroína, 0.8% inhalantes y 19.5% hipnosedantes.

El consumo de sustancias es un fenómeno también estudiado en distintos países de Latinoamérica. La Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito [ONUDD] (2008) realizó un estudio en la población general de 12 a 65 años de edad en los países de Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay. Como se muestra en la Tabla 23, de manera general el consumo de alcohol y tabaco destaca en todos los países, aunque en la población chilena se observa un mayor consumo: alcohol 60.8% y 44.3% tabaco. Con respecto a las drogas ilícitas, existe un mayor consumo en Argentina: 4.7% marihuana y 1.63% cocaína.

Tabla 23. Prevalencia anual de consumo de sustancias en Latinoamérica

	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína
Argentina	52.4	33.9	4.7	1.63
Bolivia	43.8	26.1	0.6	0.45
Chile	60.8	44.3	4.2	0.62
Ecuador	33.0	19.0	0.4	0.07
Perú	36.6	19.1	0.4	0.16
Uruguay	52.9	34.2	3.8	0.92

Nota. Adaptado de Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito

[ONUDD] (2008).

En relación al consumo de drogas en universitarios, también es un fenómeno ampliamente extendido en los distintos países. Así, en EE UU en una muestra de 1979 estudiantes universitarios entre 18 y 25 años de edad, se identificó que el 48.8% eran bebedores de riesgo, 7.1% fumadores habituales, 21% usuarios regulares de cannabis, y 2% usuarios regulares de otras drogas ilícitas (Locke, Shilkret, Everett y Petry, 2015).

En Europa, uno de los países con mayor consumo de drogas entre los estudiantes es España. Un estudio realizado en 1 347 estudiantes universitarios, con una media de edad de 21.8 años, se encontraron las siguientes prevalencias actuales de consumo: 78.6% para el alcohol, 29.3% tabaco, 15.4% cannabis, 1.3% cocaína, 0.1% heroína, 0.6% alucinógenos, 0.7% drogas sintéticas (éxtasis, speed, anfetaminas), 2.1% tranquilizantes sin prescripción, 0.8% hipnóticos y somníferos sin prescripción y 0.1% analgésicos morfínicos y otros opiáceos (Arribas et al., 2011). Otro estudio, realizado también en España sobre una muestra representativa de 554 estudiantes universitarios de distintos cursos y disciplinas, con edades comprendidas entre 18 y 34 años, se hallaron las siguientes prevalencias a un mes: 81.4% alcohol, 53.1% tabaco, 94.3% cafeína, 25.1% cannabis, 2.5% cocaína, 1.3% drogas de diseño, 0.9% anfetaminas y 0.7% alucinógenos (Vázquez, Blanco y Torres, 2008).

En Latinoamérica, en un estudio realizado con 22 389 estudiantes universitarios de cuatro países de la Comunidad Andina, realizado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos [CICAD/OEA] (2012), se halló una prevalencia anual para las sustancias ilegales (marihuana, pasta básica, base y cocaína) de 4.6% en Bolivia, 16.6% en Colombia, 10.1% en Ecuador y 5.6% en Perú. Más concretamente, en Ecuador los universitarios había

consumido marihuana (9%), cocaína (1.2%), hongos alucinógenos (0.6%), pasta básica (0.5%) y estimulantes tipo anfetamínico (0.4%). La sustancia más consumida en todos los países fue la marihuana, ya fuese de modo exclusivo o combinado con otras drogas. El porcentaje de estudiantes consumidores de sustancias que presentaban síntomas de abuso o dependencia a drogas ilegales era del 28-30% en Colombia, Ecuador y Perú y del 40.9% en Bolivia.

6.4. Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias

Los factores que intervienen en el consumo o no de una sustancia son diversos. En la Tabla 24 se muestran aquellos factores de riesgo más frecuentemente descritos en la literatura científica. La percepción de riesgo de las sustancias desempeña un importante papel en el consumo de sustancias. En el estudio de la ONUDD (2008) se halló un resultado similar entre los distintos países respecto a la percepción del riesgo y el consumo, concretamente, a mayor prevalencia del consumo existía una menor percepción de riesgo. Con respecto a la facilidad de acceso a las sustancias, una mayor disponibilidad puede incrementar el uso de drogas. En los jóvenes universitarios la CICAD/OEA (2012), evidencia el mismo fenómeno, por ejemplo, tan solo el 32.5% de los estudiantes colombianos percibe como gran riesgo el uso experimental de la marihuana, siendo coherente con la prevalencia de consumo en este país, los jóvenes universitarios colombianos presentan la mayor tasa de consumo de marihuana del área andina.

Tabla 24. Factores de riesgo para el consumo de sustancias

Percepción de riesgo de consumo y facilidad de acceso a la sustancia.
Sexo masculino
Antecedentes familiares de consumo
Antecedentes psicológicos personales

Tabla 24.

(Continuación)

Situaciones vitales estresantes en especial la violencia o maltrato

Rasgos de personalidad

Deprivación económica y social

Con respecto al sexo, los hombres son 2.3 veces más propensos que las mujeres a abusar o desarrollar una dependencia de las drogas, y aproximadamente tienen 4 veces más probabilidades de tener un trastorno de consumo de alcohol (Brady y Randall, 1999). En población universitaria, en relación al sexo masculino como factor de riesgo no se han encontrado datos consistentes. Así, autores como, Vázquez et al. (2008), hallaron que existía un mayor consumo en hombres que en mujeres, siendo la edad de inicio cada vez más temprana. Norberg, Norton, Olivier y Zvolensky (2010), al comparar una muestra de hombres y mujeres universitarios con ansiedad social, concluyeron que las mujeres son más susceptibles a consumir alcohol durante el inicio de la universidad que los hombres, usándolo como mecanismo de afrontamiento.

Los antecedentes familiares de alcoholismo o drogodependencias y el tener historia familiar de consumo es un buen predictor de alcoholismo, dependencia de drogas y recurrencia de consumo (Milne et al., 2009). En universitarios, aunque el ambiente podría incitar al consumo de alcohol, antecedentes familiares de consumo problemático de alcohol, se asocia a un mayor riesgo de consumo (King y Chassin 2007; Ross y Hill 2001; Zhou, King y Chassin, 2006) y de abuso de drogas (Chassin, Pitts, DeLucia y Todd, 1999). Aun controlando otro tipo de factores de riesgo como la edad, los conflictos familiares y el tener padres con problemas de alcoholismo se asocia de manera positiva a la probabilidad

de que sus hijos presenten consumo problemático de alcohol y toxicomanía (King y Chassin, 2007).

Los antecedentes psicológicos personales o la presencia de otras alteraciones psicológicas como la ansiedad, la depresión y el estrés se asocian al consumo de sustancias psicoactivas, debido a que estas son una forma rápida de mitigar el malestar emocional y conseguir sensaciones placenteras (Espada, Sussman, Huedo y Alfonso, 2011; Galaif, Sussman, Chou y Wills, 2003; Wu, Lu, Sterling y Weisner, 2004). Por otro lado, en estudiantes universitarios el haber tenido o tener problemas psicológicos también aumenta la probabilidad del consumo de tabaco (Sung, Wang, Jin, Hu y Jiang, 2006); por ejemplo, en los adolescentes la depresión es un factor de riesgo para el consumo de tabaco (Edwards y Kendler, 2012; Minnix, Blalock, Marani, Prokhorov y Cinciripini, 2011). También se ha determinado que en las personas con problemas de comportamiento existe un mayor riesgo de padecer problemas relacionados al consumo de sustancias psicoactivas (Best et al., 2004; Ernst et al., 2003; Shrier, Harris, Kurland y Knight, 2003).

Los factores estresores, en especial los acontecimientos vitales negativos, están fuertemente asociados al consumo de drogas en la adolescencia (Calvete y Estévez, 2009). El maltrato infantil se asocia a la aparición de algunas psicopatologías, incluyendo el alcoholismo y la drogodependencia (Dube et al., 2005; Hyman y Sinha, 2009; Yuan, Koss, Polacca y Goldman, 2006). El maltrato y los acontecimientos vitales estresantes antes de la pubertad, en especial en los primeros años de vida, se asocian con la aparición temprana del consumo de alcohol en la adolescencia y la dependencia del alcohol y drogas en la edad adulta (Enoch, 2011). El abuso, maltrato y estrés temprano severo en niños altera el

desarrollo del cerebro que aumenta la probabilidad de padecer problemas de salud mental y el riesgo de abuso de sustancias (McEwen, 2012).

Entre las características de personalidad que se asocian al consumo de sustancias están: el bajo autocontrol y la búsqueda inmediata del placer (Benda, 2005; Sussman, McCuller y Dent, 2003; Tibbetts y Whittimore, 2002). En relación al consumo de alcohol y tabaco hay mayor riesgo en quienes tienen rasgos antisociales y extraversión, aunque el tabaco también se asocia con el neuroticismo y el alcohol con psicoticismo (Inglés et al., 2007). En un intento de aliviar las emociones negativas, los adolescentes con tendencias ansioso-depresivas tienen un mayor riesgo de consumo problemático de sustancias ya que el consumo de sustancias psicoactivas es considerado como una estrategia de afrontamiento (Huebner et al., 2005; Shoal, Castaneda y Giancola, 2005). Se identificó que la tolerancia a la angustia puede ser una medida eficaz de los mecanismos cognitivos y emocionales relacionados con el desarrollo del uso de sustancias y las recaídas (Richards, Daughters, Bornovalova, Brown y Lejuez, 2010). Se ha encontrado que la búsqueda de sensaciones se asocia a un mayor índice de riesgo y consecuencias adversas, así como adicción al alcohol (Evren, Dalbudak, Durkaya, Ceting y Evren, 2009; Lammers et al., 2011; Yen, Ko, Yen, Chen y Chen, 2009).

Otro de los factores de riesgo de uso, abuso y dependencia del alcohol es el neuroticismo (Costa y McCrae, 2008; Digman, 1990; Egan y Hamilton, 2008), que generalmente se ha mostrado como un buen predictor (Hong y Paunonen, 2009). Otras rasgos que aumentan el riesgo de problemas relacionados con el alcohol son: la introversión (Rodríguez, Baldo y Cardoso, 2000) y la búsqueda de novedad (Pedrero-Pérez, López-Durán y Olivar-Arroyo, 2011). Por el contrario, en las personas extrovertidas, las

conductas de reducción del daño frente al consumo de alcohol disminuyen significativamente y tiende a consumir más alcohol (Hong y Paunonen, 2009; Raynor y Levine, 2009).

Finalmente, la pobreza es otro de los factores relacionado con el consumo de sustancias. La precariedad económica incrementa el riesgo de consumo de sustancias (Medina-Mora et al., 2001). Un ejemplo de esta relación se muestra en el estudio de Abeldaño, Fernandez, Ventura y Estario. (2013), en el que participaron 6 122 sujetos y en el que hallaron una relación significativa entre el consumo de sustancias (legales e ilegales) y las necesidades básica no cubiertas.

6.5. Comorbilidad del consumo de sustancias

La comorbilidad del consumo de sustancias y otros trastornos psicológicos es diversa. Así, en el DSM-5 (APA, 2013/2014) se señala que el trastorno por consumo de tabaco se asocia significativamente con el trastorno por consumo de alcohol, depresión, bipolaridad, ansiedad, déficit de atención y trastornos de personalidad. En el caso del alcohol existe asociación con el trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de personalidad antisocial, trastornos de ansiedad y depresión. Los trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos están asociados a trastornos de personalidad antisocial, depresión, bipolaridad, ansiedad y consumo de otras sustancias. El cannabis suele ser la puerta de entrada para el consumo de otras sustancias más peligrosas como los opiáceos y la cocaína. Está fuertemente asociada con la depresión, ansiedad, bipolar I, intento suicida, trastornos de personalidad (antisocial, obsesivo-compulsivo, paranoide) y trastornos de conducta. Los

consumidores de cannabis aumentan el 50% sus probabilidades de padecer desorden por consumo de alcohol y 53% de tabaco.

El trastorno por consumo de estimulantes, tiene comorbilidad con el trastorno por consumo de sedantes, estrés postraumático, personalidad antisocial, déficit de atención e hiperactividad y juego patológico. El trastorno por uso de opiáceos tiene comorbilidad con otros trastornos de consumo de sustancias (tabaco, alcohol, estimulantes, marihuana, benzodiacepinas), los consumidores tienen mayor riesgo de padecer distimia, depresión mayor, trastornos de personalidad antisocial y estrés postraumático. Los alucinógenos como el éxtasis tienen asociación con el policonsumo de drogas y otros trastornos por consumo de sustancias. Además, presentan comorbilidad con trastornos de pánico, depresión mayor y trastorno por uso de alcohol. Finalmente, el trastorno por uso de inhalantes está asociado con trastornos antisocial de personalidad, otros trastornos por uso de sustancias e ideación/intento suicida.

En esta misma línea el estudio de Kessler et al., (2001) al analizar diversos estudios epidemiológicos realizados en Canadá, Estados Unidos, Brasil, México, Alemania y los Países Bajos, en un total de 28.658 encuestados, determinando que existen fuertes comorbilidades entre los trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias. Además, los trastornos mentales se presentan temporalmente antes, pudiendo considerarse predictores significativos de los trastornos por consumo de sustancias. Los trastornos mentales están asociados con el 54.7% del total de la dependencia de drogas entre los hombres y el 47.8% entre las mujeres; en los hombres los principales trastornos comorbidos son el trastorno de conducta y el comportamiento antisocial y en las mujeres son los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo.

7. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. Objetivo general

El objetivo general de este estudio es determinar la salud mental y sus factores asociados en los estudiantes universitarios de primer ciclo de la Universidad Técnica Particular de Loja – Ecuador (UTPL).

7.2. Objetivos específicos

De este objetivo general de la investigación, desglosamos los siguientes objetivos específicos:

- Determinar las características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, etnia, ingresos mensuales familiares, estado laboral), académicas (áreas de conocimiento) y clínicas (autoestima, apoyo social, acontecimientos vitales estresantes, rasgos de personalidad (neuroticismo, extroversión, psicoticismo) y antecedentes de problemas psicológicos) de los participantes.
- Determinar la prevalencia de la depresión, trastorno de pánico, trastornos alimentarios, suicidalidad y consumo actual de cigarrillo y alcohol.
- Identificar las variables sociodemográficas, académicas y clínicas asociadas a dichos trastornos.

PARTE EMPÍRICA



II. MÉTODO



1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio fue realizado en la Universidad Técnica Particular de Loja [UTPL]. Esta Universidad pertenece a Ecuador, que es un país ubicado en la región noroccidental de América del Sur, que forma parte de la Comunidad Andina de Naciones junto con Bolivia, Colombia y Perú, y se divide en cuatro regiones naturales: Galápagos, Costa, Sierra y Oriente. Asimismo, está dividido en 24 provincias, las cuales se agrupan en 9 regiones, con una superficie total de 283 561 Km². Tiene una población de 16 367 657 habitantes (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2015).

En Ecuador hay alrededor de 530 000 estudiantes universitarios, de los cuales 330 000 están matriculados en el sistema público y 200 000 en el privado o cofinanciado (Consejo de Educación Superior [CES], 2014). Según la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo [SENPLADES] (2015), la tasa neta de asistencia a la educación superior del país es del 22.05%, la cual se distribuye en 64 universidades.

En la provincia de Loja, donde se encuentra la sede matriz de la UTPL, hay 495 464 habitantes, de los cuales el 18.76% pertenecen al grupo etario de 15-24 años (INEC, 2015). Además, la provincia de Loja es la segunda a nivel nacional en cuanto a porcentaje de estudiantes universitarios, con una tasa neta de asistencia en educación superior de 28.7% (SENPLADES, 2010). En la ciudad de Loja, que es la capital provincial, hay tres universidades: una estatal, la Universidad Nacional de Loja; una privada, que es la Universidad Internacional del Ecuador; y una cofinanciada, que es la UTPL.

La UTPL forma parte del sistema de educación superior del Ecuador desde el año 1971, y corresponde al grupo B³ según el Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CEAACES, 2013); es una universidad con un modelo de educación bimodal, que oferta sus programas de estudio en modalidad presencial y en modalidad abierta y a distancia. Este estudio se centró en la modalidad presencial, que alberga a 7000 estudiantes, y se aplicaron los instrumentos de evaluación en los estudiantes de primer año de las 21 carreras de la UTPL.

2. DISEÑO

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y analítico realizado con estudiantes matriculados en primer ciclo que ingresan por primera vez en la Universidad Técnica Particular de Loja del Ecuador entre octubre 2011 y febrero de 2012. Como se muestra en la Figura 1, la realización del estudio implicó definir claramente la población de referencia, la población susceptible de ser incluida en la muestra, la selección y definición de variables, los instrumentos de medida y la definición de “caso”. Posteriormente, una vez seleccionada la muestra, se midieron las variables predictoras y de resultado en una sola ocasión, sin período de seguimiento.

El objetivo fundamental de este tipo de estudios es determinar la *prevalencia*, término que hace referencia a la proporción de quienes tienen una enfermedad o afección en un momento del tiempo. Los estudios transversales también se utilizan para analizar asociaciones, aunque las relaciones analizadas no pueden demostrar causalidad (Newman, Browner, Cummings y Hulley, 2007-2008).

³ Grupo B: está formado por aquellas universidades que según la evaluación de acreditación del CEAACES, cumplen con criterios de academia, investigación y ambientes de aprendizaje adecuados para impartir formación de maestrías profesionalizantes y de investigación, pero no formación de doctores.

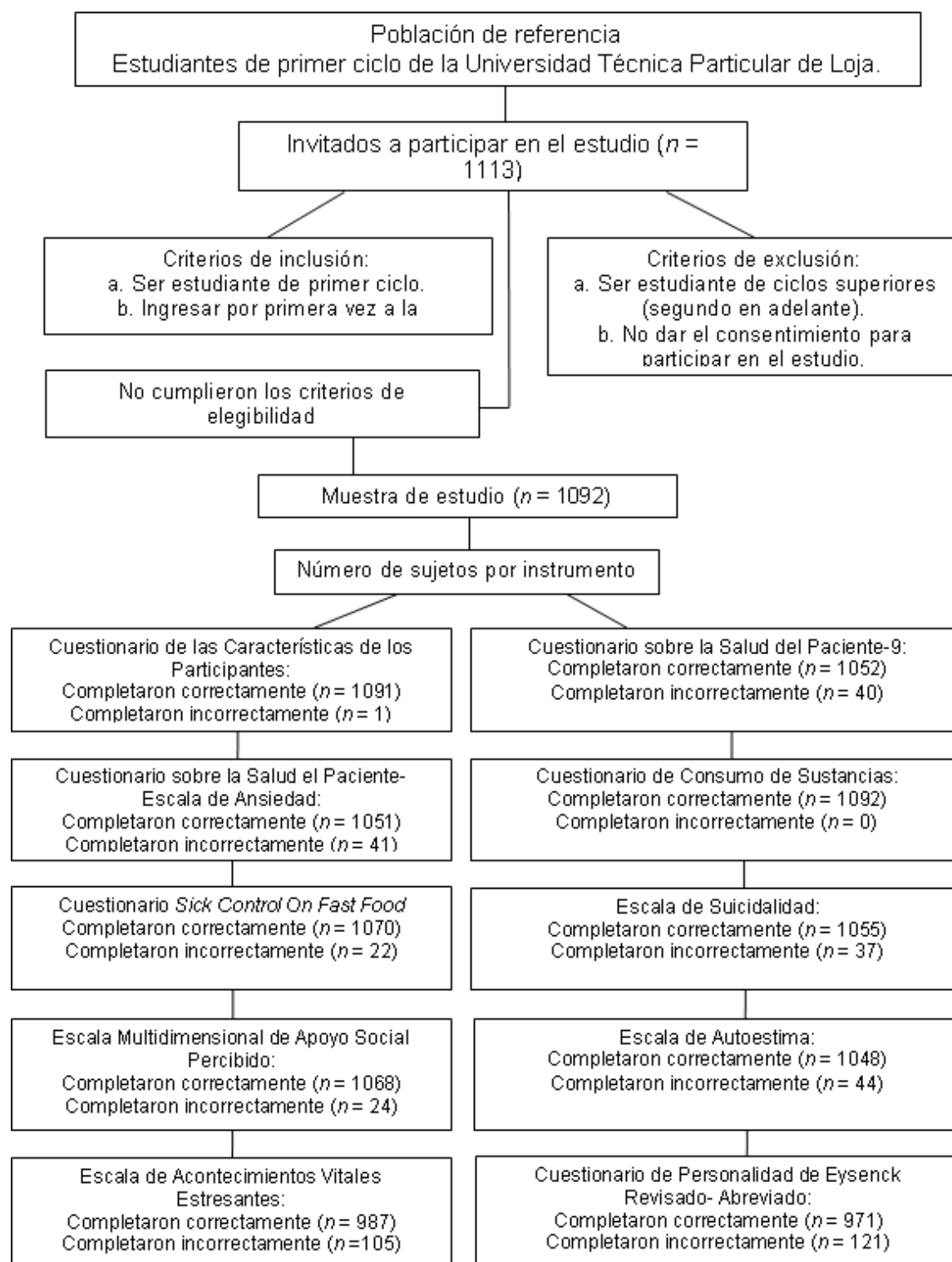


Figura 1. Diagrama de flujo de los participantes del estudio

3. PARTICIPANTES

Los participantes fueron reclutados entre la población universitaria de la UTPL. Para poder formar parte del estudio, los estudiantes tenían que estar matriculados en el primer ciclo e ingresar por primera vez en la Universidad. Se excluyeron aquellos universitarios que cursaban materias de primer ciclo, pero que estaban matriculados en ciclos superiores, y los que no dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.

Se invitó a participar al estudio al total de los 1113 estudiantes matriculados en el periodo académico 2011/2012. Para minimizar la pérdida de sujetos se siguieron las siguientes estrategias: tratar a los participantes con amabilidad, afecto y respeto, ayudándoles a entender la pregunta de investigación de modo que quisiesen participar en que el estudio tuviese éxito; enfatizar la importancia personal, social y científica de su participación en el estudio; presentar de forma atractiva los instrumentos de evaluación; realizar la evaluación en horas de clases; recoger la información de la forma más grata y lo menos invasiva posible. Tres estudiantes (0.003%) rehusaron participar, esgrimiendo como razón fundamental no sentirse cómodos respondiendo ese tipo de preguntas. De los estudiantes a quienes se aplicó los instrumentos ($n = 1110$), se excluyeron 18 por estar cursando en ciclos superiores.

La muestra del estudio quedó compuesta por 1092 estudiantes, el 46.3% hombres y el 53.7% mujeres, con un rango de edad comprendido entre los 17 y 24 años ($M = 18.3$; $DT = 1.1$). En la sección de Resultados se describen el resto de las características de la muestra.

Todos los participantes dieron su consentimiento informado. La participación fue voluntaria y gratuita, sin ningún incentivo económico o de otro tipo. El estudio se llevó a cabo en conformidad con la última revisión de la Declaración de Helsinki y obtuvo la aprobación del comité de bioética de la Universidad.

4. VARIABLES DEL ESTUDIO

En las Tablas 1 y 2 se enumeran las variables del estudio, sus definiciones operativas y las categorías correspondientes para cada una de ellas. Se consideraron dos tipos de variables: variables predictoras y variables de resultado.

4.1. Variables predictoras

En relación a las variables predictoras, se incluyeron en el estudio las siguientes:

- *Variables sociodemográficas:* sexo, edad, estado civil, etnia, ingresos mensuales familiares, estado laboral.
- *Variable académica:* área de conocimiento.
- *Variables clínicas:* autoestima, apoyo social, acontecimientos vitales estresantes, neuroticismo, extroversión, psicoticismo y antecedentes de problemas psicológicos.

4.2. Variables de resultado

Las variables de resultado fueron las siguientes: depresión, trastorno de pánico, trastornos alimentarios, suicidalidad y consumo actual de cigarrillo y alcohol.

Tabla 1. Variables predictoras

	Variables	Definición operativa	Categorías
VARIABLES SOCIOECONÓMICAS	Sexo	Sexo autoinformado Variable cualitativa con dos categorías (ver Anexo 1).	(0) Hombre (1) Mujer
	Edad	Edad en años cumplidos. Variable cuantitativa continua, que se transformó en dos categorías (ver Anexo 1).	(0) 17 a 18 años (1) 18 años o más
	Estado civil	Estado civil autoinformado. Se midió como variable cualitativa con cinco categorías (soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre) (ver Anexo 1). Se transformó en variable dicotómica.	(0) Soltero (1) Otros estados civiles
	Etnia	Etnia autoinformada a la que considera pertenecer. Se midió como variable cualitativa con seis categorías (mestizo, blanco, afroecuatoriano, montubio, indígena, otro) (ver Anexo 1). Para los análisis se recodificó en dos categorías.	(0) Mestizo (1) Otras etnias
	Ingresos mensuales	Ingresos mensuales autoinformados a nivel familiar (\$). Variable cualitativa con cinco categorías (0-570, 571-1040, 1041-1610, 1611-2180, ≥ 2181) (ver Anexo 1). Se transformó en variable dicotómica.	(0) 0 a 1040 dólares (1) Más de 1040 dólares
	Estado laboral	Estado laboral autoinformado en el momento de la evaluación (ver Anexo 1). Variable cualitativa con dos categorías.	(0) No trabaja (1) Sí trabaja
		Se establecieron seis categorías para agrupar las 21 carreras que ofertaba la UTPL (ver Anexo 1), quedando de la siguiente manera: <i>ciencias jurídicas y sociales</i> (abogacía, inglés, relaciones públicas, comunicación social), <i>ciencias económicas</i> (administración de empresas, hotelería y turismo, banca y finanzas, economía), <i>ciencias de arte y letras</i> (arquitectura, arte y diseño), <i>ciencias de la</i>	(1)Ciencias jurídicas y sociales (2) Ciencias económicas (3) Ciencias de arte y letras (4) Ciencias de la vida

Tabla 1.

(Continuación)

	VARIABLES	VARIABLES CLÍNICAS	Variables	Definición operativa	Categorías
			Rama de conocimiento	<i>vida</i> (biología, bioquímica y farmacia, gestión ambiental, ingeniería agropecuaria), <i>ciencias tecnológicas</i> (geología y minas, electrónica, industrias agropecuarias, ingeniería química, ingeniería en informática), <i>ciencias de la salud</i> (medicina, psicología).	(6) Ciencias de la salud
			Antecedentes de problemas psicológicos	Autoinformación de haber padecido algún trastorno psicológico durante la vida (ver Anexo 1), según dos categorías.	(0) No (1) Sí
			Autoestima	Medida como variable cuantitativa continua a través de la Escala de autoestima (EA). Se interpreta que a mayor puntuación mayor autoestima (ver Anexo 2).	
			Apoyo social	Medida como variable cuantitativa continua a través de la Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS) (ver Anexo 3). A mayor puntuación obtenida, se estima mayor percepción de apoyo social.	
			Acontecimientos vitales	Medida como variable cuantitativa continua a través Escala de acontecimientos vitales estresantes (ver Anexo 4). Se interpreta que a mayor puntuación mayor estrés vivido en los últimos seis meses previos a la aplicación.	
			Neuroticismo	Medida como variable cuantitativa continua a través de la subescala Neuroticismo que está conformada por los ítems 1, 9, 11, 14, 18, 21 del Cuestionario de personalidad de Eysenck revisado-abreviado (EPQR-A) (ver Anexo 5). Se interpreta que a mayor puntuación mayor presencia del rasgo.	
			Extroversión	Medida como variable cuantitativa continua a través de la subescala Extroversión que está conformada por los ítems 2, 4, 13, 15, 20, 23 del cuestionario EPQR-A (ver Anexo 5). Se interpreta que a mayor puntuación mayor presencia del rasgo.	
			Psicoticismo	Medida como variable cuantitativa continua a través de la subescala Psicoticismo que está conformada por los ítems 3, 6, 8, 12, 16, 22 del test EPQR-A (ver Anexo 5). Se interpreta que a mayor puntuación mayor presencia del rasgo.	

Tabla 2. Variables de resultado

	Variables	Definición operativa	Categorías
VARIABLES DE RESULTADO	Depresión	Puntuación obtenida en el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9). Si sobrepasaba el punto de corte de 5 se consideraba como caso de depresión mayor, siempre que se incluyese al menos uno de los dos criterios de las preguntas 1 y 2 (ver Anexo 6).	(0) Sin depresión (1) Con depresión
	Trastorno de pánico	Se aplicó la escala de ansiedad del Cuestionario sobre la Salud del Paciente – Escala Ansiedad (PHQ-A), y se consideró caso si contestaba afirmativamente de #1a - #1d y había 4 o más respuestas positivas de #2a - #2k (ver Anexo 7).	(0) Sin trastorno (1) Con trastorno
	Trastorno alimentario	Puntuación obtenida a través de la escala Sick Control On Fast Food (SCOFF). Se considera como posible caso cuando el sujeto tiene una puntuación igual o superior a 2 puntos (ver Anexo 8).	(0) Sin trastorno (1) Con trastorno
	Suicidalidad	Se aplicó la Escala de suicidalidad, en la que se consideró riesgo de suicidio, a los participantes que obtuvieron una puntuación de 5 o superior (ver Anexo 9).	(0) Sin riesgo suicida (1) Con riesgo suicida
	Consumo actual de cigarrillo	Con el fin de evaluar el consumo actual de cigarrillo, se aplicó a los estudiantes el Cuestionario de consumo de sustancias. Se definió como consumo actual de cigarrillo el haber fumado un cigarrillo completo al menos una vez en el último mes (ver Anexo 10).	(0) Sin consumo actual (1) Con consumo actual
	Consumo actual de alcohol	Con el fin de evaluar el consumo actual de alcohol, se aplicó el Cuestionario de consumo de sustancias. Se definió como consumo actual de alcohol el haber bebido una bebida alcohólica al menos una vez en el último mes (ver Anexo 10).	(0) Sin consumo actual (1) Con consumo actual

5. INSTRUMENTOS

Los participantes fueron evaluados con una serie de instrumentos para recoger información sociodemográfica, académica y clínica. En total se aplicaron diez instrumentos de evaluación, dos de ellos se construyeron para recoger información sociodemográfica y hábitos de consumo de cigarrillo y alcohol, y los ocho restantes son instrumentos usados internacionalmente para investigaciones epidemiológicas en salud mental. En la Tabla 3 se muestra la relación de los instrumentos utilizados y sus características más relevantes. En los siguientes párrafos se hace la descripción de cada uno de ellos:

5.1. Instrumentos de evaluación: variables predictoras

5.1.1. Sociodemográficas y académicas

5.1.1.1. Cuestionario de las características de los participantes

Se elaboró un cuestionario ad hoc (ver Anexo 1) para obtener información sobre las siguientes variables:

- *Características sociodemográficas:* sexo, edad, estado civil, etnia, ingresos mensuales familiares, estado laboral.
- *Características académicas:* área de conocimiento.
- *Salud mental:* antecedentes psicológicos.

5.1.2. Clínicas

En Tabla 3, se presentará una descripción breve de los cuestionarios aplicados y las propiedades psicométricas:

Tabla 3. Instrumentos de evaluación utilizados

Instrumento	Constructo evaluado	Formato
Cuestionario de las características de los participantes	Variables sociodemográficas, académicas y de antecedentes psicológicos	Autoadministrado, 8 ítems (dicotómicas y opción múltiple).
SES	Nivel de autoestima	Autoadministrado, 10 ítems (1-4).
MSPSS	Apoyo social percibido	Autoadministrado, 12 ítems (1-7).
Escala de acontecimientos vitales estresantes	Nivel de estrés y cantidad de acontecimientos vitales estresantes	Autoadministrado, 43 ítems dicotómicos.
EPQR-A	Rasgos de personalidad: neuroticismo, extroversión, psicoticismo	Autoadministrado, 24 ítems dicotómicos.
PHQ-9	Sintomatología depresiva (trastorno depresivo mayor)	Autoadministrado, 9 ítems dicotómicos.
PHQ-A	Sintomatología de ansiedad (trastorno de pánico)	Autoadministrado, 22 ítems (15 dicotómicos y 7 de 1-3).
SCOFF	Sintomatología relacionada con los trastornos alimentarios	Autoadministrado, 5 ítems dicotómicos.
SC	Ideación e intentos suicidas	Autoadministrado, 4 ítems (0-3).
Cuestionario de consumo de sustancias	Consumo de tabaco y alcohol	Autoadministrado, 4 ítems (Opciones múltiples 6 o 7 opciones de respuesta).

Nota. SES= Escala de autoestima, PHQ-9 = Cuestionario sobre la salud del paciente -9; PHQ-A = Cuestionario sobre la salud del paciente-Ansiedad; EPQR-A = Cuestionario de personalidad de Eysenk Revisado- Abreviado; MSPSS = Escala multidimensional de apoyo social percibido; SCOFF = Cuestionario Sick Control On Fast Food; SC= Escala de suicidalidad.

5.1.2.1. Escala de autoestima (*Self-Esteem Scale* [SES]; Rosenberg, 1965)

Esta escala se desarrolló para evaluar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. En esta investigación se utilizó la versión en español de Atienza, Balaguer y Moreno (2000) (ver Anexo 2). Consta de 10 ítems, cinco están enunciados de forma positiva y cinco de forma negativa, y la persona ha de responder en una escala tipo Likert de 4 puntos, que va desde 1 (*muy de acuerdo*) a 4 (*muy en desacuerdo*). El rango de puntuaciones es de 10 a 40 puntos; a mayor puntuación, mayor es el nivel de autoestima. La fiabilidad test-retest en la versión en español es de .85 y el coeficiente alfa de consistencia interna es de .92. La validez convergente y la validez discriminante son asimismo satisfactorias.

5.1.2.2. Escala multidimensional de apoyo social percibido (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support* [MSPSS]; Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988)

Esta escala fue elaborada para evaluar la percepción de apoyo social, en relación a tres fuentes de apoyo: en concreto, (familia, amigos y otros significativos). En este estudio se utilizó la versión en español de Landeta y Calvete (2002) (ver Anexo 3). Consta de 12 ítems, cuatro por cada fuente de apoyo, que el sujeto responde en base a una escala de Likert de 7 puntos que va de 1 (*muy en desacuerdo*) a 7 (*muy de acuerdo*). A mayor puntuación obtenida, se estima mayor percepción de apoyo social. En el estudio de validación original, la consistencia hallada fue de .88 y la fiabilidad test-retest fue de .85.

Además, Arechabala y Miranda (2002) determinaron que la fiabilidad interna del instrumento, calculada a través del coeficiente alfa de Cronbach, era de .86.

5.1.2.3. Cuestionario de acontecimientos vitales estresantes (Holmes y Rahe, 1976)

Esta escala mide la cantidad de sucesos, intensidad y vivencia de los cambios ocurridos en la vida de una persona durante los últimos doce meses. En esta investigación se utilizó la versión en español de Bruner et al. (1994), con su puntuación original (ver Anexo 4). Consta de 43 acontecimientos y para cada uno de ellos el sujeto debe indicar “No” si no le ha sucedido y “Sí” en caso de que haya ocurrido. Cada suceso tiene una puntuación de estrés que va de 11 a 100 y están ordenados desde el evento más estresante (“muerte del cónyuge” = 100 puntos) al evento menos estresante (“leves trasgresiones de la ley” = 11). La puntuación total se obtiene al sumar las puntuaciones equivalentes a todos los acontecimientos que el sujeto señaló. Se interpreta que a mayor puntuación mayor es el nivel de estrés que ha vivido la persona en el último semestre. La fiabilidad test-retest, con un intervalo intermedio de tres semanas es de .85 (Rivera, Revuelta y Morera, 1983).

5.1.2.4. Cuestionario de personalidad de Eysenck Revisado- Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]; Francis, Brown, Philipchalk, 1992)

Es un cuestionario autoadministrado creado para evaluar la personalidad. En esta investigación se utilizó la versión en español de Sandín, Valiente y Chorot (1999) (ver Anexo 4). El cuestionario consta de 24 ítems y cuatro subescalas (Neuroticismo,

Extraversión, Psicoticismo y Sinceridad), correspondiendo 6 ítems a cada una de las subescalas. El formato de respuesta es de Sí (1) vs. No (0), con un rango de puntuaciones para cada subescala entre 0 y 6. Las tres primeras subescalas indicadas miden rasgos de personalidad, mientras que la última evalúa la tendencia a mentir (en realidad evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social; respecto a esta subescala, aunque en la versión original se evalúa el nivel de mentiras, en la versión en español se evalúa inversamente, esto es, se calcula el nivel de sinceridad). Se interpreta que a mayor puntuación en cada rasgo mayor será la presencia del mismo, y en el caso de la escala de sinceridad a mayor puntuación menor sinceridad presenta el sujeto. Sandín et al. (2002) hallaron evidencia en apoyo de la validez factorial exploratoria de la versión española del EPQR-A. Los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach), por cada escala son: Neuroticismo = .78, Extroversión = 0.74, Psicoticismo = .63 y Sinceridad = .54.

5.2. Instrumentos de evaluación: variables resultado

5.2.1. Cuestionario sobre la salud del paciente (Patient Health Questionnaire – 9 [PHQ-9]; Spitzer, Kroenke y Williams, 1999)

Este cuestionario fue elaborado de acuerdo a los criterios del DSM-IV. En esta investigación se usó la versión en español del cuestionario (Díez-Quevedo, Rangil, Sánchez-Planell, Kroenke, Spitzer, 2001) (ver Anexo 6). El PHQ-9 consta de nueve preguntas sobre sintomatología depresiva y una pregunta sobre el nivel de impacto de la sintomatología en la vida diaria. Es un instrumento autoadministrado, en el que el sujeto califica la ocurrencia de los nueve síntomas en las últimas dos semanas de su vida en una escala tipo Likert (0- *nunca*, 1- *unos cuantos días*, 2- *más de la mitad de los días*, 3- *todos*

o casi todos los días). Se considera caso con probable depresión mayor si la persona presenta cinco o más de los nueve síntomas depresivos, con un índice de severidad de más de la mitad de los días, y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo o anhedonia (Ítems 1 y 2). En el estudio de validación original, la sensibilidad y la especificidad fueron del 73% y 98%, respectivamente, para la depresión (Spitzer et al., 1999). Su fiabilidad test-retest (una semana) es de .92 y su consistencia interna (alfa de Cronbach) de .89 (Pinto, Serrano, Penarrubia, Blanco y Haro., 2005). Díez-Quevedo et al. (2001) hallaron que la validez convergente del PHQ-9 es de .71 en relación a la Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID) y de .76 respecto al Inventario de depresión de Beck (BDI).

5.2.2. Cuestionario sobre la salud del paciente - escala de ansiedad (*Patient Health Questionnaire* [PHQ-A]; Spitzer et al., 1999)

Spitzer y colaboradores también incluyeron en el PHQ una escala con una serie de ítems para evaluar la ansiedad. Concretamente, la sección centrada en el trastorno de pánico, consta de 15 preguntas y se divide en tres partes (ver Anexo 7): (a) la primera consta de una pregunta de cribaje “En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguna crisis o ataque de ansiedad, como la sensación de sentir miedo o pánico súbitamente?”(En caso de que la respuesta sea negativa, se pasa a la sección de otros problemas de ansiedad; (b) tres preguntas sobre características específicas del ataque o crisis de pánico (Antecedentes de crisis, aparición repentina, preocupación de recurrencia); (c) once síntomas característicos que pueden acompañar un ataque de pánico. Las quince preguntas de esta sección se contestan con respuestas dicotómicas (Sí vs. No). El algoritmo de calificación especifica que una persona tendrá trastorno de pánico si la preguntas que van de la “1a” hasta la “1d”

son positivas y hay cuatro o más respuestas positivas de la sección “2a” hasta “2k”. En el estudio original de validación, la sensibilidad y la especificidad de la PHQ-A para el trastorno de pánico fue del 81% y 99%, respectivamente.

5.2.3. Cuestionario (Sick Control On Fast Food [SCOFF]; Morgan et al., 1999

Es un cuestionario autoadministrado diseñado para identificar sujetos que probablemente tengan un trastorno alimentario. En esta investigación se usó la versión en español de García, Sanz-Carrillo, Ibañez, Lou y Solano (2005) (ver Anexo 8). Consta de cinco preguntas que se responden de forma dicotómica (sí o no) y que no hacen referencia a un periodo de tiempo específico, aunque se le pide al sujeto que señale como positivo aquellos ítems que describan mejor su situación actual. Este instrumento fue desarrollado de acuerdo a los criterios del DSM-IV. Se da un punto para cada respuesta positiva en las cinco preguntas; una puntuación de 2 o mayor indica un caso probable de trastorno alimentario. En el estudio original de validación se encontró un 100% de sensibilidad y un 87.5% de especificidad para la anorexia y la bulimia.

5.2.4. Escala de suicidalidad (Suicidality Scale [SC]; Okasha, Lotaif y Sadek, 1981).

Es una escala autoadministrada diseñada para evaluar el riesgo de suicidio. En esta investigación se utilizó la versión en español de Salvo, Melipillán y Castro (2009) (ver Anexo 9). Consta de cuatro preguntas tipo Likert, tres relacionadas con pensamientos suicidas con cuatro niveles de respuesta (*nada, casi nunca, algunas veces, muchas veces*), y una pregunta relacionada con intentos de suicidio con cuatro opciones de respuesta

(ningún intento, un intento, dos intentos, tres o más). La escala no se circunscribe a un tiempo específico, se pide al sujeto que señale la respuesta que mejor describa mejor su situación. Cada ítem se responde en una escala de 0 a 3, para obtener la puntuación total se suman las respuestas, obteniendo un rango de puntuaciones entre 0 y 12 puntos, en el que se interpreta que a mayor puntuación mayor gravedad. Se ha establecido como punto de corte 5, que equivale a riesgo de suicidalidad, y el cual presenta una sensibilidad del 90% y una especificidad del 79% (Salvo et al., 2009).

5.2.5. Cuestionario de consumo de sustancias

Es un instrumento autoadministrado construido ad hoc para esta investigación, Recoge información del consumo de cigarrillo y alcohol durante el último mes, midiendo la cantidad de veces que se ha consumido la sustancia y la frecuencia de consumo. Se divide en dos partes:

1. *Consumo de cigarrillo*: contiene dos preguntas con siete opciones de respuesta: (a) cantidad de ocasiones que ha consumido cigarrillos (0, 1-2, 3-5, 6-9,10-19, 20-39, 40 o más); (b) frecuencia de consumo (ninguno, menos de 1 cigarrillo por semana, menos de 1 cigarrillo por día, de 1 a 5 cigarrillos por día, de 6 a 10 cigarrillos por día, de 11 a 20 cigarrillos por día, más de 20 cigarrillos por día).

2. *Consumo de alcohol*: contiene dos preguntas con siete opciones de respuesta para la primera “cantidad de bebidas alcohólicas consumidas en un mes” (0, 1-2, 3-5, 6-9,10-19, 20-39, 40 o más), y seis opciones para la segunda pregunta “frecuencia de

consumo de alcohol” (ninguno, menos de una vez por semana, una vez por semana, de 1 a 4 veces por semana, de 5 a 6 veces por semana, todos los días).

6. PROCEDIMIENTO

Se desarrolló un protocolo de evaluación con la finalidad de estandarizar el proceso de recolección de datos. Este protocolo fue elaborado por la autora de la investigación y revisado por tres doctores en Psicología, dos de ellos expertos en Psicología Clínica y el otro en Psicología Evolutiva y de la Educación. En el protocolo se hizo constar los siguientes puntos y decisiones:

- Lugar de evaluación: aulas de clase con la presencia inicial de los docentes académicos. Una vez hecha la presentación, éstos abandonaban el aula, permaneciendo únicamente los evaluadores.
- Horario de evaluación: primeras horas de la mañana o de la tarde. Esto es, de que los estudiantes iniciaran la jornada, de modo que se garantizaba mayor concentración y colaboración con la evaluación.
- Tiempo estimado: entre 45 minutos y una 1 hora de aplicación.
- Cantidad de evaluadores: 1 por cada 20 alumnos. El máximo de alumnos que se evaluó por cada aula fue de 40.
- Presentación de cuestionarios: un solo cuadernillo compuesto por los 10 cuestionarios empleados en el estudio. Se aplicaron en el mismo orden a todos los sujetos y sin los nombres originales de los cuestionarios, con el fin de evitar sesgos en la información recopilada.
- Proceso de recolección de datos: la recolección constaba de cinco pasos: (a) solicitud de permiso por parte del docente, (b) reparto de cuadernillos, (c) saludo e

indicaciones generales, (d) indicaciones y orientaciones específicas, y (e) agradecimiento y despedida.

Una vez determinado el protocolo para la recolección de datos, se entrenó a los evaluadores en el proceso de recolección de datos. Posteriormente se realizó una prueba preliminar para refinar los instrumentos de medida que fue conducida por la autora de la investigación, dos ayudantes de investigación y un observador externo. Se evaluaron las decisiones planificadas para la recolección de datos, además se ensayaron las instrucciones y explicaciones generales, recogiendo las preguntas y dudas que manifestaron los estudiantes en el transcurso de la evaluación.

La recolección de datos fue desarrollada por un equipo de cinco personas, todas ellas graduadas en psicología, y con más de 5 años de experiencia en docencia e investigación. Previo a la aplicación de los cuestionarios a los participantes del estudio se realizó una jornada de 8 horas de capacitación en la temática del estudio, y un taller en el que se entrenó a los evaluadores a través de *role-playing* a aplicar los instrumentos del protocolo de evaluación. La capacitación se realizó específicamente para cada uno de los instrumentos; se explicaron las instrucciones para cada prueba y cómo darlas, la forma correcta de rellenar los cuestionarios y las dudas que podrían tener los estudiantes durante el proceso de evaluación y cómo resolverlas. Se entregó a cada evaluador las indicaciones del proceso de recolección detallado de la información de la siguiente manera:

- Solicitud de permiso. En este paso se entregaba el documento firmado por el departamento de bienestar estudiantil de la Universidad, en el que constaba el

objetivo del proyecto y se solicitaba al docente el permiso para la aplicación de los instrumentos.

- Reparto de cuadernillos. Cada evaluador recibía de antemano el número de cuadernillos equivalente a los estudiantes matriculados en la clase que tenía que visitar. Los participantes cumplimentaron los cuestionarios en el aula de clases en un día laborable normal en aproximadamente una hora de duración y con dos semanas de anticipación mínima a las jornadas de exámenes. Una vez en el aula, el evaluador repartía los cuadernillos boca abajo, siguiendo el orden en el que estaban ubicados los estudiantes y empezando por aquel que estaba más próximo a la puerta de entrada. A continuación se les explicaba el proyecto y se les invitaba a participar en el estudio. Una vez obtenido su consentimiento, se les indicaba que comenzasen a cubrir los cuestionarios. Cada cuadernillo poseía un código alfanumérico que identificaba la carrera y el número de alumno (ej., Med. 1 = Estudiante de medicina número 1); al finalizar la evaluación, el entrevistador debía tachar los códigos correspondientes a aquellos estudiantes que no habían realizado la misma y guardar los cuadernillos vacíos.
- Saludo e indicaciones generales. En esta etapa el evaluador leía en voz alta el nombre del proyecto de investigación, explicaba el objetivo del mismo e informaba que la participación era voluntaria, garantizando el anonimato de los estudiantes que respondiesen a los cuestionarios. Se solicitaba responder con total sinceridad y que en cualquier momento se podía levantar la mano para hacer consultas al evaluador, quien se acercaría para tratarlas individualmente. Además se informaba que si el alumno quería abandonar la evaluación, podría hacerlo en cualquier momento de la misma. Finalmente, el evaluador motivaba al grupo, hablándoles de las razones que justificaban recoger información sobre su salud mental, haciendo

especial énfasis en la necesidad de implementar estrategias de promoción en salud mental y prevención de problemas psicológicos en la institución a la que pertenecían.

- Indicaciones y orientaciones específicas. Una vez que el estudiante accedía a participar en la investigación, se le pedía que abriese el cuadernillo y lo cumplimentara. El evaluador iba explicando cada uno de los instrumentos y la forma de responder. Se recomendaba contestar con esferógrafo, y que al seleccionar una opción de respuesta la marcasen utilizando una “X”; en aquellos casos en los que había que rellenar con información los espacios en blanco se recomendaba que lo hiciesen con letra de imprenta. El orden de aplicación de los instrumentos fue el siguiente: (a) Cuestionario de las características de los participantes, (b) PHQ-9, (c) PHQ-A, (d) Cuestionario de consumo de sustancias, (e) SCOFF, (f) Escala de suicidalidad, (g) EPQR-A, (h) Escala de autoestima, (i) MSPSS y (j) Escala de acontecimientos vitales estresantes.
- Agradecimiento y despedida. Una vez que todos los alumnos habían terminado de cumplimentar los cuestionarios, se procedía a recoger los cuadernillos, se verificaba los códigos utilizados y se anotaba en la matriz los códigos entregados que fueron dejados en blanco por los alumnos que no aceptaron participar del estudio. Asimismo, se les daba las gracias por su colaboración.

7. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 20.0). Para determinar la significación estadística se tuvo en cuenta: (a) el objetivo

del análisis, (b) las características de las variables implicadas, (c) las condiciones de aplicación de cada prueba, (d) el diseño del estudio, y (e) el número de grupos a utilizar.

Para el estudio descriptivo se siguieron los siguientes pasos:

- Valoración de las variables sociodemográficas, académicas y clínicas: las variables cuantitativas se han presentado con su valor medio y su desviación típica y las variables cualitativas con sus porcentajes.
- Para la valoración de los síntomas de los distintos problemas psicológicos analizados en el estudio se utilizaron sus valores medios y las desviaciones típicas correspondientes.
- Para la valoración de caso en aquellos problemas psicológicos en los que haya sido posible establecerla se han utilizado frecuencias y porcentajes.

En relación al estudio analítico, previo al mismo se recodificaron distintas variables (edad, estado civil, etnia, ingresos mensuales familiares, carrera) en función de criterios teórico o estadísticos en las categorías descritas en la Tabla 1. Posteriormente se llevaron a cabo los siguientes análisis:

- Análisis bivariante: para la comparación de variables cualitativas se ha utilizado el test de ji cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher (con valores esperados menores que 5), considerando significativa una $p < .05$. Para la comparación de medias en variables cuantitativas se ha utilizado la t de Student para dos muestras independientes; de igual manera se consideró significativa una $p < .05$.
- Análisis multivariante: se realizaron análisis de regresión logística para cada una de los problemas psicológicos evaluados. En esos análisis se introdujeron simultáneamente todas las variables que habían resultado significativas en los

análisis bivariados previos. Los resultados se informaron como odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95%.



III. RESULTADOS



1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

1.1. Características sociodemográficas

1.1.1. Sexo

Todas las características sociodemográficas de los participantes fueron recogidas mediante el *Cuestionario de las características de los participantes*. La primera variable recolectada fue el sexo, esta variable ha sido completada por el 99.4% de los estudiantes, el 53.7% eran mujeres y el 46.3% restantes eran hombres (ver Tabla 1).

1.1.2. Edad

En cuanto a la variable edad, ha sido completada por el 100% de los participantes. La edad media fue de 18.3 años, con un mínimo de 17 años y un máximo de 24 años. El 68.6% ($n = 749$) tenían 18 o menos años y el 31.4% ($n = 343$) restante más de 18 años (ver Tabla 1).

1.1.3. Estado civil

Igualmente, la variable estado civil ha sido contestada por el 99.1% de los participantes. En la distribución según el estado civil, el 98.5% de los estudiantes estaban solteros, el 0.6% estaban casados, el 0.1% estaban viudos, el 0.1% divorciados y el 0.7% vivían en pareja (ver Tabla 1).

1.1.4. Etnia

Respecto a la variable etnia, ha sido completada por el 98.1% de los encuestados. La categoría con mayor porcentaje fue la de los mestizos/as con 95.1%, seguida por la de la raza blanca con un 3.2%, la raza afroecuatoriana con un 0.9%, la raza indígena con un 0.5%, la raza montubio con un 0.2% y otras con un 0.1% (ver Tabla 1).

1.1.5. Ingresos mensuales familiares

En cuanto a la variable ingresos mensuales familiares ha sido informada por el 96.9% de los estudiantes. La categoría de ingresos predominante fue la de 571\$ a 1040\$ (44.0%), seguido por la de 0\$ a 570\$ (21.0%), la de 1041\$ a 1610\$ (20.0%), la de 1611\$ a 2180\$ (10.9%) y la de más de 2181\$ (4.1%) (ver Tabla 1).

1.1.6. Estado laboral

En relación a la variable estado laboral, ha sido cumplimentada por el 98.6% de los participantes. En la distribución según esta variable, el 91.2% de los estudiantes no trabajaban y el 8.8% sí lo hacían (ver Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los estudiantes

Variable	Total	
	n	%
Sexo		
Hombre	502	46.3
Mujer	583	53.7

Tabla 1.
(Continuación)

Variables	Total	
	n	%
Edad		
M	18.3	
DT	1.1	
Intervalo	17-24	
Estado civil		
Soltero/a	1066	98.5
Casado/a	7	0.6
Viudo/a	1	0.1
Divorciado/a	1	0.1
Pareja de hecho	7	0.7
Etnia		
Mestizo/a	1019	95.1
Blanco/a	34	3.2
Afroecuatoriano/a	10	0.9
Montubio	2	0.2
Indígena	5	0.5
Otras	1	0.1
Ingresos mensuales (\$)		
0 a 570	222	21.0
571 a 1040	475	44.0
1041 a 1610	212	20.0
1611 a 2180	115	10.9
> 2181	44	4.1
Trabaja		
No	982	91.2
Sí	95	8.8

1.2. Características académicas

1.2.1. Áreas de conocimiento

En la Figura 1 se muestran los porcentajes de estudiantes en función de las áreas de conocimiento a la que están adscritas las carreras que cursan los estudiantes de la muestra. Como puede observarse, un porcentaje mayoritario de un 24.0% ($n = 256$) de los estudiantes pertenecía al área de las ciencias de la vida, seguido por el 22.1% ($n = 255$) de estudiantes que pertenecía a ciencias tecnológicas. A continuación, un 19.4% ($n = 206$) pertenecientes a ciencias económicas, el 14.8% ($n = 157$) pertenecientes a ciencias de la salud, el 11.3% ($n = 120$) a ciencias jurídicas y sociales y el 8.4% ($n = 89$) a ciencias de arte y letras.

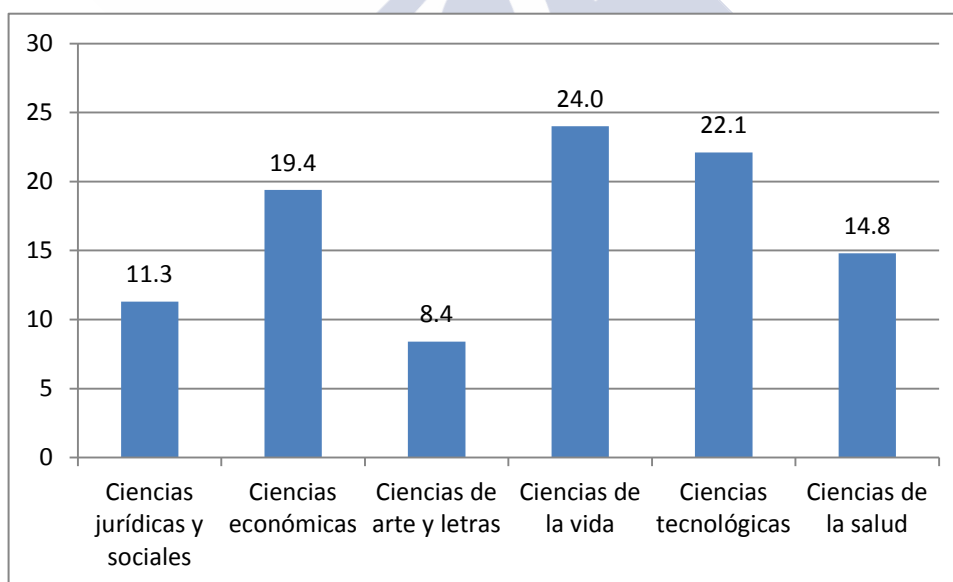


Figura 1. Porcentajes de estudiantes según las áreas de conocimiento

En la Tabla 2 se muestran la distribución de esta variable en función de la carrera cursada, dándose los mayores porcentaje en Medicina (7.7%), Psicología (7.1%) y Arquitectura (6.8%).

Tabla 2. Carreras cursadas por los alumnos

Carrera	Nº de sujetos (<i>n</i>)	Porcentaje (%)
Abogacía	35	3.3
Administración de Empresas	65	6.1
Arquitectura	72	6.8
Arte y Diseño	51	4.8
Biología	68	6.4
Bioquímica y Farmacia	63	5.9
Comunicación Social	38	3.6
Economía	62	5.8
Geología y Minas	37	3.5
Gestión Ambiental	46	4.3
Hotelería y Turismo	48	4.5
Ing. Agropecuaria	45	4.2
Ing. en Banca y Finanzas	31	2.9
Ing. Electrónica	66	6.2
Industrias Agropecuarias	24	2.3
Ing. Química	39	3.7
Ing. en Sistemas Informáticos	69	6.5
Inglés	26	2.4
Medicina	82	7.7
Psicología	75	7.1
Relaciones Públicas	21	2.0

1.3. Características clínicas

Las variables clínicas, recogidas a través de diferentes instrumentos, fueron la autoestima, el apoyo social, los acontecimientos vitales, la personalidad (neuroticismo, extraversión y psicoticismo) y la presencia de problemas psicológicos.

1.3.1. Autoestima

La variable autoestima evaluada mediante la *Escala de autoestima (Self-Esteem scale [SES])*, ha sido cumplimentada por el 96.0% de los estudiantes. La puntuación media en autoestima fue de 31.7 ($DT = 5.3$), oscilando entre un mínimo de 11 y un máximo de 40.

1.3.2. Apoyo social

En cuanto a la variable apoyo social, evaluada mediante la *Escala multidimensional de apoyo social percibido (Multidimensional scale of Perceived Social Support [MSPSS])*, ha sido informada por el 97.8% de los participantes. La media en apoyo social fue de 53.0 ($DT = 14.7$), siendo la puntuación más baja de 1 y más alta de 72. El 65.7% ($n = 702$) de los estudiantes poseían un apoyo social alto, el 29.1% ($n = 310$) un apoyo social medio y el 5.2% ($n = 56$) restantes apoyo social bajo (ver Figura 2).

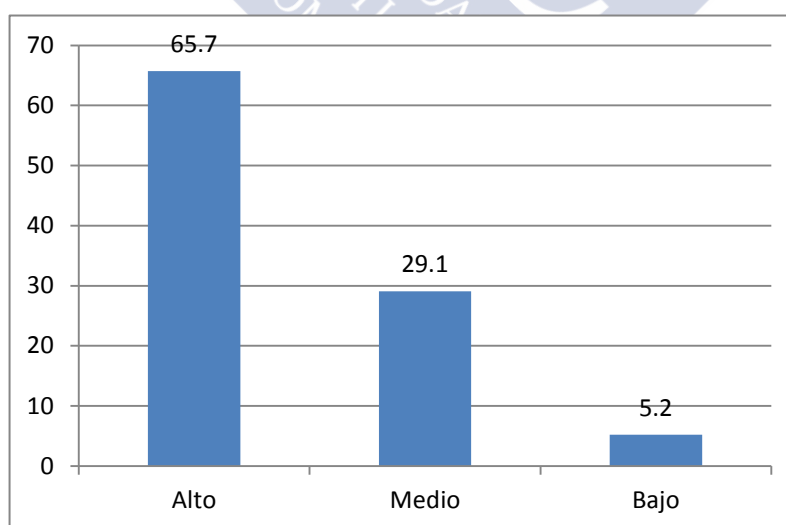


Figura 2. Porcentaje de apoyo social reportado por los estudiantes universitarios en la escala MSPSS

1.3.3. Acontecimientos vitales estresantes

En relación a la variable acontecimientos vitales, evaluada mediante la *Escala de acontecimientos vitales estresantes*, ha sido completada por todos los participantes. La puntuación media fue de 190.1 ($DT = 117.4$), siendo 27 la puntuación mínima en la escala y la máxima de 686. Un 46.2% ($n = 504$) había experimentado hasta seis acontecimientos vitales en los últimos 6 meses y el 53.8% ($n = 588$) restantes más de seis (ver Figura 3).

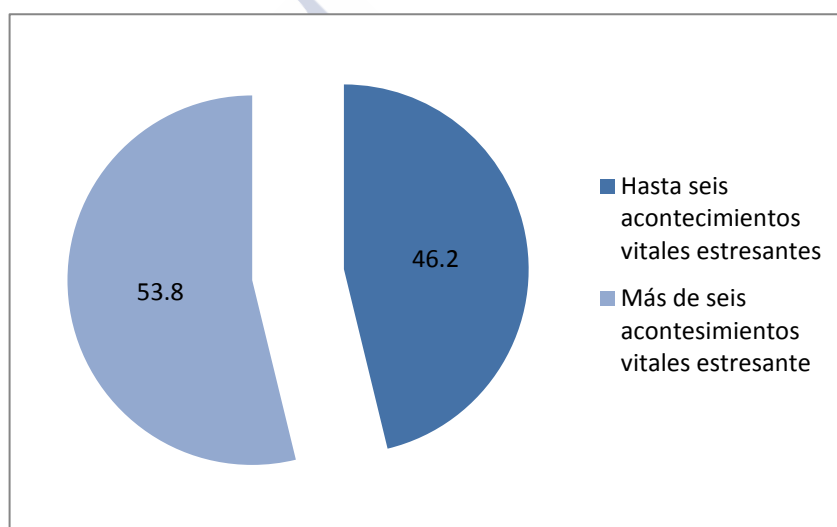


Figura 3. Porcentaje de acontecimientos vitales estresantes en los últimos 12 meses

1.3.4. Personalidad

Respecto a la variable personalidad, evaluada con el *Cuestionario de personalidad de Eysenck Revisado- Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A])*, las subescalas de neuroticismo, extraversión y psicoticismo han sido cumplimentadas por el 88.9% de los participantes. Como se puede ver en la Tabla 3, la puntuación media en la subescala de neuroticismo fue de 2.7, siendo la mínima 0 y la máxima 6. El 84.8% ($n = 823$) escogieron la alternativa de respuesta “Sí” en alguno de

esos ítems. En la subescala de extraversión, la puntuación media fue de 4.1 oscilando entre la puntuación mínima de 0 y la máxima de 6. El 94.2% ($n = 915$) respondieron la alternativa de respuesta “Sí” en alguno de los ítems. En la subescala de psicoticismo, la puntuación media fue de 1.0, siendo la mínima 0 y la máxima 6. El 92.7% ($n = 900$) escogieron la alternativa de respuesta “Sí” en alguno de esos ítems relacionados (ver Figura 4)

Tabla 3. Medias y desviaciones típicas para las variables EPQR-A

Subescala	M	DT
Neuroticismo	2.7	1.8
Extraversión	4.1	1.8
Psicoticismo	1.0	1.9

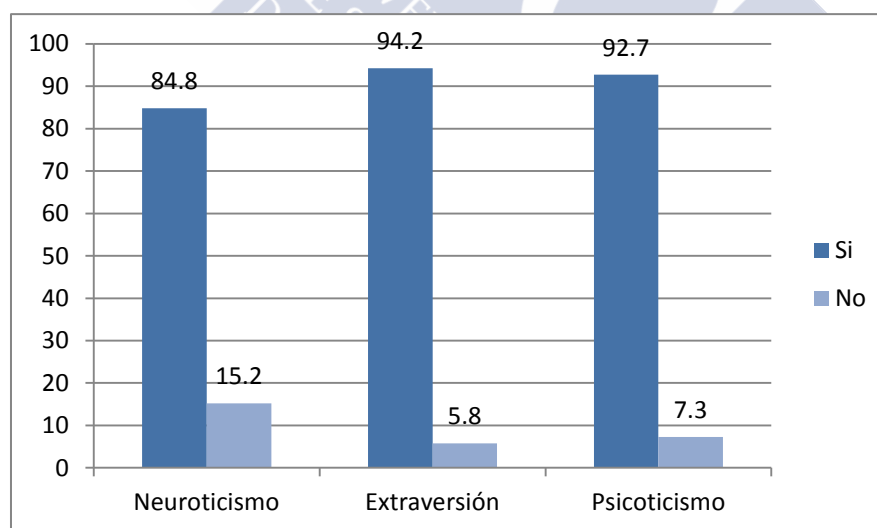


Figura 4. Porcentajes obtenidos por los estudiantes en las distintas subescalas del EPQR-A

1.3.5. Antecedes de problemas psicológicos

En relación a la variable antecedentes de problemas psicológicos, recolectada mediante el *Cuestionario de las características de los participantes*, ha sido cumplimentada por todos los estudiantes. El 91.5% ($n = 999$) no habían tenido ningún problema psicológico en el pasado, mientras que el 8.5% ($n = 93$) sí habían experimentado algún problema psicológico (ver Figura 5).

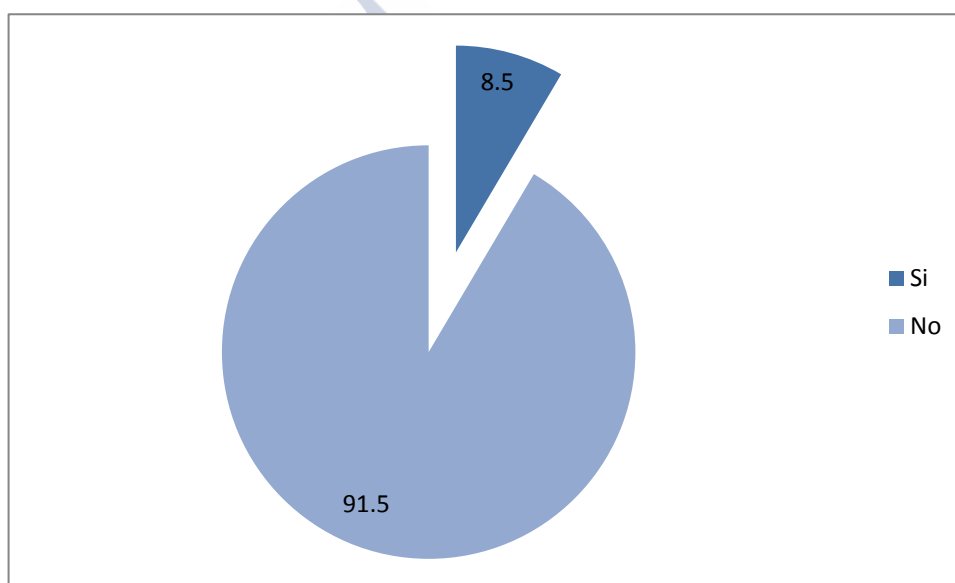


Figura 5. Porcentajes obtenidos en respuesta a los antecedentes de problemas psicológicos

2. ANÁLISIS DE LA DEPRESIÓN

Como señalamos en el apartado dedicado al método, con el fin de evaluar la sintomatología depresiva de los participantes del estudio, éstos cumplimentaron los ítems del *Cuestionario sobre la salud del paciente - 9 (Patient Health Questionnaire-9 [PHQ-9])*. Este cuestionario ha sido cumplimentado por el 96.3%. La puntuación media obtenida

en este instrumento fue de 6.7 ($DT= 4.1$), siendo la puntuación mínima obtenida de 0 y la máxima de 24.

El cuestionario, como ya se ha explicado, consta de 9 ítems, cada uno de los cuales se puntúa dentro de cuatro categorías, en función de la frecuencia con la que el sujeto haya experimentado cada síntoma en las últimas dos semanas. En la Tabla 4 se pueden ver los porcentajes de sujetos que respondieron a cada ítem en función de la frecuencia con la que experimentaron cada síntoma.

En la categoría “Nunca”, el síntoma señalado más frecuentemente por los participantes como nunca experimentado fue el “tener pensamientos de que sería mejor estar muerto” con un 74.6%, seguido por el de “moverse o hablar tan lentamente que los demás lo han notado” con un 56.7%, y por el de “sentimientos de culpabilidad desesperanza o pérdida de autoestima” y por el de “tener problemas para concentrarse”, ambos con un 48.8%.

En cuanto a los síntomas que los participantes experimentaron unos cuantos días, los que aglutinaron los mayores porcentajes fueron “sentirse cansado/a o con poca energía” (67.0%), “tener poco interés o disfrutar poco de hacer cosas” (60.3%) y “sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza” (53.3%).

En relación a los síntomas que los estudiantes tuvieron más de la mitad de los días, predominaron por una mayor frecuencia los síntomas “tener poco apetito o comer en exceso” con un 16.6%, “tener problemas para dormir o tener más sueño de la cuenta” con un 15.4% y “sentirse cansado/a o con poca energía” con un 14.4%.

Respecto a los síntomas que los sujetos experimentaron todos o casi todos los días, destacaron por una mayor frecuencia los síntomas “tener poco apetito o comer en exceso” con un 6.6%, “tener problemas para dormir o tener más sueño de la cuenta” con un 5.6% y “sentimientos de culpabilidad, desesperanza o pérdida de autoestima” con un 4.6%.

Tabla 4. Porcentaje de participantes que respondieron a cada ítem de PHQ-9 en función de la frecuencia

Ítems	Frecuencia							
	Nunca		Unos cuantos días		Más de la mitad de los días		Todos o casi todos los días	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1. Tener poco interés o disfrutar poco de hacer las cosas	307	29.2	634	60.3	84	8.0	27	2.6
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza	350	33.3	561	53.3	117	11.1	24	2.3
3. Tener problemas para dormir (conciliar el sueño o mantenerlo) o tener más sueño de la cuenta	411	39.1	420	39.9	162	15.4	59	5.6
4. Sentirse cansado/a o con poca energía	171	16.3	705	67.0	152	14.4	24	2.3
5. Tener poco apetito o comer en exceso	396	37.6	418	39.7	175	16.6	63	6.0
6. Sentimientos de culpabilidad, desesperanza o pérdida de autoestima- sensación de ser un fracaso o haber decepcionado a su familia o a sí mismo	513	48.8	389	37.0	102	9.7	48	4.6

Tabla 4.

(Continuación)

Ítems	Frecuencia							
	Nunca		Unos cuantos días		Más de la mitad de los días		Todos o casi todos los días	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
7. Tener problemas para concentrarse, como por ejemplo, para leer el periódico o ver la televisión	35	48.8	401	38.1	107	10.2	31	2.8
8. Moverse o hablar tan lentamente que los demás lo han notado o de lo contrario, estar más inquieto/a e intranquilo/a de lo habitual	597	56.7	352	33.5	82	7.8	21	2.0
9. Tener pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de hacerse daño a sí mismo de alguna manera	785	74.6	208	19.8	33	3.1	26	2.5

En relación a los niveles de intensidad de los síntomas depresivos, el 33.3% ($n = 350$) de los participantes tenían síntomas depresivos mínimos, el 45.1% ($n = 474$) síntomas leves, el 16.7% ($n = 176$) síntomas moderados, el 3.7% ($n = 39$) síntomas moderadamente severa y síntomas graves 1.2% ($n = 13$) (ver Figura 6).

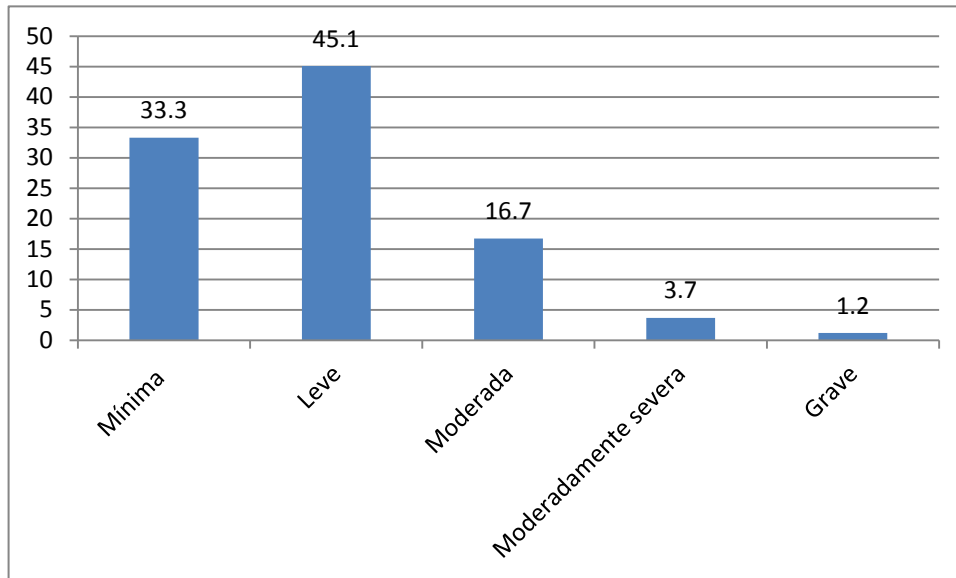


Figura 6. Porcentajes de intensidad de la sintomatología depresiva, reportada por los estudiantes en el PHQ-9

De acuerdo al algoritmo propuesto para identificar un caso positivo de depresión mayor con el PHQ-9, se halló que el 6.2% ($n = 65$) de los participantes tenían un episodio de depresión mayor (ver Figura 7)

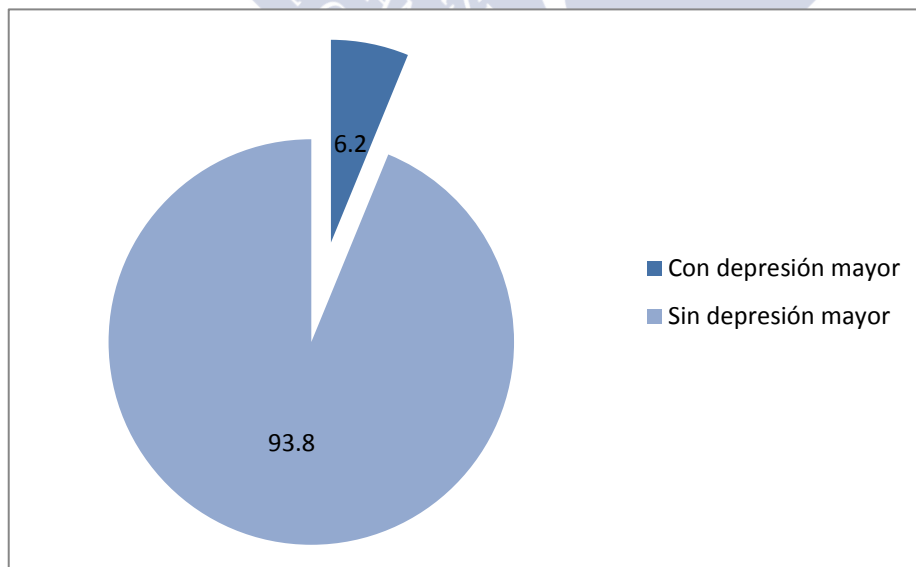


Figura 7. Prevalencia de depresión mayor reportada por los estudiantes en el PHQ-9

2.1. Relación entre las variables sociodemográficas/académicas y la depresión:

análisis bivalente

Los datos correspondientes a los análisis de las relaciones entre las variables sociodemográficas/académicas y la depresión se presentan en la Tabla 5. Al analizar la relación entre la variable sexo y la variable depresión, en el sexo masculino se encontró que un 94.2% no tenían depresión y el 5.8% sí la tenían; en el sexo femenino, el 93.5 % no tenían depresión y el 6.5% habían desarrollado depresión. Las diferencias halladas entre ambas variables no fueron significativas, $\chi^2 (1, N = 1046) = 0.22, p = .64$

En relación a la variable edad y depresión, se halló que en los estudiantes de 18 o menos años que el 94.1% no habían desarrollado depresión, mientras que 5.9% si la habían desarrollado; en los de más de 18 años el 93.0% no tenían depresión y el 6.7% sí la tenía. No se encontró una relación estadísticamente significativas entre ambas variables, $\chi^2 (1, N = 1052) = 0.25, p = .62$

Respecto a la relación entre la variable estado civil, y la variable depresión, en los solteros se halló que un 93.8% no tenían depresión y el 6.2% sí la tenían; en otros estados civiles, el 96.0% no tenían depresión y el 4.0 % habían desarrollado depresión. No se halló una relación significativa entre el estado civil y la depresión ($p = .65$).

En el caso de la variable etnia y depresión, se halló en los estudiantes mestizos que el 93.8% no habían desarrollado depresión, mientras que 6.2% sí la habían desarrollado; en los de otras razas el 94.2% no tenían depresión y el 5.8% sí la tenía. No se detectaron

diferencias estadísticamente significativas en depresión entre la raza mestiza y las otras razas ($p = .62$).

En el análisis de la relación entre la variable ingresos y la variable depresión, en la categoría de ingresos familiares menores a 1040\$ se encontró que un 93.0% no tenían depresión y el 7.0% sí la tenían; en los de más ingresos a 1040\$, el 94.7% no tenían depresión y el 5.3% habían desarrollado depresión. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas categorías de ingresos en depresión, $\chi^2 (1, N = 1020) = 1.08, p = .30$.

En relación a la variable estado laboral y depresión, se halló en los estudiantes que no trabajaban que el 93.5% no habían desarrollado depresión, mientras que el 6.5% sí la habían desarrollado; en los que trabajaban el 95.7% no tenían depresión y el 4.3% sí la tenía. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, ($p = .29$).

En cuanto a la relación entre la variable área de conocimiento y la variable depresión, se halló que en el área de ciencias jurídicas y sociales el 93.1% no desarrollaron depresión y el 6.9% sí la desarrollaron, en el área de ciencias económicas el 96.0% no tenía depresión y el 4.0% sí, en el área de ciencias de arte y letras, el 94.3% no tenían depresión y el 5.7% sí, en el área de ciencias de la vida el 94.3% no desarrollaron depresión y el 5.7% sí, en el área de ciencias tecnológicas el 91.6% no tenían depresión y el 8.4% sí la tenían, y en el área de ciencias de la salud el 94.0% no desarrolló depresión y el 0.6% sí. No hubo una relación estadísticamente significativa entre el área de conocimiento y la depresión, $\chi^2 (5, N = 1024) = 3.89, p = .57$ (ver Tabla 5).

Tabla 5. Variables sociodemográficas/académicas y depresión

Variables	Depresión					χ^2	p
	N	No		Sí			
		n	%	n	%		
Sexo							
Hombre	480	452	94.2	28	5.8	0.22	.64
Mujer	566	529	93.5	37	6.5		
Edad							
≤ 18 años	725	682	94.1	43	5.9	0.25	.62
> 18 años	327	305	93.3	22	6.7		
Estado civil							
Solteros	1027	963	93.8	64	6.2	0.00	.65 ^a
Otros	25	24	96.0	1	4.0		
Etnia							
Mestizo	983	922	93.8	61	6.2	0.00	.62 ^a
Otros	69	65	94.2	4	5.8		
Ingresos familiares							
≤ 1040\$	661	615	93.0	46	7.0	1.08	.30
> 1041\$	359	340	94.7	19	5.3		
Trabaja							
No	945	884	93.5	61	6.5	0.67	.29 ^a
Sí	93	89	95.7	4	4.3		
Áreas de conocimiento							
Jurídicas y sociales	116	108	93.1	8	6.9	3.89	.57
Ciencias económicas	200	192	96.0	8	4.0		
Ciencias de artes y letras	87	82	94.3	5	5.7		
Ciencias de la vida	247	233	94.3	14	5.7		
Ciencias tecnológicas	225	206	91.6	19	8.4		
Ciencias de la salud	149	140	94.0	9	6.0		

Nota.^a Significación del Test exacto de Fisher.

2.2. Relación entre las variables clínicas y la depresión: análisis bivariante

La primera de las variables clínicas analizadas en relación con la depresión fue la autoestima. La media en autoestima para los participantes sin depresión fue de 31.9 ($DT = 5.1$) y para aquellos con depresión de 27.0 ($DT = 5.3$); las diferencias entre los que no habían y habían desarrollado depresión fueron estadísticamente significativas, $t(1011) = 7.41, p < .001$ (ver Figura 8).

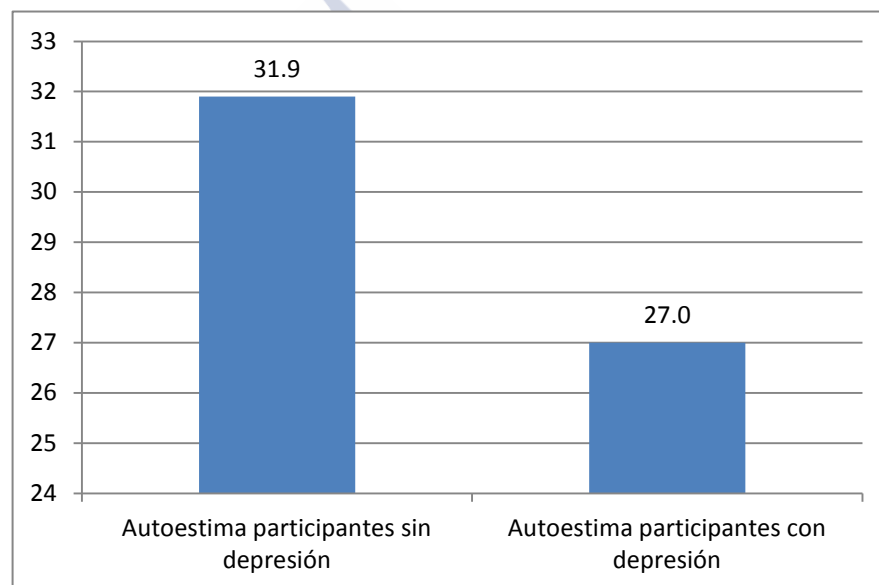


Figura 8. Depresión y autoestima

En cuanto a la relación entre la variable apoyo social y la depresión, se halló una media en apoyo social en los participantes sin depresión de 53.4 ($DT = 14.4$) y en aquellos con depresión de 45.8 ($DT = 15.8$); las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas, $t(1030) = 4.02, p < .001$ (ver Figura 9).

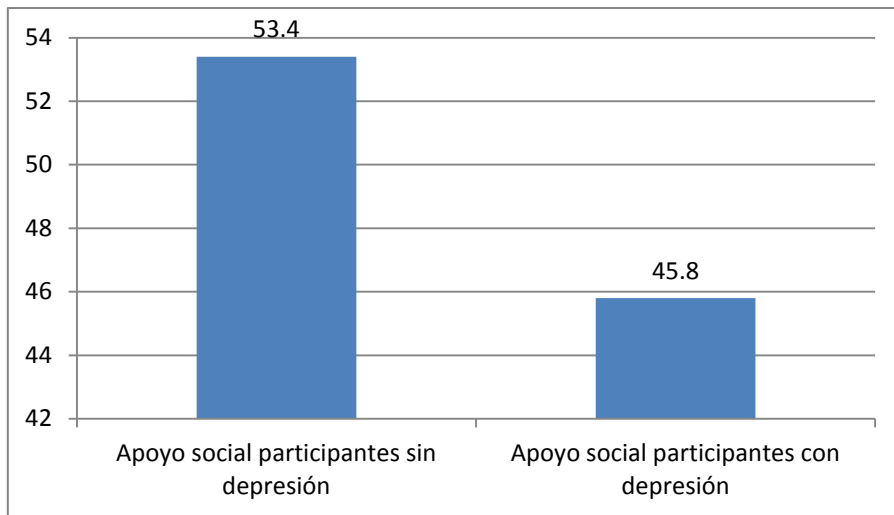


Figura 9. Depresión y apoyo social

En cuanto a la relación entre la variable acontecimientos vitales y depresión, se halló una puntuación media en acontecimientos vitales para los estudiantes sin depresión de 190.0 ($DT = 117.3$); y para aquellos con depresión de 213.1 ($DT = 125.7$), no siendo las diferencias estadísticamente significativas, $t(1050) = -1.53$ (ver Figura 10).

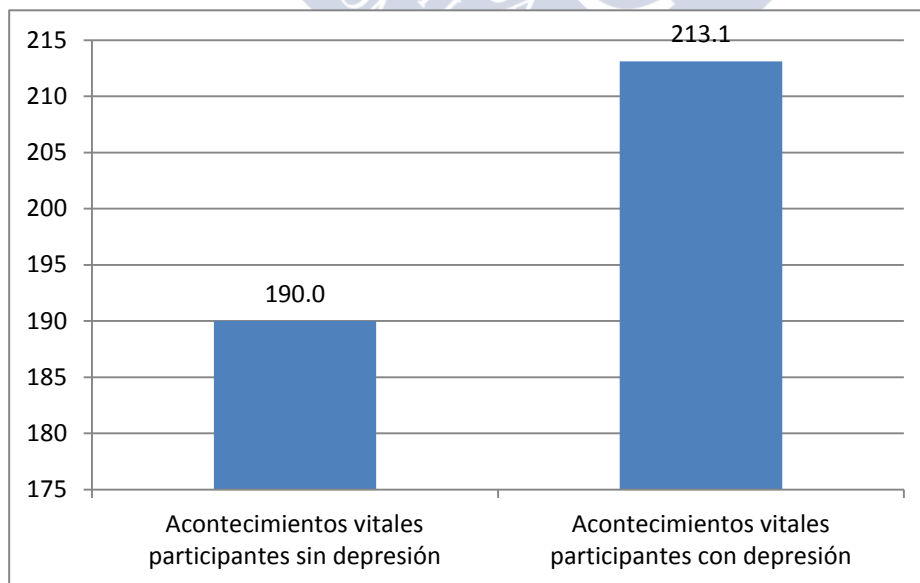


Figura 10. Depresión y acontecimiento vitales

Respecto a la relación entre la dimensión de personalidad neuroticismo y depresión, se encontró una puntuación media en neuroticismo en los participantes sin depresión de 2.6 ($DT = 1.8$) y en aquellos con depresión de 4.2 ($DT = 1.4$). Las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas, $t(73) = -9.00, p < .001$ (ver Figura 11).

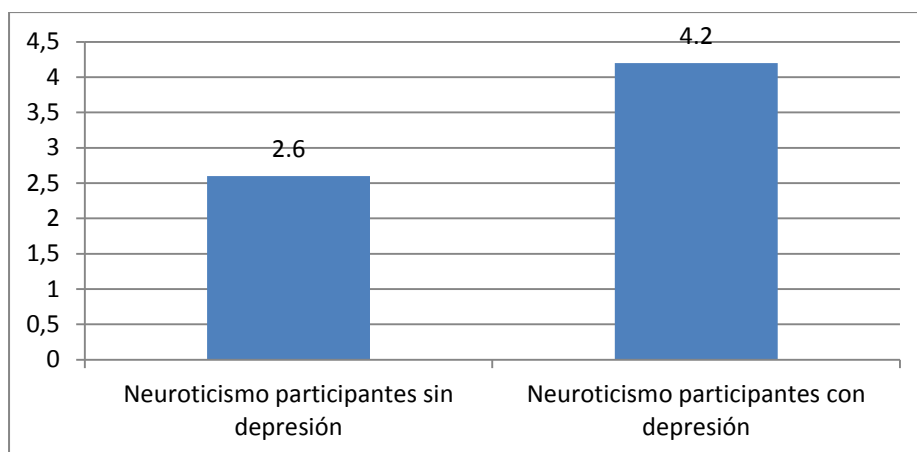


Figura 11. Depresión y neuroticismo

Igualmente, la relación entre la dimensión de personalidad extraversión y depresión fue significativa, $t(64) = 3.85, p < .001$. La puntuación media en extraversión en aquellos sujetos sin depresión fue de 4.1 ($DT = 1.8$) y en los que tenían depresión 3.0 ($DT = 2.2$) (ver Figura 12).

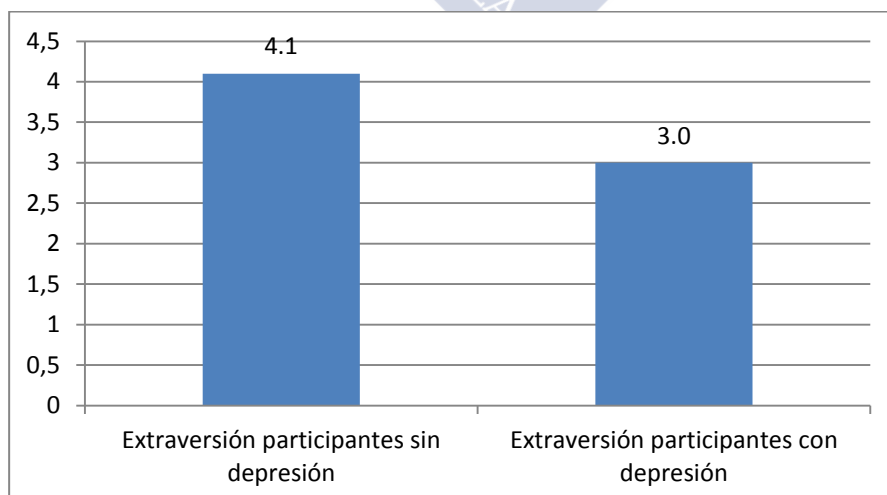


Figura 12. Depresión y extraversión

En el análisis de la relación entre la dimensión de personalidad psicoticismo y depresión se encontró que los participantes que no habían desarrollado depresión tuvieron una puntuación media de 1.9 ($DT = 1.0$) y en los que sí la desarrollaron fue de 2.0 ($DT = 1.0$); las diferencias halladas no fueron estadísticamente significativas, $t(938) = -0.47, p = .64$ (ver Figura 13).

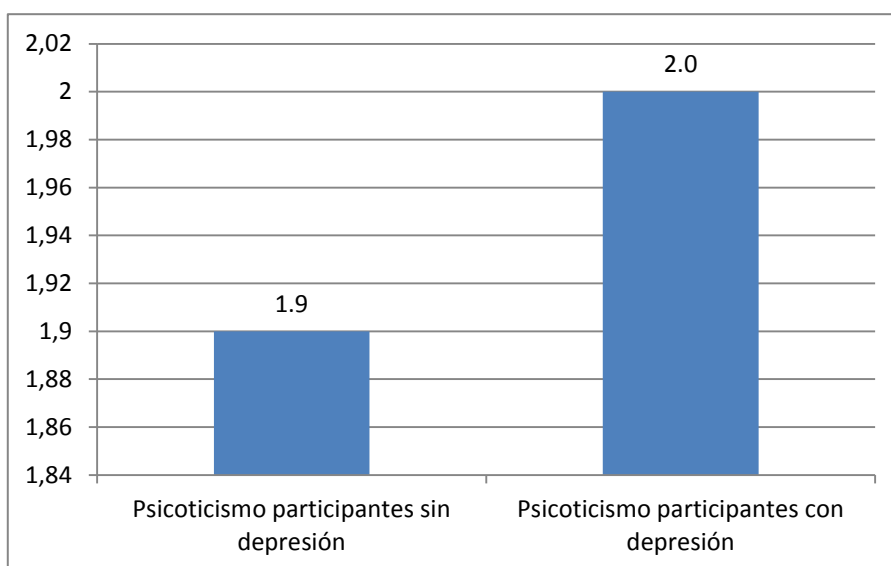


Figura 13. Depresión y psicoticismo

Finalmente, al estudiar la relación entre la variable antecedentes de problemas psicológicos y depresión, en aquellos participantes sin antecedentes de problemas psicológicos se encontró que un 94.7% no tenían depresión y el 5.3% sí la tenían; en aquellos con antecedentes de problemas psicológicos, el 84.4 % no tenían depresión y el 15.6% habían desarrollado depresión. Las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 1052) = 14.9, p < .001$ (ver Tabla 6).

Tabla 6. Antecedentes de problemas psicológicos y depresión

Variable		No depresión		Depresión		χ^2	<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Antecedentes de problemas psicológicos	No (<i>n</i> = 962)	911	94.7	51	5.3	14.9	< .001
	Sí (<i>n</i> = 90)	76	84.4	14	15.6		

2.3. Variables asociadas con la depresión: análisis multivariante

En la Tabla 7 se exponen resultados del análisis de regresión logística. En este modelo se analizó el conjunto de variables que tras los análisis bivariantes preliminares presentaban resultados estadísticamente significativos. En concreto se introdujeron las siguientes variables: autoestima, apoyo social, personalidad (neuroticismo, extraversión) y antecedentes de problemas psicológicos. Como variable dependiente se incluyó la depresión (No/Sí).

Las variables autoestima, neuroticismo y antecedentes de problemas psicológicos se asociaron de manera independiente con desarrollar depresión. Así, en relación a la autoestima, se halló una clara tendencia en el sentido de que a mayor autoestima menor es el riesgo de desarrollar depresión (OR = 0.91, IC 95% [0.87, 0.96]) (ver Tabla. 7).

En cuanto a la personalidad, se puede observar en la Tabla 7, como de forma significativa el neuroticismo es un factor de riesgo de sufrir depresión, con una OR ajustada por el resto de variables de 1.49 (IC 95% [1.23, 1.80]).

En lo referente a la variable antecedentes de problemas psicológicos, se encontró una asociación estadísticamente significativa con tener depresión, indicando que los estudiantes que tenían antecedentes de problemas psicológicos tenían más del doble de posibilidades de sufrir depresión que los que no los habían tenido (OR = 2.31; IC 95% [1.11, 4.82]) (ver Tabla.7).

En cuanto a las variables apoyo social y extraversión, no se halló una asociación significativa de ninguna de ellas con tener depresión, siendo la OR ajustada por el resto de las variables para el apoyo social de 0.98 (IC 95% [0.97, 1.00]) y para la extraversión de 0.91 (IC 95% [0.78, 1.06]) (ver Tabla. 7).

Tabla 7. Resultados del análisis multivariante y depresión

	β	Wald χ^2	<i>p</i>	OR ajustada	IC (95%)	
					Límite inferior	Límite superior
Autoestima	-0.94	12.66	<.001	0.91	0.87	0.96
Apoyo social	-0.17	3.62	.057	0.98	0.97	1.00
Neuroticismo	0.40	17.05	<.001	1.49	1.23	1.80
Extraversión	-0.09	1.48	.224	0.91	0.78	1.06
Antecedes problemas psicológicos						
No	Rf					
Sí	0.84	5.00	.025	2.31	1.11	4.82

Nota. β = coeficiente de regresión; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confianza; Rf = categoría de referencia.

3. ANÁLISIS DEL TRASTORNO DE PÁNICO

Este trastorno se evaluó con los ítems sobre pánico del *Cuestionario sobre la salud del paciente - escala de ansiedad (Patient Health Questionnaire [PHQ-A])*. Como ya se ha comentado en la sección Método, cada ítem se puntúa como Sí o No; la primera pregunta es una pregunta de descarte seguida de 14 preguntas Sí /No. El 19.1% ($n = 209$) contestó afirmativamente al primer ítem “En las últimas 4 semanas ¿ha tenido alguna crisis o ataque de ansiedad, como la sensación de sentir miedo o pánico súbitamente?”, y todos ellos cubrieron el resto de los ítems del cuestionario. Los tres siguientes ítems preguntan sobre tres aspectos básicos para establecer un diagnóstico de Trastorno de Pánico. En Tabla 8 se muestran los porcentajes de sujetos que respondieron dentro de cada categoría de respuesta para cada uno de esos ítems. En relación al primero de esos ítems, el 41.1% contestó afirmativamente, al segundo el 61.2% y al tercero el 47.4%.

Los 11 siguientes ítems evalúan síntomas de ansiedad que han podido experimentar los participantes en las últimas cuatro semanas. En Tabla 9 se muestran los porcentajes de sujetos que respondieron dentro de cada categoría de respuesta para cada uno de esos ítems.

Los dos síntomas que más experimentaron los participantes fueron: “Se notó el corazón acelerado, con palpitaciones o latidos irregulares”, el cual lo tuvieron el 51.7% de ellos, y “Notó oleadas de calor o escalofríos”, experimentado por el 44.5% de los estudiantes. Los dos síntomas que menos se presentaron fueron: “Tuvo miedo de estar muriéndose” y “Tuvo dificultades para respirar” señalados por el 85.2% y 83.3% de los estudiantes, respectivamente.

Tabla 8. Porcentaje de participantes en función de la categoría de respuesta del PHQ-A

Ítems	Categoría de respuesta			
	No		Sí	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1. En las últimas 4 semanas ¿ha tenido alguna crisis o ataque de ansiedad, como la sensación de sentir miedo o pánico súbitamente? ^a	883	80.9	209	19.1
2. ¿Había tenido alguna de estas crisis o ataques previamente?	123	58.9	86	41.1
3. ¿Alguna de estas crisis o ataques apareció repentinamente y sin motivo – es decir, en situaciones en las que no esperaba encontrarse nervioso/a o incómodo/a?	81	38.8	128	61.2
4. ¿Estas crisis o ataques le han molestado mucho o está preocupado/a ante la posibilidad de volver a tener otra crisis o ataque parecido?	110	52.6	99	47.4

Nota. ^aN = 1092 para el resto de ítems el N = 209

Tabla 9. Porcentaje de participantes con síntomas de ansiedad en función de la categoría de respuesta del PHQ-A

Ítems	Categoría de respuesta			
	No		Sí	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
5. ¿Tuvo dificultades para respirar?	174	83.3	35	16.7
6. ¿Se notó el corazón acelerado, con palpitaciones o latidos irregulares?	101	48.3	108	51.7
7. ¿Tuvo dolor u opresión en el pecho?	132	63.2	77	36.8
8. ¿Sudó en exceso?	142	67.9	67	32.1
9. ¿Sintió como si estuviese ahogándose?	166	79.4	43	20.6
10. ¿Notó oleadas de calor o escalofríos?	116	55.5	93	44.5

Tabla 9.

(Continuación)

Ítems	Categoría de respuesta			
	No		Sí	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
11. ¿Tuvo náuseas, el estómago revuelto o la sensación de ir a tener una diarrea?	152	72.7	57	27.3
12. ¿Se sintió mareado/a, inestable o como si fuese a desmayarse?	125	59.8	84	40.2
13. ¿Tuvo sensaciones de hormigueo o adormecimiento en alguna parte de su cuerpo?	137	65.6	72	34.4
14. ¿Tuvo temblores o sacudidas musculares?	152	72.7	57	27.3
15. ¿Tuvo miedo de estar muriéndose?	178	85.2	31	14.8

En relación a los ítems referidos específicamente a los síntomas del ataque de pánico en las cuatro últimas semanas, el 7.2% ($n = 15$) tuvo un síntoma, el 14.3% ($n = 30$) tuvieron dos síntomas, el 12.4% ($n = 26$) tuvieron tres síntomas, el 17.2% ($n = 36$) tuvieron cuatro síntomas, el 16.3% ($n = 34$) tuvieron cinco síntomas, el 16.7% ($n = 35$) tuvieron seis síntomas, el 9.1% ($n = 19$) tuvieron siete síntomas, el 2.9% ($n = 6$) tuvieron ocho, otro 2.9% ($n = 6$) tuvieron nueve síntomas, , el 0.5% ($n = 1$) tuvieron 10 síntomas, y otro 0.5% ($n = 1$) tuvo 11 síntomas (ver Figura 14).

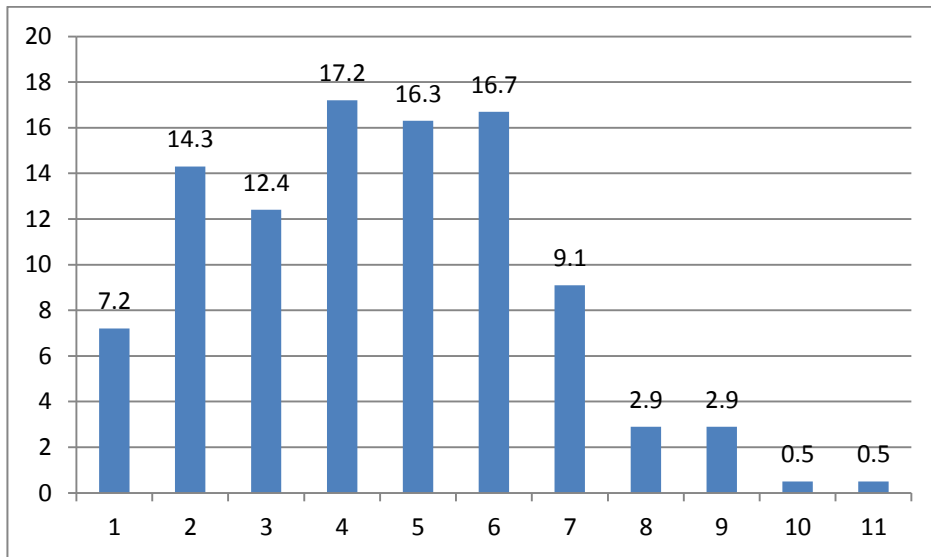


Figura 14. Porcentaje de participantes en función del número de síntomas de ansiedad experimentados (síntomas fisiológicos)

De acuerdo a los algoritmos propuestos para el PHQ-Pánico como instrumento de detección de casos de trastorno de pánico, se halló que el 2.2% ($n = 24$) de los participantes tenían un trastorno de pánico (ver Figura 15).

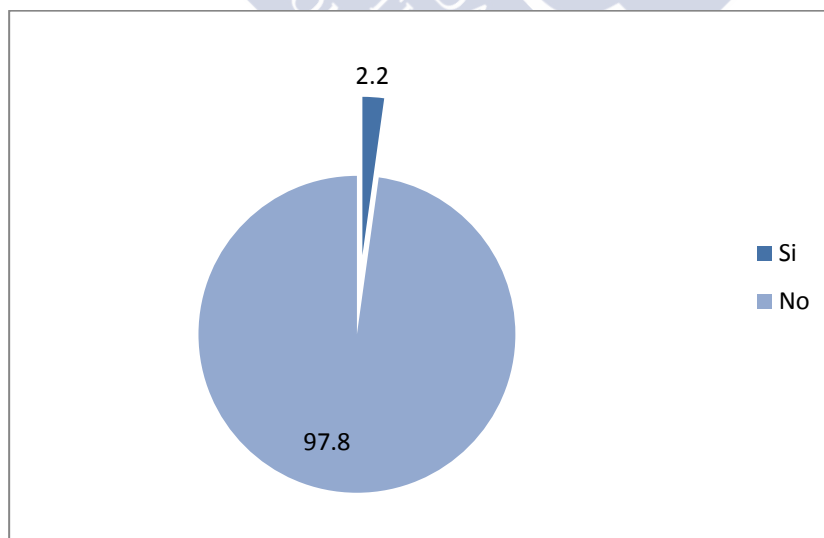


Figura 15. Porcentaje de participantes con trastorno de pánico

3.1. Relación entre las variables sociodemográficas/académicas y el trastorno de pánico: análisis bivalente

Los datos correspondientes a los análisis de las relaciones entre las variables sociodemográficas/académicas y el trastorno de pánico se presentan en la Tabla 10. Al analizar la relación entre las variables sexo y trastorno de pánico en la muestra, en el sexo masculino se encontró que un 98.2% no tenían un trastorno de pánico y el 1.8% sí lo tenían; en el sexo femenino, el 97.6 % no habían desarrollado un trastorno de pánico y el 2.4% sí habían desarrollado. No se halló una relación estadísticamente significativa entre ambas variables $\chi^2 (1, N = 1085) = 0.48, p = .49$ (ver Tabla 10).

En relación a la variable edad y trastorno de pánico, se halló en los estudiantes de 18 o menos años que el 97.7% no habían desarrollado un trastorno de pánico, mientras que 2.3% sí lo habían desarrollado; en los de más de 18 años, el 98.0% no tenían un trastorno de pánico y el 2.0% sí lo tenían. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, $\chi^2 (1, N = 1092) = 0.06, p = .81$ ($p = .50$) (ver Tabla 10).

Respecto a la relación entre la variable estado civil y la variable trastorno de pánico, en los solteros se halló que un 97.8% no tenían un trastorno de pánico y el 2.2% sí lo tenían; en otros estados civiles, el 100.0% no tenían un trastorno de pánico. El test exacto de Fisher mostró que las diferencias halladas no fueron estadísticamente significativas ($p = .71$) (ver Tabla 10).

En el caso de la variables etnia y trastorno de pánico, se halló en los estudiantes mestizos que el 97.9% no habían desarrollado un trastorno de pánico, mientras que el 2.1%

sí lo habían desarrollado; en los de otras razas, el 96.2% no tenían un trastorno de pánico y el 3.8% sí lo tenían. El test exacto de Fisher no detectó diferencias estadísticamente significativas ($p = .31$) (ver Tabla 10).

En el análisis de la relación entre la variable ingresos y la variable trastorno de pánico, en la categoría de menores ingresos ($\leq 1040\$$) se encontró que un 97.8% no tenían un trastorno de pánico y el 2.2% sí lo tenían; en los de más ingresos ($>1041\$$), el 97.8% no tenían un trastorno de pánico y el 2.2% sí lo tenían. No hubo diferencias estadísticamente significativas $\chi^2 (1, N = 1058) = 0.001, p = .098 (p = .58)$ (ver Tabla 10).

En relación a la variables estado laboral y trastorno de pánico, se halló en los estudiantes que no trabajaban que el 97.8% no habían desarrollado un trastorno de pánico, mientras que 2.2% sí lo habían desarrollado; en los que trabajaban, el 98.9% no tenían un trastorno de pánico y el 1.1% sí lo tenía. Según el test exacto de Fisher no se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p = .38$) (ver Tabla 10).

En cuanto a la relación entre la variable área de conocimiento y la variable trastorno de pánico, se halló que en el área de ciencias jurídicas y sociales el 97.5% no desarrollaron un trastorno de pánico y el 2.5% sí lo desarrollaron; en el área de ciencias económicas, el 97.6% no tenía un trastorno de pánico y el 2.4% sí lo tenía; en el área de ciencias de arte y letras, el 95.5% no tenía un trastorno de pánico y el 4.5% sí lo tenía; en el área de ciencias de la vida, el 98.8% no desarrollaron un trastorno de pánico y el 1.2% sí lo desarrollaron; en el área de ciencias tecnológicas, el 98.7% no tenían un trastorno de pánico y el 1.3% sí lo tenían; y, en el área de ciencias de la salud, el 96.8% no desarrolló

un trastorno de pánico y el 3.2% sí lo desarrolló. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 1063) = 5.25, p = .39$ (ver Tabla 10).

Tabla 10. Variables sociodemográficas/académicas y trastorno de pánico

Variables	N	Trastorno de pánico				χ^2	p
		No		Sí			
		n	%	n	%		
Sexo							
Hombre	502	493	98.2	9	1.8	0.48	.49
Mujer	583	569	97.6	14	2.4		
Edad							
≤ 18 años	749	732	97.7	17	2.3	0.06	.81
> 18 años	343	336	98.0	7	2.0		
Estado civil							
Solteros	1066	1043	97.8	23	2.2	0.35	.71 ^a
Otros	16	16	100.	0	0		
Etnia							
Mestizo	1019	998	97.9	21	2.1	0.75	.31 ^a
Otros	52	50	96.2	2	3.8		
Ingresos familiares							
≤ 1040\$	687	672	97.8	15	2.2	0.00	.98
> 1041\$	371	363	97.8	8	2.2		
Trabaja							
No	982	960	97.8	22	2.2	0.59	.38 ^a
Sí	95	94	98.9	1	1.1		
Áreas de conocimiento							
Jurídicas y sociales	120	117	97.5	3	2.5	5.25	.39
Ciencias económicas	206	201	97.6	5	2.4		
Ciencias de artes y letras	89	85	95.5	4	4.5		
Ciencias de la vida	256	253	98.8	3	1.2		
Ciencias tecnológicas	235	232	98.7	3	1.3		
Ciencias de la salud	157	152	96.8	55	3.2		

3.2. Relación entre las variables clínicas y el trastorno de pánico: análisis

bivariante

La primera de las variables clínicas analizadas en relación con el trastorno de pánico fue la autoestima. La media en autoestima para los participantes sin trastorno de pánico fue de 31.8 ($DT = 5.2$) y para aquellos con trastorno de pánico de 26.8 ($DT = 7.6$); las diferencias encontradas entre los que no habían y habían desarrollado un trastorno de pánico fueron estadísticamente significativas, $t(1046) = 4.25, p < .001$ (ver Figura 16).

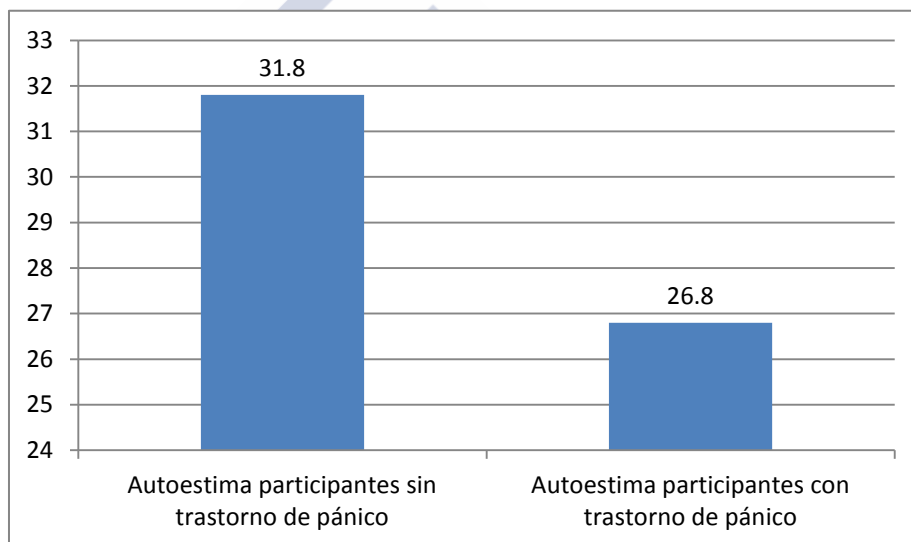


Figura 16. Trastorno de pánico y autoestima

En cuanto a la relación entre las variables apoyo social y trastorno de pánico, se halló una media en apoyo social en los participantes sin trastorno de pánico de 53.1 ($DT = 14.7$) y en aquellos con trastorno de pánico de 49.1 ($DT = 14.9$); las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas, $t(1066) = 1.25, p = .211$ (ver Figura 17).

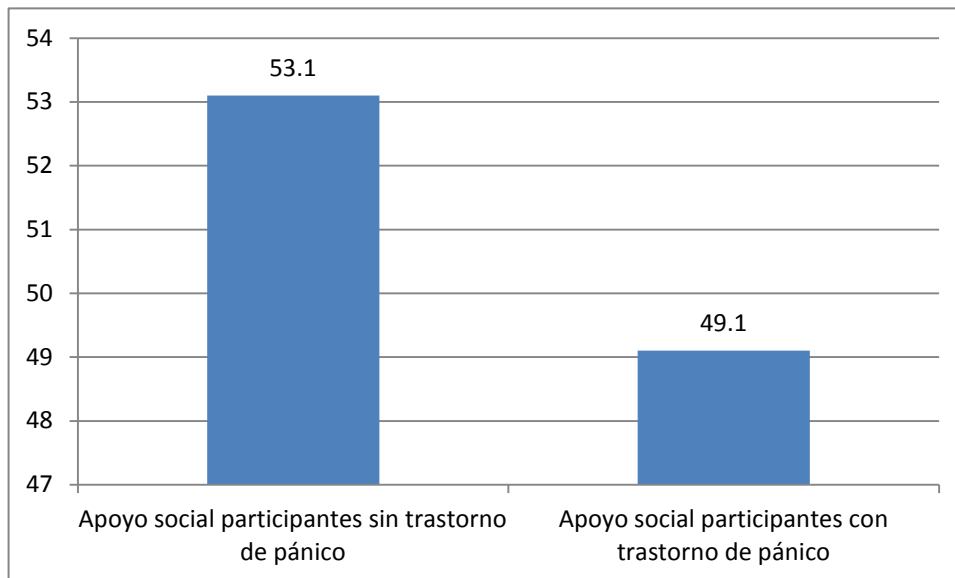


Figura 17. Trastorno de pánico y apoyo social

En cuanto a la relación entre las variables acontecimientos vitales y trastorno de pánico, se halló una puntuación media en acontecimientos vitales para los estudiantes sin trastorno de pánico de 188.3 ($DT = 116.6$) y para aquellos con trastorno de pánico de 270.3 ($DT = 125.7$); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(1090) = -3.40, p = .001$ (ver Figura 18).

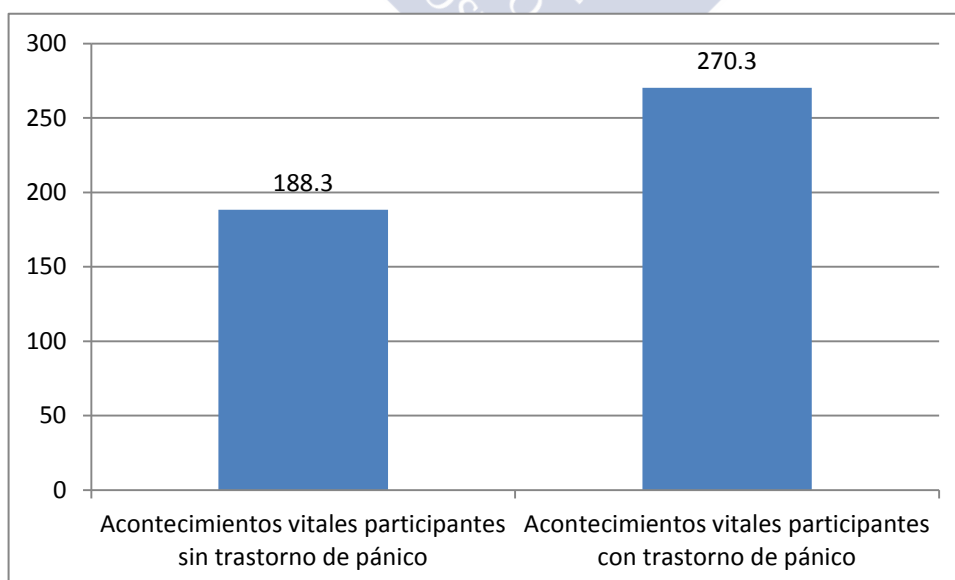


Figura 18. Trastorno de pánico y acontecimientos vitales

Respecto a la relación entre la dimensión de personalidad neuroticismo y trastorno de pánico, se encontró una puntuación media en neuroticismo en los participantes sin trastorno de pánico de 2.6 ($DT = 1.8$) y en aquellos con trastorno de pánico de 4.4 ($DT = 1.7$). Las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas, $t(969) = -4.65$, $p < .001$ (ver Figura 19).

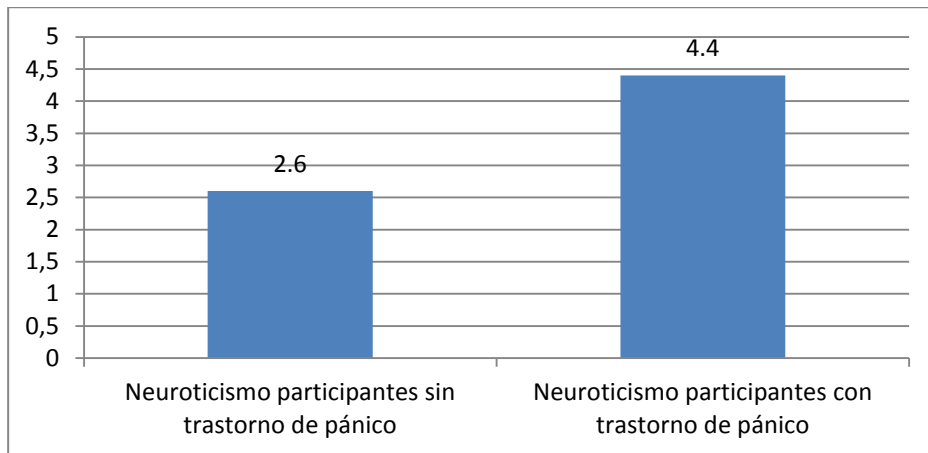


Figura 19. Trastorno de pánico y neuroticismo

La relación entre la dimensión de personalidad extraversión y trastorno de pánico no fue significativa, $t(969) = 0.73$. La puntuación media en extraversión en aquellos sujetos sin trastorno de pánico fue de 4.1 ($DT = 1.8$) y en los que tenían un trastorno de pánico fue de 3.8 ($DT = 2.0$) (ver Figura 20).

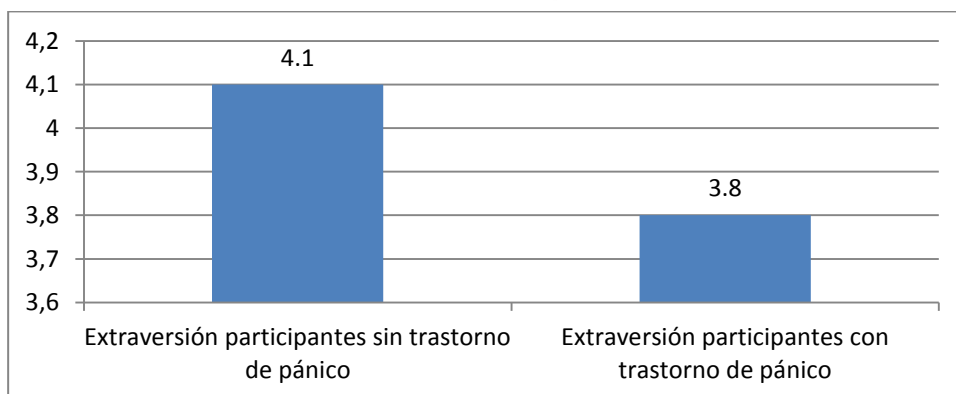


Figura 20. Trastorno de pánico y extraversión

En el análisis de la relación entre la dimensión de personalidad psicoticismo y trastorno de pánico se encontró que los participantes que no habían desarrollado un trastorno de pánico tuvieron una puntuación media de 1.9 ($DT = 1.0$), y en los que sí tenían un trastorno de pánico fue de 1.8 ($DT = 1.0$); las diferencias halladas no fueron estadísticamente significativas, $t(969) = 0.75, p = .46$ (ver Figura 21).

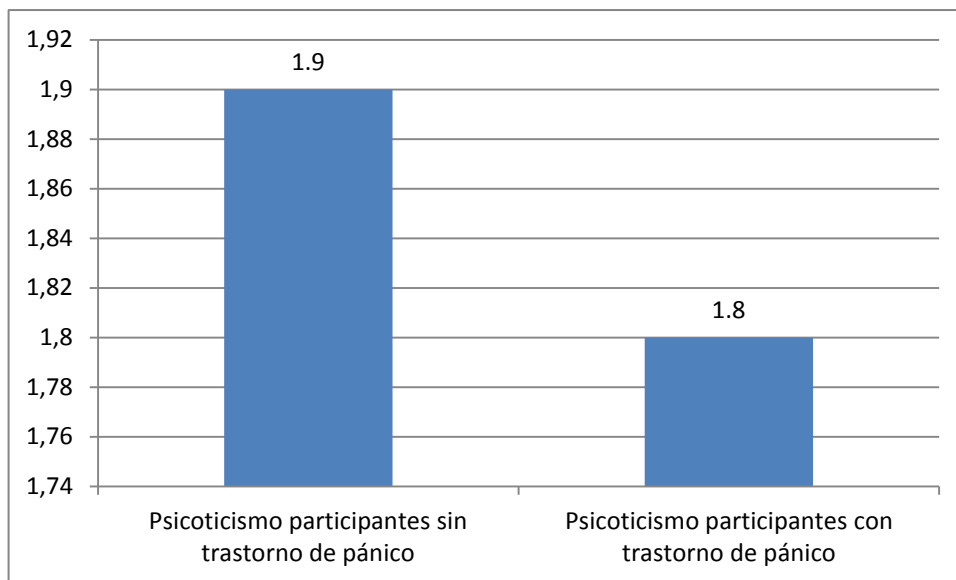


Figura 21. Trastorno de pánico y psicoticismo

Finalmente, al estudiar la relación entre las variables antecedentes de problemas psicológicos y trastorno de pánico, en aquellos sin antecedentes de problemas psicológicos se encontró que un 98.2% no tenían trastorno de pánico y el 1.8% sí lo tenían; en aquellos con antecedentes de problemas psicológicos, el 93.5 % no habían desarrollado un trastorno de pánico y el 6.5% sí lo habían desarrollado. Las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 1092) = 8.56, p = .003$ (ver Tabla 11).

Tabla 11. Antecedentes de problemas psicológicos y trastorno de pánico

Variable		No trastorno de pánico		Trastorno de pánico		χ^2	<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Antecedentes de problemas psicológicos	No (<i>n</i> = 999)	981	98.2	18	1.8	8.56	0.003
	Sí (<i>n</i> = 93)	87	93.5	6	6.5		

3.3. Variables asociadas con el trastorno de pánico: análisis multivariante

En la Tabla 12 se exponen los resultados del análisis de regresión logística. En este modelo se analizó el conjunto de variables que tras los análisis bivariantes preliminares presentaban resultados estadísticamente significativos. En concreto, se introdujeron las siguientes variables: autoestima, acontecimientos vitales estresantes, personalidad (neuroticismo) y antecedentes de problemas psicológicos. Como variable dependiente se incluyó trastorno de pánico (No/Sí).

Las variables autoestima, neuroticismo y acontecimientos vitales estresantes se asociaron de manera independiente con desarrollar un trastorno de pánico. Así, en relación a la autoestima, se halló una clara tendencia en el sentido de que mayor autoestima es menor el riesgo de desarrollar un trastorno de pánico (OR = 0.91, IC 95% [0.84, 0.99]) (ver Tabla 12).

En lo referente a la variable acontecimientos vitales estresantes, se encontró una asociación estadísticamente significativa con tener un trastorno de pánico (ver Tabla 12), de forma que el tener mayor número de acontecimientos vitales estresantes aumenta la

posibilidad de desarrollar un trastorno de pánico; con una OR ajustada por el resto de variables de 1.01 (IC 95% [1.00, 1.01]).

En cuanto a dimensión de personalidad neuroticismo, se puede observar en la Tabla 12, como de forma significativa ésta es un factor de riesgo de sufrir un trastorno de pánico, con una OR ajustada por el resto de variables de 1.89 (IC 95% [1.33, 2.69]).

En cuanto a la variable de antecedentes patológicos, no se halló una asociación significativa con tener un trastorno de pánico, siendo la OR ajustada por el resto de las variables 2.79 (IC 95% [0.94, 8.29]) (ver Tabla 12).

Tabla 12. Resultados del análisis multivariante en el trastorno de pánico

	β	Wald χ^2	<i>p</i>	OR ajustada	IC (95%)	
					Límite inferior	Límite superior
Autoestima	-0.10	5.02	.025	0.91	0.84	0.99
Acontecimientos vitales estresantes	0.01	8.63	.003	1.01	1.00	1.01
Neuroticismo	0.64	12.67	<.001	1.89	1.33	2.69
Antecedes problemas psicológicos						
No	Rf					
Si	1.03	3.43	.064	2.79	0.94	8.29

Nota. β = coeficiente de regresión; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confianza; Rf = categoría de referencia.

4. ANÁLISIS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Con el fin de evaluar los trastornos alimentarios de los participantes del estudio, se les aplicó la *Escala Sick Control On Fast Food (SCOFF)*. Como ya se comentó en la sección Método, es un cuestionario autoadministrado de 5 ítems de respuesta dicotómica (Sí/No); cada respuesta afirmativa es valorada con un punto. Este instrumento ha sido completado por el 98% de los participantes. La puntuación media obtenida en el cuestionario fue de 1.1 ($DT= 1.2$), siendo la puntuación mínima obtenida de 0 y la máxima de 5.

En Tabla 13 se pueden ver los porcentajes de sujetos que respondieron a los ítems dentro de cada categoría de respuesta. En cuanto a las preguntas con mayor frecuencia en la categoría “Sí”, fueron: “¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?” con un 34.4%. Y, “¿Usted se provoca el vómito porque se siente muy lleno/a?” con un 28.4%.

En la categoría “No”, las preguntas con mayor frecuencia señala por los participantes fueron “¿Usted diría que la comida domina su vida?” con un 87.9%, seguido por “¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un periodo de tres meses?” con un 86.6%.

Tabla 13. Porcentaje de participantes que respondieron a los ítems del Cuestionario SCOFF

Ítems	Categorías de respuesta			
	No		Sí	
	n	%	n	%
1. ¿Usted se provoca el vómito porque se siente muy lleno/a?	766	71.6	304	28.4

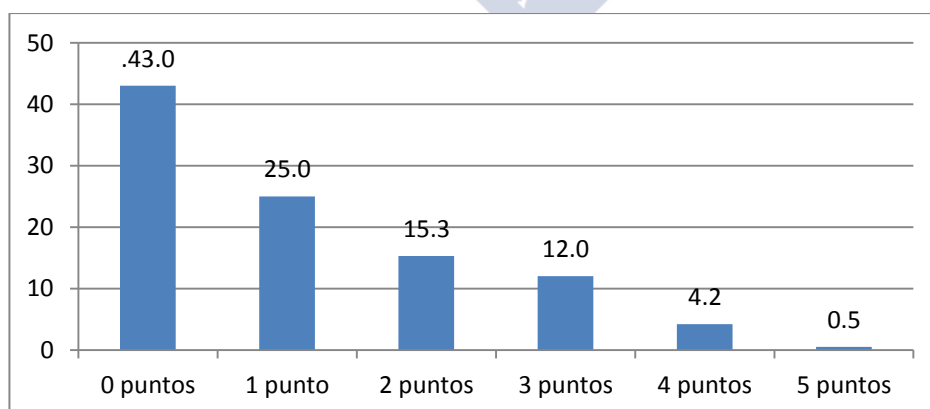
Tabla 13.

(Continuación)

Ítems	Categorías de respuesta			
	No		Sí	
	n	%	n	%
2. ¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?	702	65.6	368	34.4
3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un periodo de tres meses?	927	86.6	43	13.4
4. ¿Cree que está gordo(a) aunque los demás digan que está demasiado delgado(a)?	825	77.1	245	22.9
5. ¿Usted diría que la comida domina su vida?	941	87.9	129	12.1

En relación a la puntuación total obtenida en el SCOFF, el 43.0% ($n = 460$) obtuvo cero, el 25.0% ($n = 268$) uno, el 15.3% ($n = 164$) dos, el 12.0% ($n = 128$) tres, 4.2% ($n = 45$) cuatro y el 0.5 % ($n = 5$) cinco (ver Figura 22).

De acuerdo al punto de corte propuesto para el SCOFF como instrumento de cribaje o de detección de casos (puntuación total ≥ 2), se halló que el 32.0% ($n = 343$) de los participantes podrían tener un trastorno alimentario (ver Figura 23).

**Figura 22. Porcentaje de participantes en relación a su puntuación total en el SCOFF**

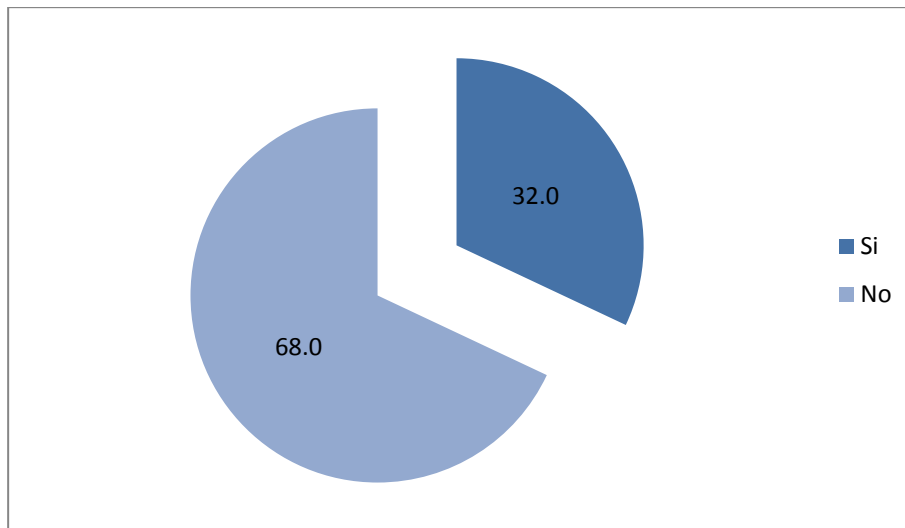


Figura 23. Porcentaje de posibles casos de trastornos alimentarios

4.1. Relación entre las variables sociodemográficas/académicas y los trastornos alimentarios: análisis bivalente

Los datos correspondientes a los análisis de las relaciones entre las variables sociodemográficas/académicas y los trastornos alimentarios se presentan en la Tabla 14. Al analizar la relación entre la variable sexo y la variable trastornos alimentarios, en el sexo masculino se encontró que un 75.4% no eran casos y el 24.6% sí lo eran; en el sexo femenino, el 61.7 % no tenían trastornos alimentarios y el 38.3% si fueron identificados como casos según el SCOFF. Las diferencias halladas entre ambas variables fueron significativas, $\chi^2 (1, N = 1065) = 22.94, p < .001$ (ver Tabla 14).

En relación a la variable edad y los trastornos alimentarios, se halló en los estudiantes de 18 o menos años que el 67.1% no eran casos, mientras que el 32.9% sí lo eran; en los de más de 18 años, el 69.9% no fueron identificados como casos y el 30.1% sí lo fueron. No se encontró una relación estadísticamente significativas entre ambas variables, $\chi^2 (1, N = 1070) = 0.81, p = .37$ (ver Tabla 14).

Respecto a la relación entre la variable estado civil y la variable trastornos alimentarios, en los solteros un 67.8% eran no caso y el 32.2% sí lo eran; en otros estados civiles, el 86.7% no fueron detectados como casos por el SCOFF y el 13.3 % sí lo fueron. El test exacto de Fisher no halló una relación estadísticamente significativa entre las variables ($p = .09$) (ver Tabla 14).

En el caso de la variable etnia y trastornos alimentarios, se halló que el 68.0% de los estudiantes mestizos no tenían trastornos alimentarios, y el 32.0% sí los tenían; en los de otras razas, el 64.7% no eran caso y el 35.3% sí lo eran. No se encontró una relación estadísticamente significativas entre ambas variables, $\chi^2 (1, N = 1050) = 0.24, p = .64$ (ver Tabla 14).

En el análisis de la relación entre la variable ingresos y la variable trastornos alimentarios, en la categoría de menores ingresos (≤ 1040 \$) se encontró que un 67.6% no eran casos, y el 32.4% sí tenían trastornos alimentarios; en los de más ingresos (> 1040), el 69.9% no tenían trastornos alimentarios y el 30.1% si los tenían. No hubo diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2 (1, N = 1038) = .56, p = .46$ (ver Tabla 14).

En relación a la variable estado laboral y la variable trastornos alimentarios, el 68.4% de los estudiantes que no trabajaban no eran caso, mientras que el 31.6% sí lo eran; en los que trabajaban, el 65.2% no tenían trastornos alimentarios y el 34.8% sí los tenían. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, $\chi^2 (1, N = 1057) = .39, p = .53$ (ver Tabla 14).

En cuanto a la relación entre la variable área de conocimiento y la variable trastornos alimentarios, se halló que en el área de ciencias jurídicas y sociales el 61.9% no eran caso y el 38.1% sí lo eran, en el área de ciencias económicas el 59.8% no eran caso y el 40.2% sí lo eran, en el área de ciencias de arte y letras, el 69.7% no eran caso y el 30.3% sí lo eran, en el área de ciencias de la vida el 68.4% no eran caso y el 31.6% sí lo eran, en el área de ciencias tecnológicas el 72.7% no eran caso y el 27.3% sí lo eran, y en el área de ciencias de la salud el 74.0% no tenían trastornos alimentarios y el 26.0% sí los tenían. Entre estas dos variables si se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2 (5, N = 1043) = 13.38, p = .02$ (ver Tabla 14)

Tabla 14. Variables sociodemográficas/académicas y trastornos alimentarios

Variables	Trastornos alimentarios					χ^2	p
	No		Sí				
	N	n	%	n	%		
Sexo							
Hombre	496	374	75.4	122	24.6	22.94	<.001
Mujer	569	351	61.7	218	38.3		
Edad							
≤ 18 años	735	493	67.1	242	32.9	0.81	.37
> 18 años	335	234	69.9	101	30.1		
Estado civil							
Solteros	1045	708	67.8	337	32.2	2.43	.09 ^a
Otros	15	13	86.7	2	13.3		
Etnia							
Mestizo	999	679	68.0	320	32.0	0.24	.64
Otros	51	33	64.7	18	35.3		
Ingresos familiares							
≤ 1040\$	673	455	67.6	218	32.4	0.56	.46
> 1041\$	365	255	69.9	110	30.1		

Tabla. 14

(Continuación)

Trastornos alimentarios							
Variables	N	No		Sí		χ^2	p
		n	%	n	%		
Trabaja							
No	965	660	68.4	305	31.6	0.39	.53
Sí	92	60	65.2	32	34.8		
Áreas de conocimiento							
Jurídicas y sociales	118	73	61.9	45	38.1		
Ciencias económicas	204	122	59.8	82	40.2		
Ciencias de artes y letras	89	62	69.7	27	30.3	13.38	.02
Ciencias de la vida	247	169	68.4	78	31.6		
Ciencias tecnológicas	231	168	72.7	63	27.3		
Ciencias de la salud	154	114	74.0	40	26.0		

Nota.^a Significación del Test exacto de Fisher.

4.2. Relación entre las variables clínicas y los trastornos alimentarios: análisis

bivariante

La primera de las variables clínicas analizadas en relación con los trastornos alimentarios fue la autoestima. La media en autoestima para los participantes sin trastornos alimentarios fue de 32.4 ($DT = 5.1$) y para aquellos con trastornos alimentarios de 30.3 ($DT = 5.3$); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(1029) = 5.99$, $p < .001$ (ver Figura 24).

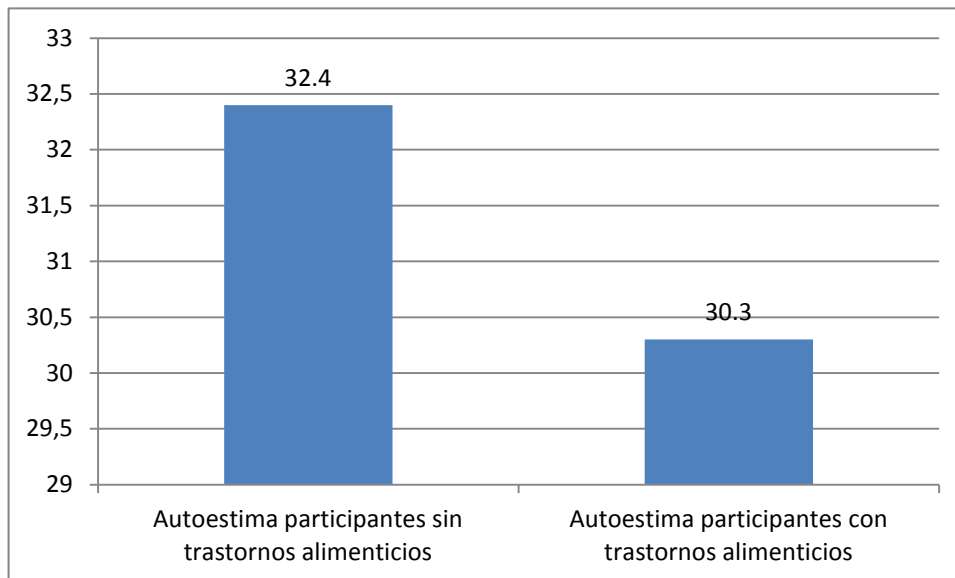


Figura 24. Trastornos alimentarios y autoestima

En cuanto a la relación entre la variable apoyo social y los trastornos alimentarios, se halló una media en apoyo social en los participantes sin trastornos alimentarios de 53.7 ($DT = 14.4$) y en aquellos con trastornos alimentarios de 52.0 ($DT = 14.9$); las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas, $t(1048) = 1.79$, $p = .074$ (ver Figura 25).

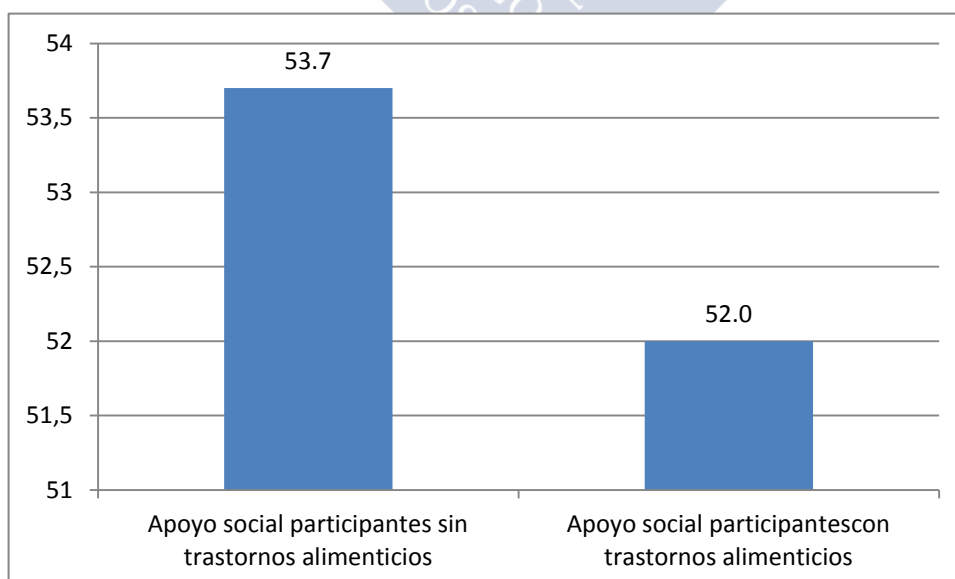


Figura 25. Trastornos alimentarios y apoyo social

En cuanto a la relación entre la variable acontecimientos vitales y trastornos alimentarios, se halló una puntuación media en acontecimientos vitales para los estudiantes sin trastornos alimentarios de 190.0 y para aquellos con trastornos alimentarios de 210.9 y las diferencias fueron estadísticamente significativas, $t(1068) = -3.93, p < .001$ (ver Figura 26).

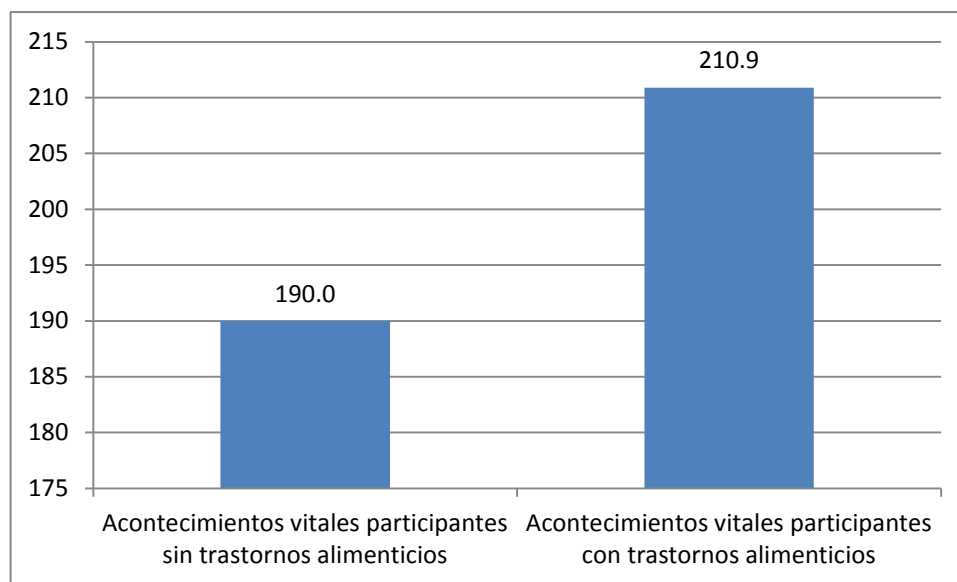


Figura 26. Trastornos alimentarios y acontecimientos vitales

Respecto a la relación entre la dimensión de personalidad neuroticismo y trastornos alimentarios, se encontró una puntuación media en neuroticismo en los participantes sin trastornos alimentarios de 2.2 ($DT = 1.7$) y en aquellos con trastornos alimentarios de 3.6 ($DT = 1.7$). Las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(956) = -11.60, p < .001$ (ver Figura 27).

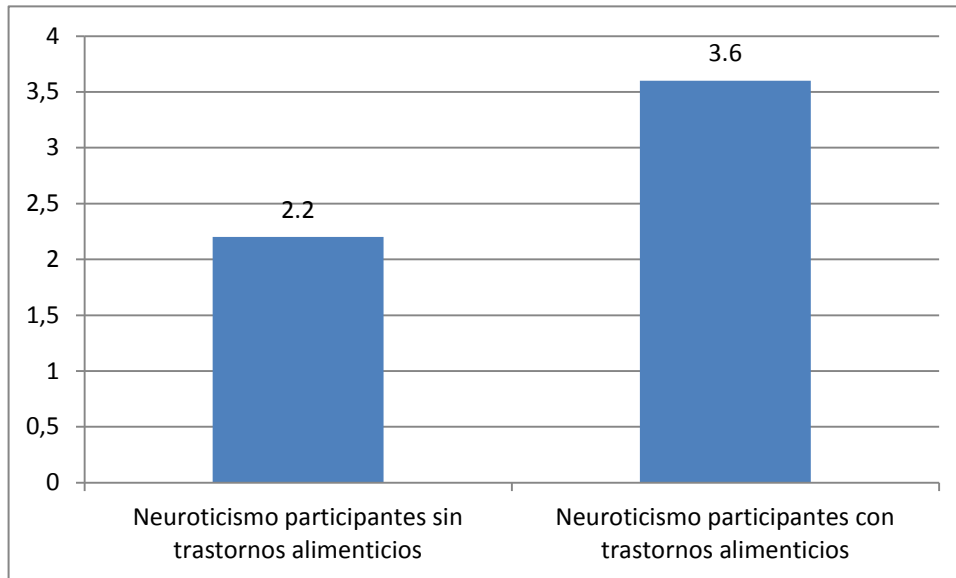


Figura 27. Trastornos alimentarios y neuroticismo

Igualmente, la relación entre la dimensión de personalidad extraversión y trastornos alimentarios fue significativa, $t(546) = 3.95, p < .001$. La puntuación media en extraversión en aquellos sujetos con trastornos alimentarios fue de 3.7 ($DT = 2.0$) y en los que no tenían trastornos alimentarios de 4.3 ($DT = 1.7$) (ver Figura 28).

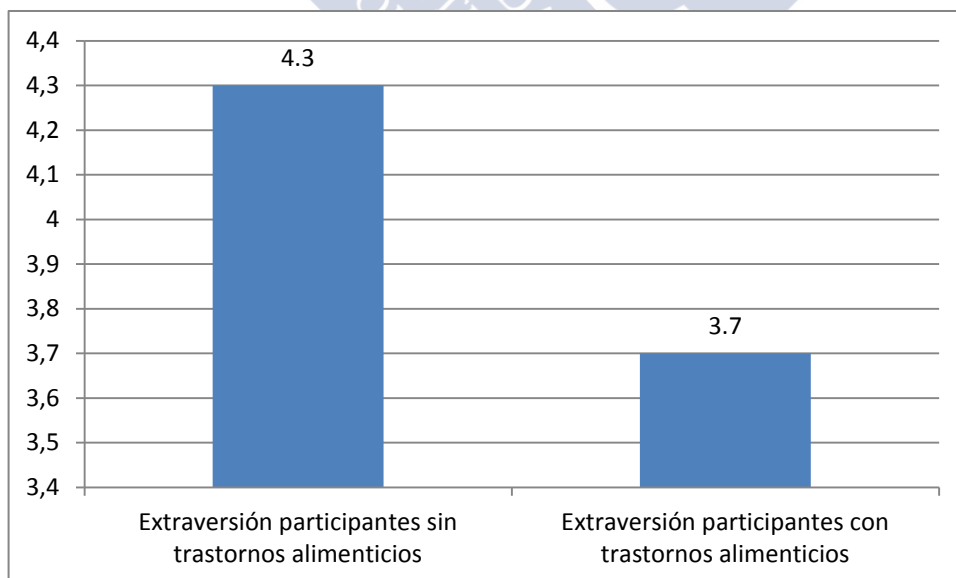


Figura 28. Trastornos alimentarios y extraversión

En el análisis de la relación entre la dimensión de personalidad psicoticismo y los trastornos alimentarios se encontró que los participantes sin trastornos alimentarios tuvieron una puntuación media de 1.9 ($DT = 1.0$) en psicoticismo y en los que tenían trastornos alimentarios fue de 2.0 ($DT = 1.0$); las diferencias halladas no fueron estadísticamente significativas, $t(956) = -0.54, p = .592$ (ver Figura 29).

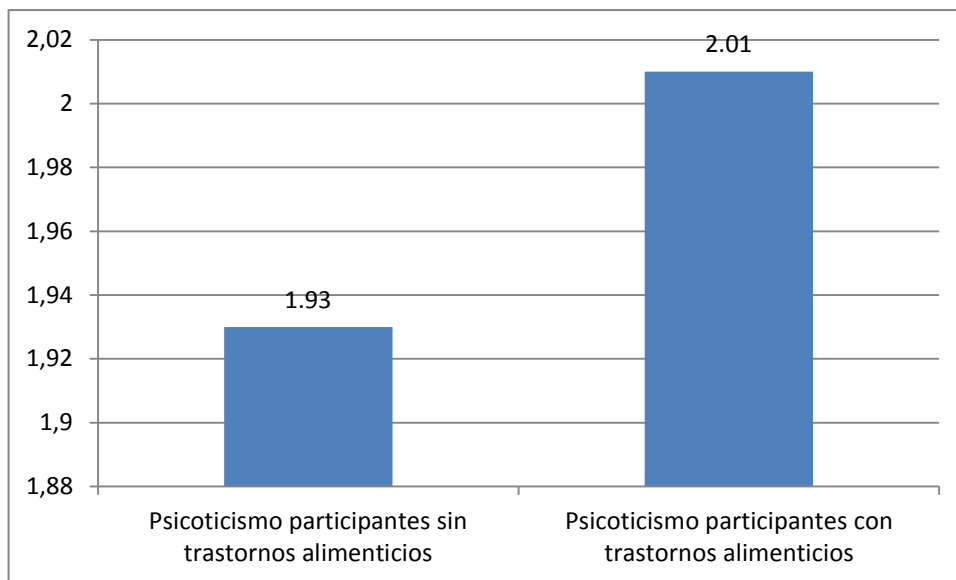


Figura 29. Trastornos alimentarios y psicoticismo

Finalmente, al estudiar la relación entre la variable antecedentes de problemas psicológicos y trastornos alimentarios, en aquellos participantes sin antecedentes de problemas psicológicos se encontró que un 68.6% no tenían trastornos alimentarios y el 31.4% sí los tenían; en aquellos con antecedentes de problemas psicológicos, el 60.9% no tenían trastornos alimentarios y el 39.1% habían desarrollado trastornos alimentarios. Las diferencias halladas entre ambas variables no fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 1070) = 2.15, p = 0.14$ (ver Tabla 15).

Tabla 15. Antecedentes de problemas psicológicos y trastornos alimentarios

Variable		No trastornos alimentarios		Trastornos alimentarios		χ^2	<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Antecedentes de problemas psicológicos	No (<i>n</i> = 983)	674	68.9	53	60.0	2.15	0.14
	Sí (<i>n</i> = 87)	309	31.4	34	39.1		

4.3. Variables asociadas con los trastornos alimentarios: análisis multivariante

En la Tabla 16 se muestran los resultados del análisis de regresión logística. En este modelo se incluyeron aquellas variables que tras los análisis bivariantes preliminares presentaban resultados estadísticamente significativos. En concreto, se introdujeron las siguientes variables: sexo, área de conocimiento, autoestima, acontecimientos estresantes, personalidad (neuroticismo, extraversión). Como variable dependiente trastornos alimentarios (No/Sí).

Las variables sexo, áreas de conocimiento, autoestima, acontecimientos estresantes y neuroticismo, se asociaron de manera independiente con desarrollar trastornos alimentarios. Así, en relación al sexo, se halló un mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios en las mujeres (OR = 1.55, IC 95% [1.13, 2.11]) (ver Tabla 16).

En cuanto a la variable área de conocimiento, se halló una asociación significativa, siendo un factor protector el estar cursando carreras de ciencias de la salud (medicina, psicología), con una OR ajustada por el resto de las variables de 0.45 (IC 95% [2.47, 0.80]) (ver Tabla 16).

Con variable autoestima, se halló una asociación estadísticamente significativa entre estas variables, mostrando que a mayor autoestima disminuye el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios (OR = 0.97; IC 95% [0.94, 1.0]) (ver Tabla 16).

En lo referente a la variable acontecimientos vitales estresantes, se encontró una asociación estadísticamente significativa con los trastornos alimentarios, de forma que aumenta el riesgo de padecerlos a mayor cantidad de acontecimientos vitales (OR = 1.04; IC 95% [1.00, 1.08]) (ver Tabla 16).

En relación a la personalidad, como se muestra en la Tabla 16, el neuroticismo es un factor de riesgo de sufrir trastornos alimentarios, con una OR ajustada por el resto de variables de 1.49 (IC 95% [1.36, 1.64]) (ver Tabla 16).

En relación a la dimensión de personalidad extraversión, no se halló una asociación significativa con tener trastornos alimentarios, siendo la OR ajustada por el resto de las variables de 0.97 (IC 95% [0.89, 1.06]).

Tabla 16. Resultados del análisis multivariante y trastornos alimentarios

	β	Wald χ^2	<i>p</i>	OR ajustada	IC (95%)	
					Límite inferior	Límite superior
Autoestima	-0.03	4.35	.037	0.97	0.94	1.00
Acontecimientos vitales	0.03	3.83	.050	1.04	1.00	1.08
Neuroticismo	0.40	67.25	<.001	1.49	1.36	1.64
Extraversión	-0.03	0.50	.480	0.97	0.89	1.06

Tabla. 16

(Continuación)

	β	Wald χ^2	<i>p</i>	OR ajustada	IC (95%)	
					Límite inferior	Límite superior
Sexo	Rf					
Hombre						
Mujer	0.44	7.49	.006	1.55	1.13	2.11
Área de conocimiento	Rf					
Ciencias jurídicas		9.60	.087			
Ciencias económicas	-0.16	0.33	.565	0.86	0.50	1.46
Ciencias de arte y letras	-0.58	2.78	.096	0.56	0.28	1.11
Ciencias de la vida	-0.41	2.22	.136	0.67	0.39	1.14
Ciencias tecnológicas	-0.37	1.83	.176	0.69	0.40	1.18
Ciencias de la salud	-0.81	7.10	.008	0.45	0.25	0.81

Nota. β = coeficiente de regresión; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confianza; Rf = categoría de referencia.

5. ANÁLISIS DE SUICIDALIDAD

La suicidalidad en los participantes del estudio se evaluó a través de la *Escala de suicidalidad (Suicidality Scale [SC])*, la cual ha sido complementada por el 96.6% de los estudiantes. La puntuación media obtenida por los participantes en la escala fue de 1.8 (*DT*= 2.3), siendo la puntuación mínima obtenida de 0 y la máxima de 12.

Como ya se ha descrito en la sección Método, esta escala consta de 4 ítems, cada uno de los cuales se puntúa dentro de cuatro categorías, en función de la frecuencia con la que el sujeto haya experimentado cada situación relacionada al suicidio. En Tabla 17 se

En relación al nivel de gravedad de la suicidalidad, el 43.5% ($n = 459$) puntuaron cero en suicidalidad, el 16.9% ($n = 178$) alcanzaron un punto, el 11.5% ($n = 122$) dos puntos, el 8.7% ($n = 92$) tres puntos, el 6.0% ($n = 63$) cuatro puntos, el 5.0% ($n = 53$) cinco puntos, el 2.9% ($n = 31$) seis puntos, el 1.8% ($n = 19$) siete puntos, el 1.5% ($n = 16$) ocho puntos, el 0.9% ($n = 9$) nueve puntos, el 0.5% ($n = 5$) diez puntos, el 0.6% ($n = 6$) once puntos, y el 0.2% ($n = 2$) alcanzaron la puntuación máxima de 12 puntos (ver Figura 30).

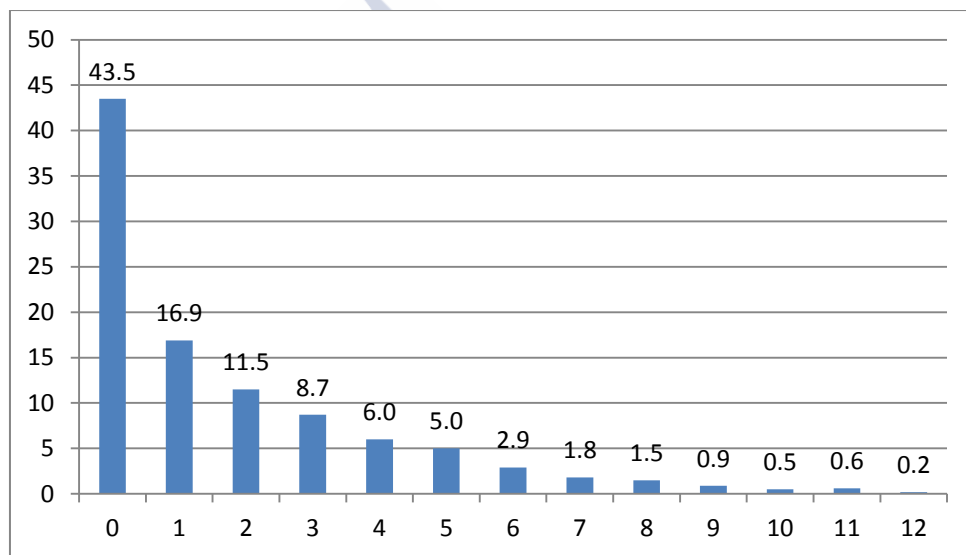


Figura 30. Puntuación total en suicidalidad

De acuerdo a los algoritmos propuestos para la Escala de suicidalidad, como un método de *screening* para identificar participantes con riesgo de realizar un intento de suicidio, se halló que el 13.1% ($n = 138$) de los participantes tenían riesgo suicida (ver Figura 31).

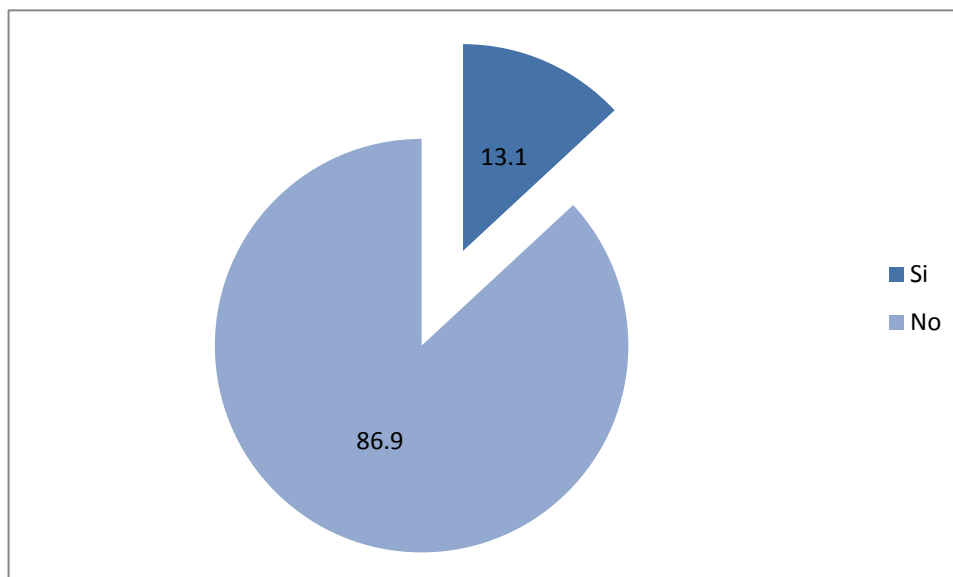


Figura 31. Participantes con riesgo de suicidio

5.1. Relación entre las variables sociodemográficas/académicas y la suicidalidad: análisis bivalente

Los datos correspondientes a los análisis de las relaciones entre las variables sociodemográficas/académicas y la suicidalidad se presentan en la Tabla 18. Al analizar la relación entre la variable sexo y la variable suicidalidad, en el sexo masculino se encontró que un 89.2% de los participantes no tenían riesgo suicida y el 10.8% sí lo tenían; en el sexo femenino, el 85.2 % no tenían riesgo suicida y el 14.8% sí lo tenían. Las diferencias halladas entre ambas variables no fueron significativas, $\chi^2 (1, N = 1051) = 3.59, p = .06$ (ver Tabla 18).

En relación a la variable edad y riesgo suicida, se halló en los estudiantes de 18 o menos años que el 88.0% no tenían riesgo suicida, mientras que el 12.0% sí lo tenían; en los de más de 18 años, el 84.6% no tenían riesgo suicida y el 15.4% sí lo tenían. No se

encontró una relación estadísticamente significativas entre ambas variables, $\chi^2 (1, N = 1055) = 2.22, p = .14$ (ver Tabla 18).

Respecto a la relación entre la variable estado civil y la variable riesgo suicida, en los solteros se halló que un 87.1% no tenían riesgo suicida y el 12.9% sí lo tenían; en otros estados civiles, el 87.5% no tenían riesgo suicida y el 12.5 % sí lo tenían. El test exacto de Fisher mostró que las diferencias halladas no fueron estadísticamente significativas ($p = .66$) (ver Tabla 18).

En el caso de las variables etnia y riesgo suicida, se halló en los estudiantes mestizos que el 86.8% no tenían riesgo suicida, mientras que 13.2% sí lo tenían; en los de otras razas, el 88.2% no tenían riesgo suicida y el 11.8% sí lo tenían. El test exacto de Fisher no detectó diferencias estadísticamente significativas ($p = .77$) (ver Tabla 18).

En el análisis de la relación entre la variable ingresos y la variable riesgo suicida, en la categoría de menores ingresos ($\leq 1040\$$) se encontró que un 85.9% no tenían riesgo suicida y el 14.1% sí lo tenían; en los de más ingresos ($> 1040\$$), el 88.9% no tenían riesgo suicida y el 11.1% sí lo tenían. No hubo diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2 (1, N = 1026) = 1.92, p = .17$ (ver Tabla 18).

En relación a las variables estado laboral y riesgo suicida, se halló en los estudiantes que no trabajaban que el 87.0% no tenían riesgo suicida, mientras que 13.0% sí lo tenían; en los que trabajaban, el 87.1% no tenían riesgo suicida y el 12.9% sí lo tenían. No se encontró diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2 (1, N = 1042) = 0.00, p = .99$ (ver Tabla 18).

En cuanto a la relación entre las variables área de conocimiento y riesgo suicida, se halló que en el área de ciencias jurídicas y sociales el 84.0% no tenían riesgo suicida y el 16.0% sí lo tenían, en el área de ciencias económicas el 86.4% no tenían riesgo suicida y el 13.6% sí lo tenían, en el área de ciencias de arte y letras el 82.6% no tenían riesgo suicida y el 17.4% sí lo tenían, en el área de ciencias de la vida el 89.4% no tenían riesgo suicida y el 10.6% sí lo tenían, en el área de ciencias tecnológicas el 87.2% no tenían riesgo suicida y el 12.8% sí lo tenían, y en el área de ciencias de la salud el 87.7% no tenían riesgo suicida y el 12.3% sí lo tenían. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2 (5, N = 1030) = 3.82, p = .58$ (ver Tabla 18).

Tabla 18. Variables sociodemográficas/académicas y suicidalidad

Variables	Suicidalidad					χ^2	<i>p</i>
	No		Sí				
	<i>N</i>	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Sexo							
Hombre	489	436	89.2	53	10.8	3.59	.06
Mujer	562	479	85.2	83	14.8		
Edad							
≤ 18 años	723	636	88.0	87	12.0	2.22	.14
> 18 años	332	281	84.6	51	15.4		
Estado civil							
Solteros	1030	897	87.1	133	12.9	0.00	.66 ^a
Otros	16	14	87.5	2	12.5		
Etnia							
Mestizo	985	855	86.8	130	13.2	0.09	.77 ^a
Otros	51	45	88.2	6	11.8		
Ingresos familiares							
≤ 1040\$	665	571	85.9	94	14.1	1.92	.17
> 1041\$	361	321	88.9	40	11.1		

Tabla 18.
(Continuación)

Variables	N	Suicidalidad				χ^2	p
		No		Sí			
		n	%	n	%		
Trabaja							
No	949	826	87.0	123	13.0	0.00	.99
Sí	93	81	87.1	12	12.9		
Áreas de conocimiento							
Jurídicas y sociales	119	100	84.0	19	16.0	3.82	.58
Ciencias económicas	198	171	86.4	27	13.6		
Ciencias de artes y letras	86	71	82.6	15	17.4		
Ciencias de la vida	246	220	89.4	26	10.6		
Ciencias tecnológicas	227	198	87.2	29	12.8		
Ciencias de la salud	154	135	87.7	19	12.3		

Nota.^a Significación del Test exacto de Fisher.

5.2. Variables clínicas y suicidalidad: análisis bivalente

La primera de las variables clínicas analizadas en relación con el riesgo suicida fue la autoestima. La media en autoestima para los participantes sin riesgo suicida fue de 32.1 ($DT = 5.2$) y para aquellos con riesgo suicida fue de 28.8 ($DT = 4.9$); las diferencias fueron estadísticamente significativas, $t(1016) = 6.83$, $p < .001$ (ver Figura 32).

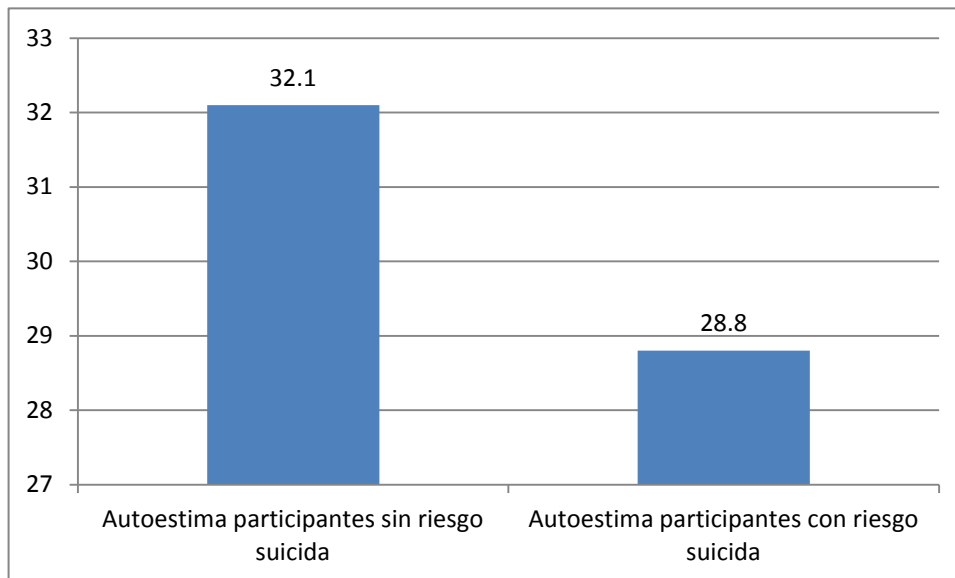


Figura 32. Riesgo suicida y autoestima

En cuanto a la relación entre las variables apoyo social y riesgo suicida, se halló una media en apoyo social en los participantes sin riesgo suicida de 53.9 ($DT = 14.0$) y en aquellos con riesgo suicida de 47.1 ($DT = 17.2$); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(163) = 4.44, p < .001$ (ver Figura 33).

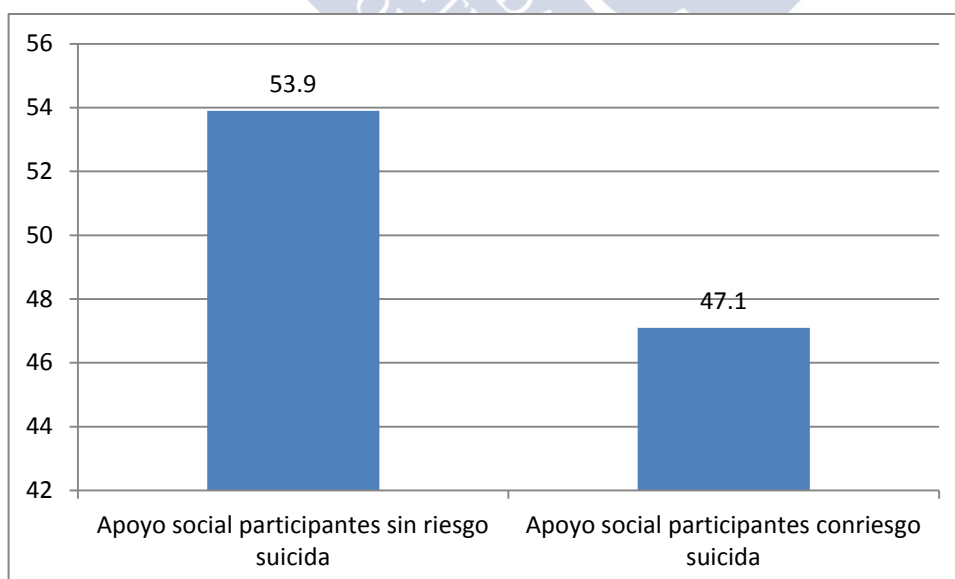


Figura 33. Riesgo suicida y apoyo social

En cuanto a la relación entre las variables acontecimientos vitales y riesgo suicida, se halló una puntuación media en acontecimientos vitales para los estudiantes sin riesgo suicida de 188.7 ($DT = 116.3$) y para aquellos con riesgo suicida de 213.8 ($DT = 127.4$); las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas, $t(1053) = -2.33$, $p = .02$ (ver Figura 34).

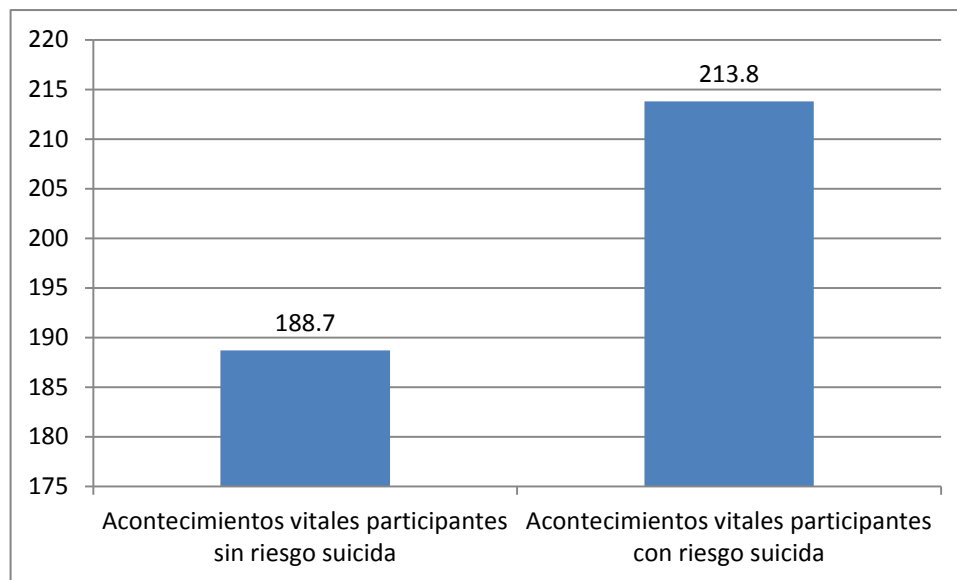


Figura 34. Riesgo suicida y acontecimientos vitales

Respecto a la relación entre la dimensión de personalidad neuroticismo y riesgo suicida, se encontró una puntuación media en neuroticismo en los participantes sin riesgo suicida de 2.4 ($DT = 1.8$) y en aquellos con riesgo suicida de 4.0 ($DT = 1.6$). Las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(182) = -9.93$, $p < .001$ (ver Figura 35).

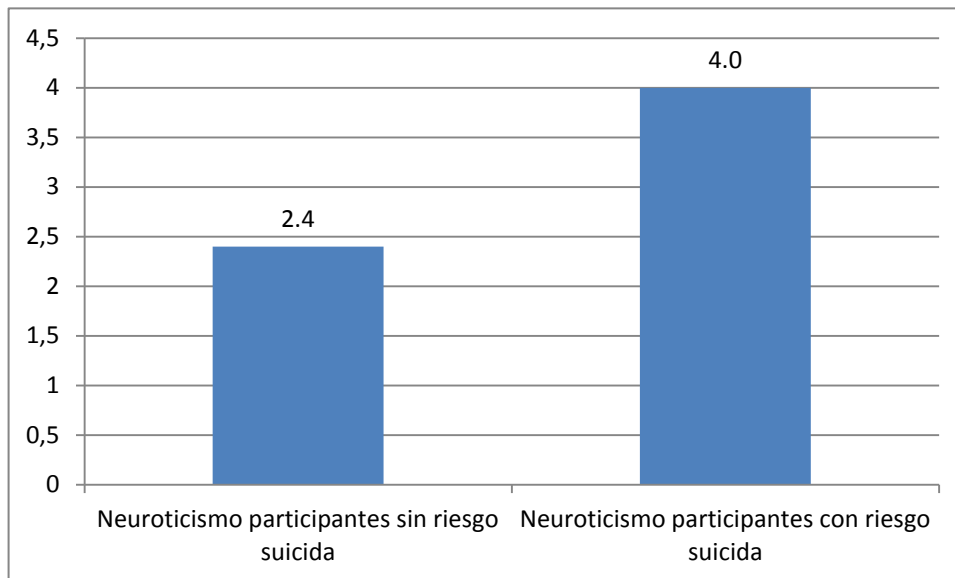


Figura 35. Riesgo suicida y neuroticismo

Igualmente, la relación entre la dimensión de personalidad extraversión y riesgo suicida fue significativa, $t(942) = 3.73, p < .001$. La puntuación media en extraversión en aquellos sujetos sin riesgo suicida fue de 4.2 ($DT = 1.8$) y en los que tenían riesgo suicida de 3.5 ($DT = 2.0$) (ver Figura 36).

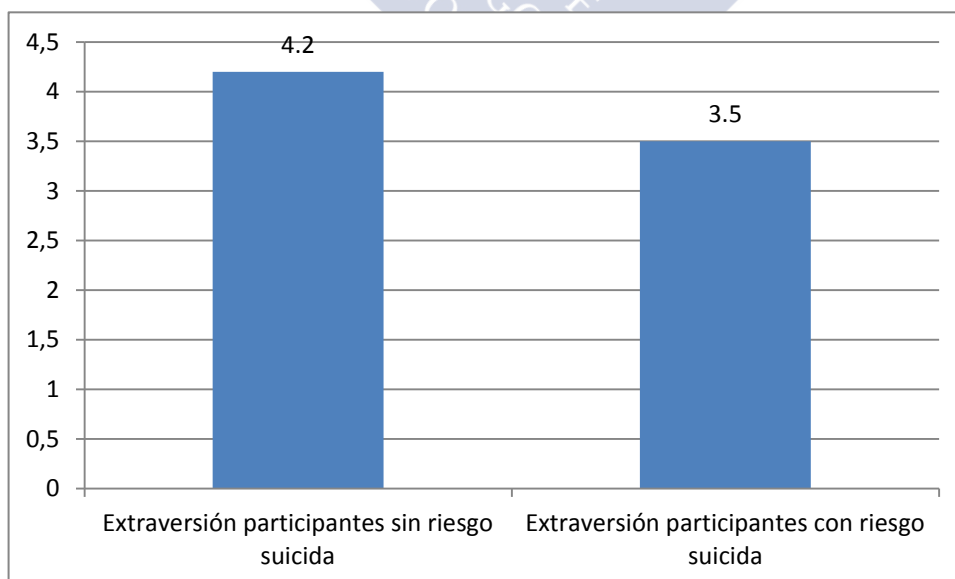


Figura 36. Riesgo suicida y extraversión

En el análisis de la relación entre la dimensión de personalidad psicoticismo y riesgo suicida, se encontró que los participantes sin riesgo suicida tuvieron una puntuación media de 1.9 ($DT = 1.02$) y en los que sí lo había fue de 2.2 ($DT = 1.01$); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(942) = -2.72, p = .007$ (ver Figura 37).

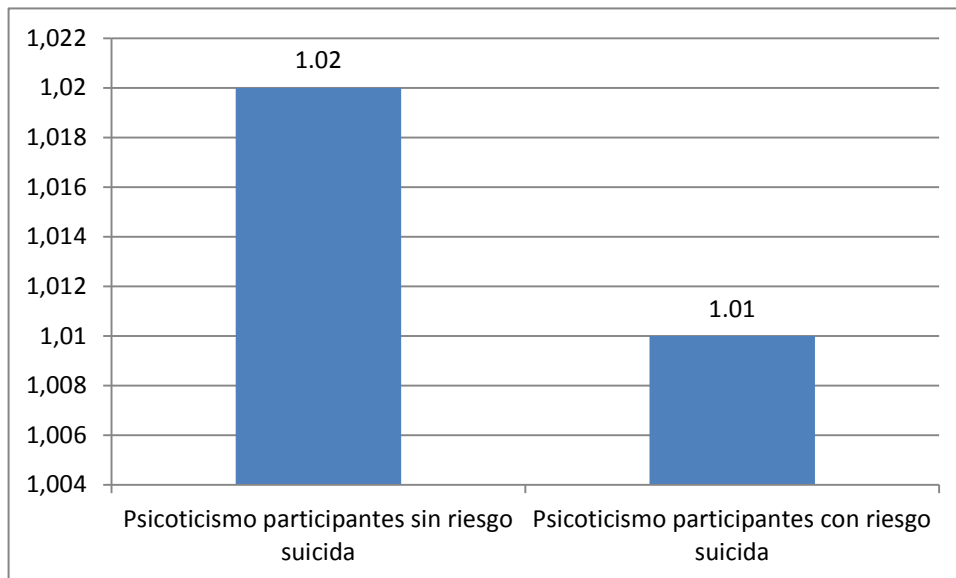


Figura 37. Riesgo suicida y psicoticismo

Finalmente, al estudiar la relación entre las variables antecedentes de problemas psicológicos y riesgo suicida, en aquellos participantes sin antecedentes de problemas psicológicos se encontró que un 87.9% no tenían riesgo suicida y el 12.1% sí lo tenían; en aquellos con antecedentes de problemas psicológicos, el 75.6 % no tenían riesgo suicida y el 24.4% sí lo tenían. Las diferencias halladas entre las dos variables fueron significativas $\chi^2(1, N = 1055) = 10.59, p = .001$ (ver Tabla 19).

Tabla 19. Antecedentes de problemas psicológicos y riesgo suicida

Variable		No riesgo suicida		Riesgo suicida		χ^2	P
		n	%	n	%		
Antecedentes de problemas psicológicos	No (n = 969)	852	87.9	117	12.1	10.59	.001
	Sí (n = 86)	65	75.6	21	24.4		

5.3. Variables asociadas con la suicidalidad: análisis multivariante

En la Tabla 20 exponemos los resultados del análisis de regresión logística para la suicidalidad. En este modelo se analizó el conjunto de variables que tras los análisis bivariantes preliminares presentaban resultados estadísticamente significativos. En concreto, se introdujeron las siguientes variables: autoestima, apoyo social, personalidad (neuroticismo, extraversión, psicoticismo), acontecimientos vitales estresantes y antecedentes de problemas psicológicos. Como variable dependiente se incluyó el riesgo suicida (No/Sí).

Las variables autoestima, apoyo social, neuroticismo y psicoticismo se asociaron de manera independiente con desarrollar riesgo suicida (ver Tabla 20). Así, en relación a la autoestima, se halló una clara tendencia en el sentido de a mayor autoestima menor riesgo de desarrollar riesgo suicida (OR = 0.94, IC 95% [0.91, 0.98]).

En la variable apoyo social, se encontró una relación estadísticamente significativa, mostrando que a un mayor apoyo social percibido disminuye el riesgo suicida (OR = 0.98, IC 95% [0.97, 0.99]) (ver Tabla 20).

En cuanto a la personalidad, se puede observar en la Tabla 20, como el neuroticismo es un factor de riesgo de sufrir riesgo suicida, con una OR ajustada por el resto de variables de 1.53 (IC 95% [1.34, 1.74]). Además se encontró que hay una asociación significativa del psicoticismo, que también es un factor de riesgo de suicidio, con una OR ajustada por el resto de variables de 1.39 (IC 95% [1.14, 1.70]) (ver Tabla 20).

En cuanto a las variables acontecimientos estresantes vitales y extraversión, no se halló una asociación significativa de ninguna de ellas con tener riesgo suicida, siendo la OR ajustada por el resto de las variables para el acontecimientos estresantes vitales de 1.00 (IC 95% [0.99, 1.00]) y para la extraversión de 1.02 (IC 95% [0.91, 1.14]) (ver Tabla 20). En lo referente a la variable antecedentes de problemas psicológicos, tampoco se encontró una asociación significativa con el riesgo suicida; la OR ajustadas fue de 1.64 (IC 95% [0.87, 3.08]) (ver Tabla 20).

Tabla 20. Resultados del análisis multivariante y riesgo suicida

	β	Wald χ^2	<i>p</i>	OR ajustada	IC (95%)	
					Límite inferior	Límite superior
Autoestima	-0.06	8.20	.004	0.94	0.91	0.98
Apoyo social	-0.02	10.25	.001	0.98	0.97	0.99
Acontecimientos estresantes vitales	0.00	0.88	.347	1.00	0.99	1.00
Neuroticismo	0.42	39.53	<.001	1.53	1.34	1.74
Extraversión	0.02	0.08	.771	1.02	0.91	1.14
Psicoticismo	0.33	10.16	.001	1.39	1.14	1.70
Antecedes problemas psicológicos						
No	Rf					
Si	0.49	2.36	.125	1.64	0.87	3.08

Nota. β = coeficiente de regresión; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confianza; Rf = categoría de referencia.

6. ANÁLISIS DE CONSUMO ACTUAL DE CIGARRILLOS

Con el fin de evaluar el consumo de cigarrillos de los participantes del estudio, se les aplicó el *Cuestionario de consumo de sustancias*. Sobre la base de las directrices utilizadas en el National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), un fumador actual se definió como una persona que ha fumado un cigarrillo entero dentro de los últimos 30 días. De acuerdo a este criterio, se halló que el 36.7% ($n = 400$) de la muestra afirman haber consumido cigarrillos en los últimos 30 días. De los que han consumido en el último mes, un 9.6% ($n = 105$) consumen cigarrillos diariamente dos o más veces (ver Figura 38).

En concreto, se elaboraron dos ítems, con siete opciones de respuesta, en función de la frecuencia de consumo y la cantidad de consumo de cigarrillos en los últimos 30 días. En las Figuras 38 y 39 se muestran los porcentajes de los sujetos que respondieron dentro de cada categoría de respuesta a ambos ítems. En relación al ítem “¿En cuántas ocasiones en los últimos 30 días has fumado cigarrillos?”, el 63.3% ($n = 692$) no ha consumido cigarrillos en ninguna ocasión, el 13.5% ($n = 147$) los ha consumido entre una y dos ocasiones, el 6.9% ($n = 75$) de tres a cinco, el 4.2% ($n = 46$) de seis a nueve, el 5.5% ($n = 60$) de diez a diecinueve, el 3.7% ($n = 40$) de veinte a treinta y nueve, y el 2.9% ($n = 32$) más de 40 ocasiones en el último mes.

En cuanto al ítem “¿Con qué frecuencia en los últimos 30 días has fumado cigarrillos?”, el 65.0% ($n = 710$) no ha consumido cigarrillos en los últimos 30 días, el 17.5% ($n = 192$) ha consumido menos de un cigarrillo por semana, el 7.9% ($n = 86$) ha consumido menos de un cigarrillo por día, el 7.6% ($n = 83$) entre 1 a 5 cigarrillos por día,

el 1.6% ($n = 18$) ha consumido entre 6 y 10 cigarrillos por día, el 0.3% ($n = 3$) entre 11 a 20 cigarrillos diarios, y el 0.1% ($n = 1$) más de 20 cigarrillos al día (ver Figura 39).

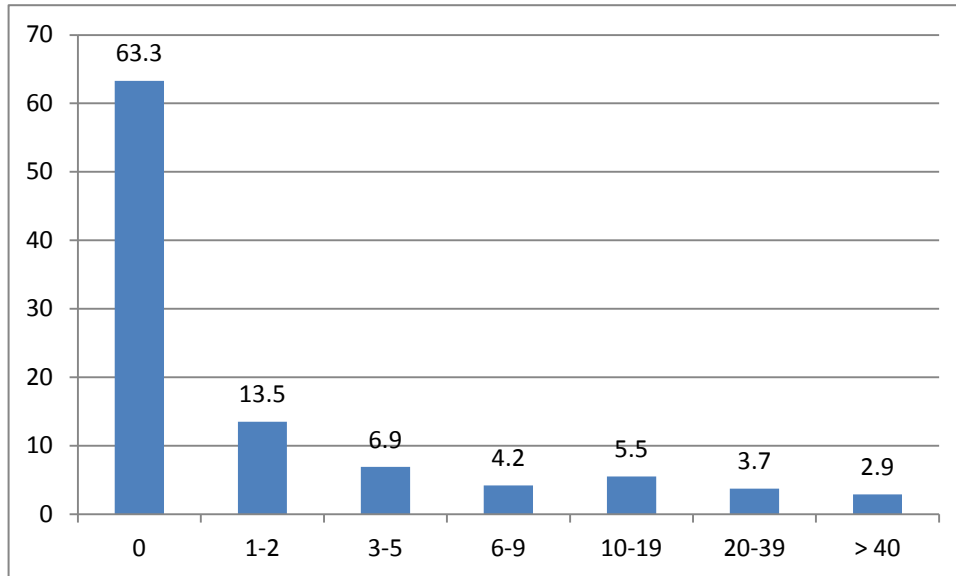


Figura 38. Porcentaje de frecuencia con la que los participantes contestaron a la pregunta ¿En cuántas ocasiones en los últimos 30 días has fumado cigarrillos?

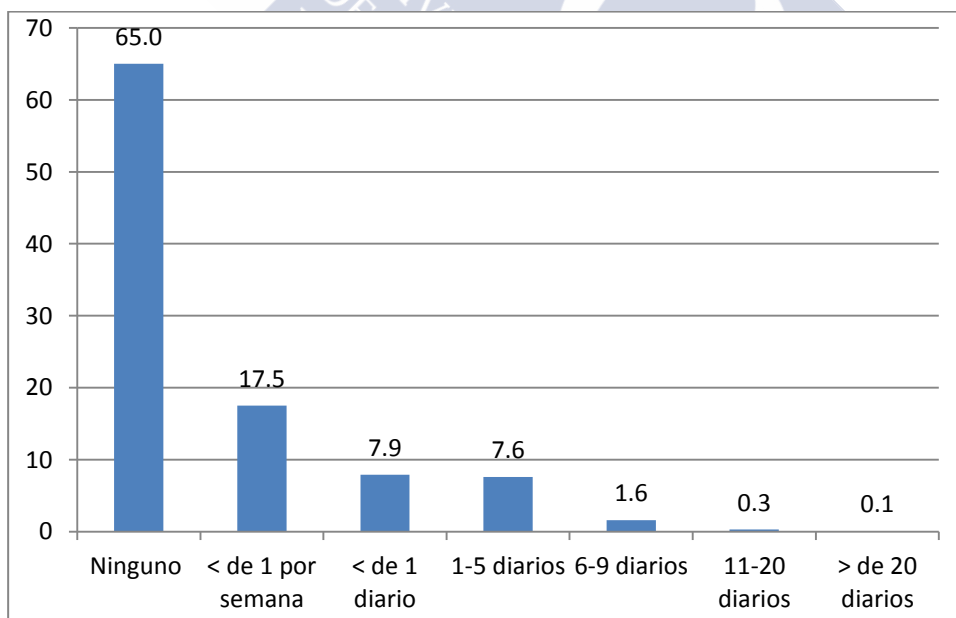


Figura 39. Porcentaje de frecuencia con la que los participantes contestaron a la pregunta ¿Con qué frecuencia en los últimos 30 días has fumado cigarrillos?

6.1. Relación entre las variables sociodemográficas/académicas y consumo actual de cigarrillos: análisis bivalente

Los datos correspondientes a los análisis de las relaciones entre las variables sociodemográficas/académicas y el consumo actual de cigarrillos se presentan en la Tabla 21. Al analizar la relación entre la variable sexo y la variable el consumo actual de cigarrillos, en el sexo masculino se encontró que un 47.6% no tenían consumo actual de cigarrillos y el 52.4% sí la tenían; en el sexo femenino, el 76.7% no tenían consumo actual de cigarrillos y el 23.3% sí. Las diferencias halladas entre ambas variables fueron significativas, $\chi^2 (1, N = 1085) = 97.9, p < .001$ (ver Tabla 21).

En relación a la variable edad y consumo actual de cigarrillos, se halló en los estudiantes de 18 o menos años que el 68.1% no tenían consumo actual de cigarrillos, mientras que 31.9% si lo habían desarrollado; en los de más de 18 años el 53.1% no tenían consumo actual de cigarrillos y el 46.9% sí lo tenía. Se encontró una relación estadísticamente significativas entre ambas variables, $\chi^2 (1, N = 1092) = 22.89, p < .001$ (ver Tabla 21).

Respecto a la relación entre la variable estado civil y la variable consumo actual de cigarrillos, en los solteros se halló que un 63.0% no tenían consumo actual de cigarrillos y el 37.0% sí lo tenían; en otros estados civiles, el 68.8% no tenían consumo actual de cigarrillos y el 31.2 % sí. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre las dos variables $\chi^2 (1, N = 1082) = 0.22, p = .64$ (ver Tabla 21).

En el caso de la variable etnia y consumo actual de cigarrillos, se halló en los estudiantes mestizos que el 63.6% no tenían consumo actual del mismo, mientras que 36.4% sí; en los de otras razas el 51.9% no tenían consumo de cigarrillos y el 48.1% sí lo tenía. No se detectó diferencias estadísticamente significativas entre estas dos variables χ^2 (1, $N = 1071$) = 2.89, $p = .09$ (ver Tabla 21).

En el análisis de la relación entre la variable ingresos y la variable consumo actual de cigarrillos, en la categoría de menores ingresos (≤ 1040) se encontró que un 67.2% no tenían consumo actual y el 32.8% sí lo tenían; en los de más ingresos (> 1041), el 56.1% no tenían consumo actual de cigarrillos y el 43.8% sí. Si hubo diferencias estadísticamente significativas, χ^2 (1, $N = 1058$) = 12.98, $p < .001$ (ver Tabla 21).

En relación a la variable estado laboral y consumo actual de cigarrillos, se halló en los estudiantes que no trabajaban que el 64.1% no tenían consumo actual de cigarrillos, mientras que 35.9% sí tenían; en los que trabajaban el 52.6% no tenían consumo actual de cigarrillos y el 47.4% sí lo tenía. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, χ^2 (1, $N = 1077$) = 4.85, $p = .028$ (ver Tabla 21).

En cuanto a la relación entre la variable área de conocimiento y la variable consumo actual de cigarrillos, se halló que en el área de ciencias jurídicas y sociales el 60.0% no presentaron un consumo diario de cigarrillos y el 40.0% sí, en el área de ciencias económicas el 58.7% no tenía consumo actual de cigarrillos y el 41.3% sí, en el área de ciencias de arte y letras, el 73.0% no tenían consumo actual de cigarrillos y el 27% sí, en el área de ciencias de la vida el 69.9% no presentaron consumo actual de cigarrillos y el 30.1% sí, en el área de ciencias tecnológicas el 60.0% no tenían consumo actual de

cigarrillos y el 40.0% sí lo tenían, y en el área de ciencias de la salud el 63.1% no presentó consumo actual de cigarrillos y el 36.9% sí. Las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas, $\chi^2 (5, N = 1063) = 11.97, p = .035$ (ver Tabla 21).

Tabla 21. Consumo actual de cigarrillos en función de las variables sociodemográficas/académicas

Variables	Consumo actual de cigarrillos						χ^2	P
	N	No		Sí				
		n	%	n	%			
Sexo								
Hombre	502	239	47.6	263	52.4	97.9	<.001	
Mujer	583	477	76.6	136	23.3			
Edad								
≤ 18 años	749	510	68.1	239	31.9	22.89	<.001	
> 18 años	343	182	53.1	161	46.9			
Estado civil								
Solteros	1066	672	63.0	394	37.0	0.22	.64	
Otros	16	11	68.8	5	31.2			
Etnia								
Mestizo	1019	648	63.6	371	36.4	2.89	.09	
Otros	52	27	51.9	25	48.1			
Ingresos familiares								
≤ 1040\$	687	462	67.2	225	32.8	12.98	<.001	
> 1041\$	371	208	56.1	163	43.8			
Trabaja								
No	982	629	64.1	353	35.9	4.85	.028	
Sí	95	50	52.6	45	47.4			
Áreas de conocimiento								
Jurídicas y sociales	120	72	60.0	48	40.0	11.97	.035	
Ciencias económicas	206	121	58.7	85	41.3			
Ciencias de artes y letras	89	65	73.0	24	27.0			
Ciencias de la vida	256	179	69.9	77	30.1			
Ciencias tecnológicas	235	141	60.0	94	40.0			
Ciencias de la salud	157	99	63.1	58	36.9			

6.2. Variables clínicas y el consumo actual de cigarrillos: análisis bivalente

La primera de las variables clínicas analizadas en relación al consumo actual de cigarrillos fue la autoestima. La media en autoestima para los participantes sin consumo actual de cigarrillos fue de 31.7 ($DT = 5.4$) y para aquellos con consumo actual de cigarrillos de 31.7 ($DT = 5.1$); las diferencias entre no fueron estadísticamente significativas, $t(1046) = -0.06$ (ver Figura 40).

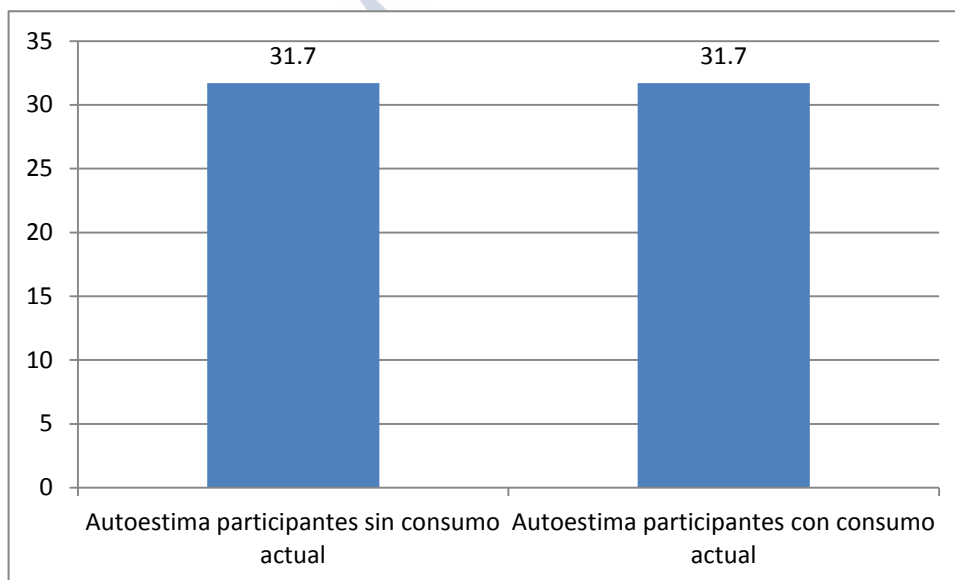


Figura 40. Consumo actual de cigarrillos y autoestima

En cuanto a la relación entre la variable apoyo social y consumo actual de cigarrillos, se halló una media en apoyo social en los participantes sin consumo actual de cigarrillos de 53.7 ($DT = 14.7$) y en aquellos con consumo actual de cigarrillos de 51.6 ($DT = 14.8$); las diferencias observadas sí fueron estadísticamente significativas, $t(1066) = 2.26$, $p = .024$ (ver Figura 41).

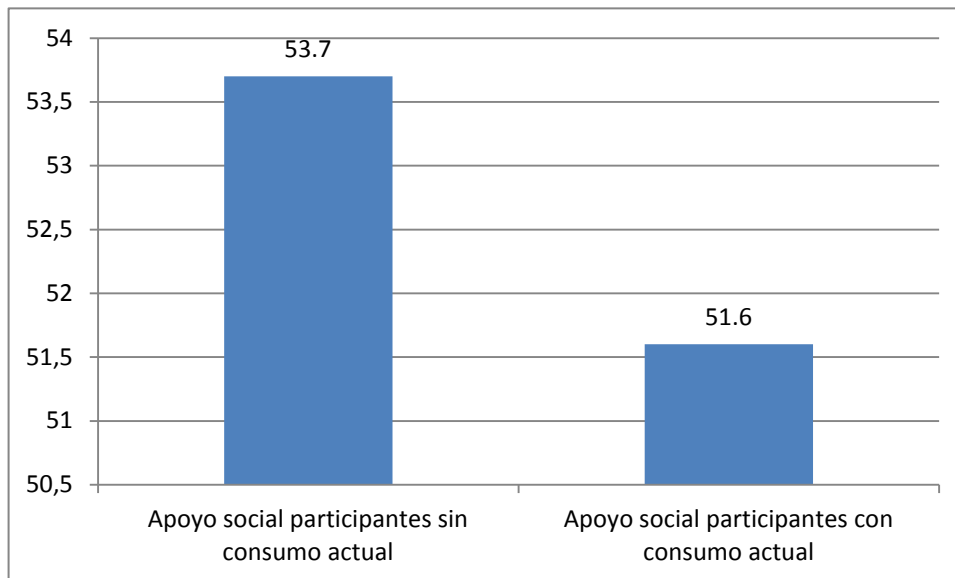


Figura 41. Consumo actual de cigarrillos y apoyo social

En cuanto a la relación entre la variable acontecimientos vitales y consumo actual de cigarrillos, se halló una puntuación media en acontecimientos vitales para los estudiantes sin consumo actual fue de 185.4 ($DT = 115.1$) y para aquellos con consumo actual de cigarrillos de 198.4 ($DT = 120.9$), no siendo las diferencias estadísticamente significativas, $t(1090) = -1.77$ (ver Figura 42).

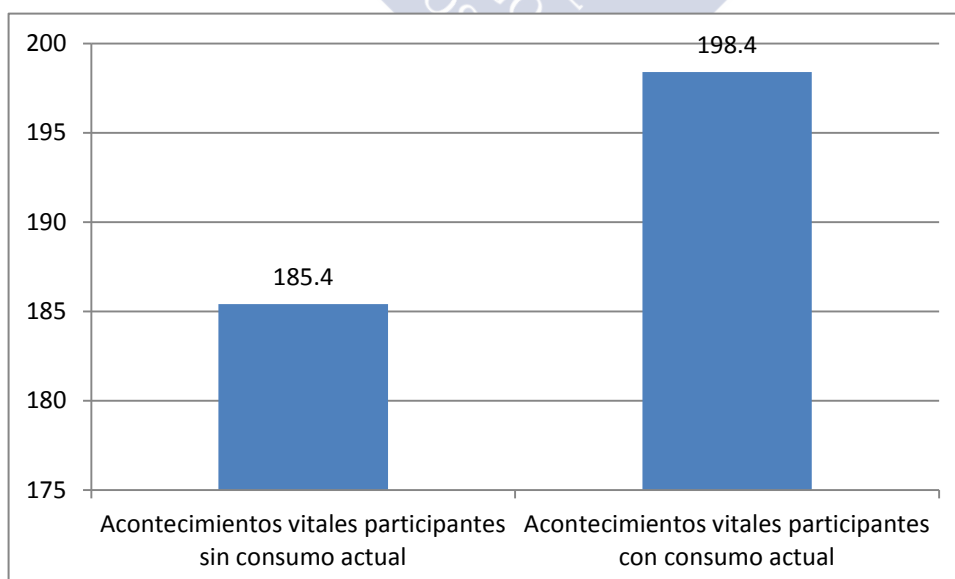


Figura 42. Consumo actual de cigarrillos y acontecimientos vitales

Respecto a la relación entre la dimensión de personalidad neuroticismo y consumo actual de cigarrillos, se encontró una puntuación media en neuroticismo en los participantes sin consumo actual de 2.7 ($DT = 1.9$) y en aquellos con consumo actual de cigarrillos de 2.6 ($DT = 1.8$). Las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas, $t(969) = 0.76$ (ver Figura 43).

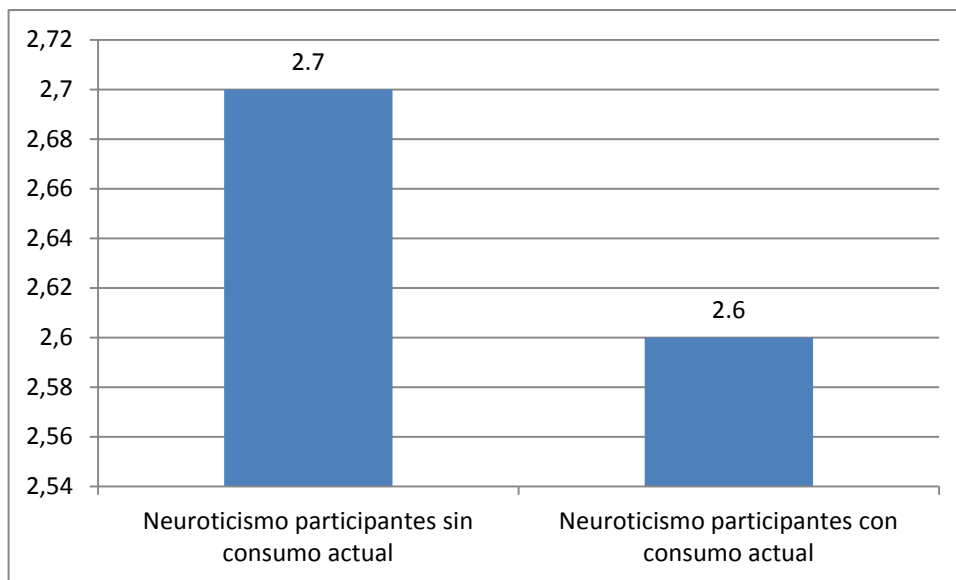


Figura 43. Consumo actual de cigarrillos y neuroticismo

La relación entre la dimensión de personalidad extraversión y consumo actual de cigarrillos fue estadísticamente significativa, $t(969) = -2.50$, $p = .013$. La puntuación media en extraversión en aquellos sujetos sin consumo actual de cigarrillos fue de 4.0 ($DT = 1.9$) y en los que tenían consumo actual fue de 4.3 ($DT = 1.8$) (ver Figura 44).

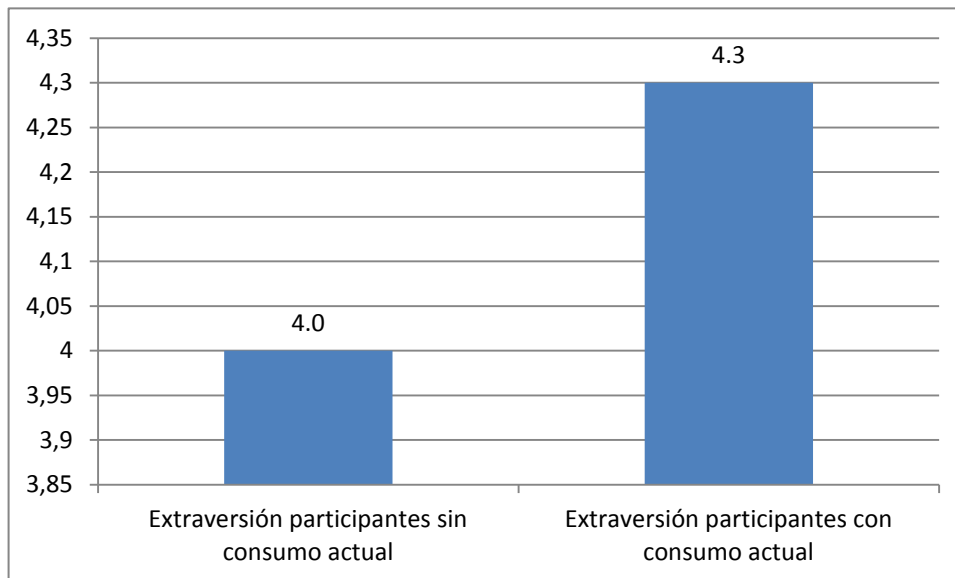


Figura 44. Consumo actual de cigarrillos y extraversión

En el análisis de la relación entre la dimensión de personalidad psicoticismo y consumo actual de cigarrillos se encontró que los participantes que no tenían consumo actual de cigarrillos tuvieron una puntuación media de 1.9 (DT= 1.0) y en los que sí lo presentaron consumo fue de 2.1 (DT=1.0); las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas, $t(969) = -2.26, p = .024$ (ver Figura 45).

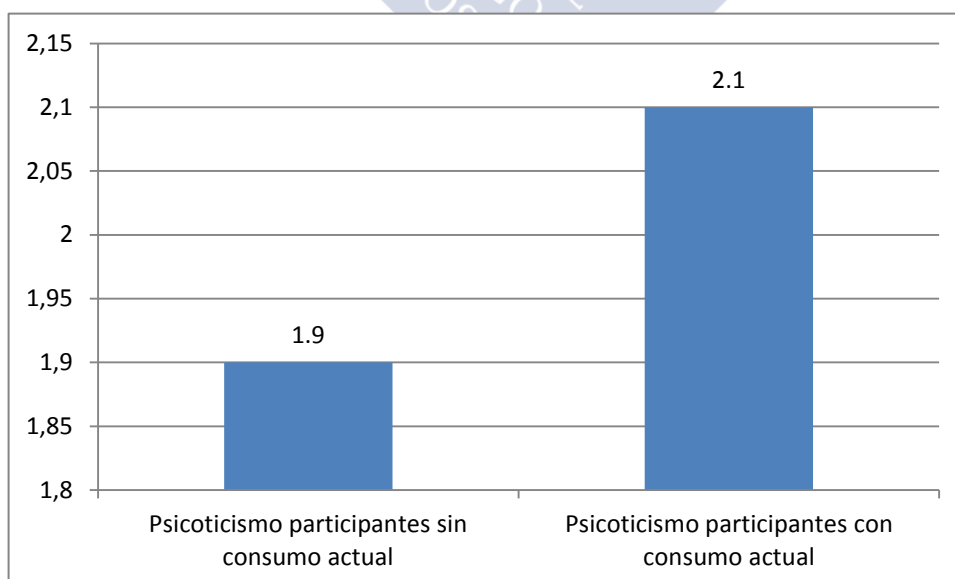


Figura 45. Consumo actual de cigarrillos y psicoticismo

Finalmente, al estudiar la relación entre la variable antecedentes de problemas psicológicos y consumo actual de cigarrillos, en aquellos sin antecedentes de problemas psicológicos se encontró que un 64.0% no tenían consumo actual de cigarrillos y el 36.0% sí lo tenían; en aquellos con antecedentes de problemas psicológicos, el 57.0 % no tenían consumo actual de cigarrillos y el 43.0% presentaban consumo actual de cigarrillos. Las diferencias halladas entre ambas variables no fueron estadísticamente significativas, $\chi^2 (1, N = 1092) = 1.78, p = .182$ (ver Tabla 22).

Tabla 22. Antecedentes de problemas psicológicos y consumo actual de cigarrillos

Variable		Sin consumo actual		Con consumo actual		χ^2	p
		n	%	n	%		
Antecedentes de problemas psicológicos	No (n = 999)	639	64.0	360	36.0	1.78	.182
	Sí (n = 93)	53	57.0	40	43.0		

6.3. Variables asociadas con el consumo actual de cigarrillos: análisis multivariante

Para terminar con el análisis de consumo actual de cigarrillos, exponemos los resultados del análisis de regresión logística (ver Tabla 23). En este modelo se analizó el conjunto de variables que tras los análisis bivariantes preliminares presentaban resultados estadísticamente significativos. En concreto se introdujeron las siguientes variables: sexo, edad, ingresos familiares, trabaja (sí o no), áreas de conocimiento, apoyo social, personalidad (extraversión, psicoticismo). Como variable dependiente se incluyó consumo actual de cigarrillos (No, Sí).

Las variables sexo, edad, ingresos familiares, áreas de conocimiento (ciencias de arte y letras), extraversión y psicoticismo se asociaron de manera independiente con el consumo actual de cigarrillos (ver Tabla 23).

Así, en relación al sexo, se halló una clara tendencia en el sentido de un menor riesgo de un consumo actual de cigarrillos en el sexo femenino (OR = 0.29, IC 95% [0.21, 0.39]).

En cuanto a la edad se encontró que los mayores de 18 años tienen mayor riesgo de ser consumidores de cigarrillos (OR = 1.56, IC 95% [1.14, 2.13]) (ver Tabla 23).

En cuanto a las variables de personalidad (extraversión y psicoticismo), las dos mostraron una asociación positiva con el consumo actual de cigarrillos. Así la variable extraversión mostró una OR ajustada por el resto de variables de 1.10 (IC 95% [1.01, 1.19]) y en la variable psicoticismo se encontró una OR ajustada de 1.16 (IC 95% [1.01, 1.35]) (ver Tabla 23).

En cuanto a la variable área de conocimiento, se halló una asociación significativa, siendo un factor protector el estar cursando carreras de arte y letras (arquitectura, arte y diseño), siendo la OR ajustada por el resto de las variables de 0.50 (IC 95% [0.25, 1.00]) (ver Tabla 23).

La variable ingresos familiares, mostró una relación significativa con el consumo actual de cigarrillos, así a mayores ingresos familiares mayor riesgo de consumo (OR = 1.56, IC 95% [1.15, 2.12]) (ver Tabla 23).

Finalmente en cuanto a la variable estado laboral, no se halló una asociación significativa con consumo actual de cigarrillos (OR = 1.04, IC 95% [0.62, 1.73]). Lo mismo sucedió con la variable apoyo social, siendo la OR ajustada por el resto de las variables 0.99 (IC 95% [0.98, 1.00]) (ver Tabla 23).

Tabla 23. Análisis multivariante: asociación entre las variables y el consumo actual de cigarrillos

	β	Wald χ^2	p	OR ajustada	IC (95%)	
					Límite inferior	Límite superior
Extraversión	0.09	4.62	.032	1.10	1.01	1.19
Psicoticismo	0.15	4.11	.043	1.16	1.01	1.35
Apoyo social	-0.01	2.21	.136	0.99	0.98	1.00
Sexo	Rf					
Hombre	Rf					
Mujer	-1.25	62.83	<.001	0.29	0.21	0.39
Edad	Rf					
Menores 18	Rf					
Mayores de 18	0.44	7.54	.006	1.56	1.14	2.13
Ingresos familiares	Rf					
< 1040\$	Rf					
> 1041\$	0.45	8.27	.004	1.56	1.15	2.12
Trabaja	Rf					
No	Rf					
Sí	0.37	0.02	.887	1.04	0.62	1.73
Área de conocimiento	Rf					
Ciencias jurídicas	Rf	11.98	0.35			
Ciencias económicas	0.28	1.06	.302	1.32	0.78	2.42
Ciencias de arte y letras	-0.68	3.84	.049	0.50	0.25	1.00
Ciencias de la vida	-0.32	1.41	.234	0.72	0.43	1.23
Ciencias tecnológicas	-0.14	0.29	.592	0.87	0.51	1.47
Ciencias de la salud	-0.09	0.11	.737	0.91	0.51	1.61

Nota. β = coeficiente de regresión; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confianza; Rf = categoría de referencia.

7. ANÁLISIS DEL CONSUMO ACTUAL DE ALCOHOL

Con el fin de evaluar el consumo de alcohol de los participantes de estudio, se les aplicó el *Cuestionario de consumo de sustancia*. Bajo el criterio de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), se definió como consumo actual el haber ingerido al menos una bebida alcohólica en los últimos 30 días. Así, se encontró que el 74.2% ($n = 810$) de la muestra afirman haber consumido alcohol al menos una vez en los últimos 30 días, de estos sujetos el 25.3% ($n = 277$) lo consumió al menos una vez por semana.

Con respecto a esta variable, se elaboraron dos ítems, con siete opciones en relación a la cantidad de consumo y seis opciones de respuesta en función de la frecuencia del consumo de alcohol, en ambos ítems en relación a los últimos 30 días. En la Figuras 46 y 47 se puede ver un resumen de los porcentajes de sujetos que respondieron dentro de cada frecuencia a cada ítem. En el ítem ¿En cuántas ocasiones en los últimos 30 días ha tomado una bebida alcohólica?: el 25.8% ($n = 282$) no habían bebido, el 39.4% ($n = 430$) ha consumido entre 1 y 2 veces, el 18.5% ($n = 202$) ha consumido de 3 a 5 veces, el 9.7% ($n = 106$) entre 6 y 9, el 4.0% ($n = 44$) ha consumido entre 10 y 19 veces, el 2.2% ($n = 24$) entre 20 a 39 veces, y el 0.4% ($n = 4$) más de 40 veces en los 30 últimos días (ver Figura 46).

En el ítem ¿Con qué frecuencia en los últimos 30 días has tomado un bebida alcohólica? el 32.2% ($n = 351$) no ha bebido, el 42.5% ($n = 464$) ha consumido menos de una vez por semana, el 19.1% ($n = 209$) ha consumido una vez por semana, el 5.4% ($n =$

59) entre 1 a 4 veces por semana, el 0.8 % ($n = 9$) ha consumido entre 5 a 6 veces por semana, y ningún sujeto bebe diariamente (ver Figura 47).

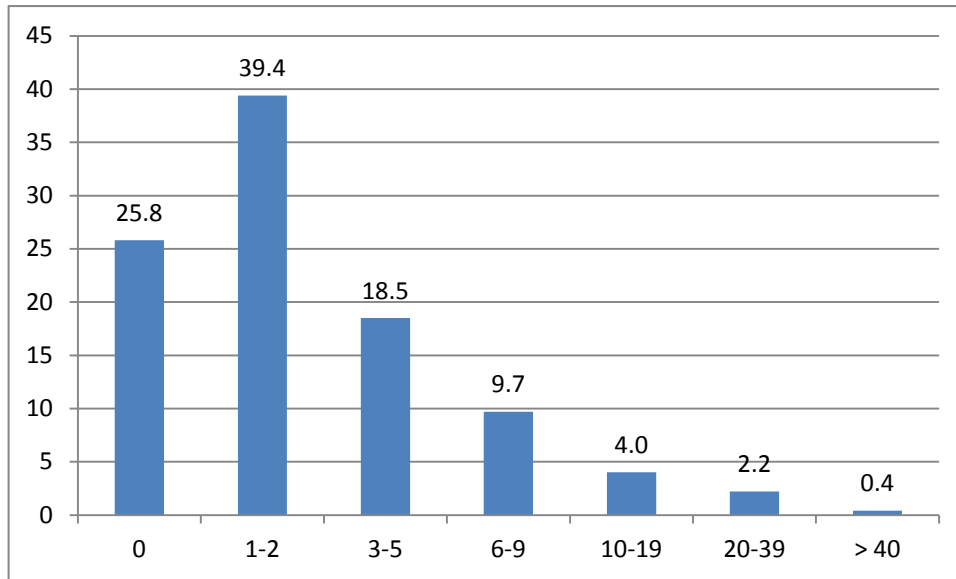


Figura 46. Porcentaje de frecuencia con la que los participantes contestaron la pregunta ¿En cuántas ocasiones en los últimos 30 días ha tomado una bebida alcohólica?

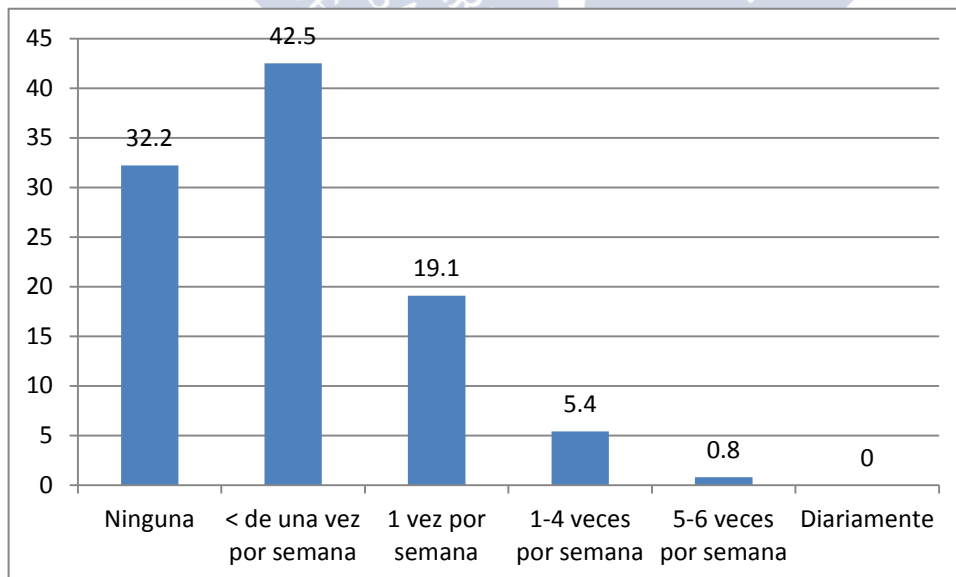


Figura 47. Porcentaje de frecuencia con la que los participantes contestaron a la pregunta ¿Con qué frecuencia en los últimos 30 días ha tomado bebidas alcohólicas?

7.1. Relación entre las variables sociodemográficas/académicas y el consumo actual de alcohol: análisis bivariante

Los datos correspondientes a los análisis de las relaciones entre las variables sociodemográficas/académicas y el consumo actual alcohol se presentan en la Tabla 24. Al analizar la relación entre la variable sexo y la variable consumo actual de alcohol, en el sexo masculino se encontró que un 17.7% no tenían consumo actual de alcohol y el 82.2% sí lo tenían; en el sexo femenino, el 32.6 % no y el 67.4% si tenían un consumo actual de alcohol. Las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2 (1, N = 1085) = 31.19, p < .001$ (ver Tabla 24).

En relación a la variable edad y el consumo actual de alcohol, se halló en los estudiantes de 18 o menos años que el 27.9% no tenían consumo actual de alcohol, mientras que 72.1% sí; en los de más de 18 años el 21.3% no tenían consumo actual de alcohol y el 78.7% sí lo tenían. Se encontró una relación estadísticamente significativas entre ambas variables, $\chi^2 (1, N = 1092) = 5.39, p = .020$ (ver Tabla 24).

Respecto a la relación entre la variable estado civil y la variable consumo actual de alcohol, en los solteros se halló que un 25.1% no tenían consumo actual de alcohol y el 74.9% sí lo tenían; en otros estados civiles, el 56.2% no tenía consumo actual de alcohol y el 43.8% sí lo tenían. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, $\chi^2 (1, N = 1082) = 8.01, p = .005$ (ver Tabla 24).

En el caso de la variable etnia y consumo actual de alcohol, se halló en los estudiantes mestizos que el 26.1% no tenían consumo actual de alcohol, mientras que

73.9% sí; en los de otras razas el 19.2% no tenían consumo actual de alcohol y el 80.8% sí. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, $\chi^2 (1, N = 1077) = 1.22, p = .269$ (ver Tabla 24).

En el análisis de la relación entre la variable ingresos y la variable consumo actual de alcohol, en la categoría de menores ingresos (≤ 1040) se encontró que un 27.2% no tenían consumo actual de alcohol y el 72.8% sí lo tenían; en los de más ingresos (> 1041), el 22.4% no tenían consumo actual de alcohol y el 77.6% sí. No hubo diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2 (1, N = 1058) = 2.98, p = .084$ (ver Tabla 24).

En relación a la variable estado laboral y el consumo actual de alcohol, se halló en los estudiantes que no trabajaban que el 25.5% no tenían consumo actual de alcohol, mientras que 74.5% sí lo presentaban; en los que trabajaban el 25.3% no tenían consumo actual de alcohol y el 74.7% sí lo tenía. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, $\chi^2 (1, N = 1077) = 0.002, p = .967$ (ver Tabla 24).

Finalmente, en cuanto a la relación entre la variable área de conocimiento y la variable consumo actual de alcohol, se halló que en el área de ciencias jurídicas y sociales el 31.7% no presentan consumo actual de alcohol y el 68.3% sí, en el área de ciencias económicas el 20.4% no tenían consumo actual de alcohol y el 79.6% sí, en el área de ciencias de arte y letras, el 28.1% no tenían consumo actual de alcohol y el 71.9% sí, en el área de ciencias de la vida el 30.1% no presentaron consumo actual de alcohol y el 69.9% sí, en el área de ciencias tecnológicas el 20.4% no tenían consumo actual de alcohol y el 79.6% sí lo tenían, y en el área de ciencias de la salud el 28.0% no presentó consumo

actual de alcohol y el 72.0% sí. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estas dos variables, $\chi^2 (5, N = 1063) = 11.96, p = .035$ (ver Tabla 24).

Tabla 24. Consumo actual de alcohol en función de las variables sociodemográficas/académicas

Variables	Consumo actual de alcohol					χ^2	p
	N	No		Sí			
		n	%	n	%		
Sexo							
Hombre	502	89	17.7	413	82.3	31.19	<.001
Mujer	583	190	32.6	393	67.4		
Edad							
≤ 18 años	749	209	27.9	540	72.1	5.39	.020
> 18 años	343	73	21.3	270	78.7		
Estado civil							
Solteros	1066	268	25.1	798	74.9	8.01	.005
Otros	16	9	56.2	7	43.8		
Etnia							
Mestizo	1019	266	26.1	753	73.9	1.22	.269
Otros	52	10	19.2	42	80.8		
Ingresos familiares							
≤ 1040\$	687	187	27.2	500	72.8	2.98	.084
> 1041	371	83	22.4	288	77.6		
Trabaja							
No	982	250	25.5	732	74.5	0.00	.967
Sí	95	24	25.3	71	74.7		
Áreas de conocimiento							
Jurídicas y sociales	120	38	31.7	82	68.3	11.96	.035
Ciencias económicas	206	42	20.4	164	79.6		
Ciencias de artes y letras	89	25	28.1	64	71.9		
Ciencias de la vida	256	77	30.1	179	69.9		
Ciencias tecnológicas	235	48	20.4	187	79.6		
Ciencias de la salud	157	44	28.0	113	72.0		

7.2. Variables clínicas y el consumo actual de alcohol: análisis bivalente

La primera de las variables clínicas analizadas en relación con el consumo actual de alcohol fue la autoestima. La media en autoestima para los participantes sin consumo actual de alcohol fue de 31.7 ($DT = 5.4$) y para aquellos con consumo actual de alcohol fue de 31.7 ($DT = 5.2$); las diferencias entre estas dos variables no fueron estadísticamente significativas, $t(1046) = 0.04$, $p = .965$ (ver Figura 48).

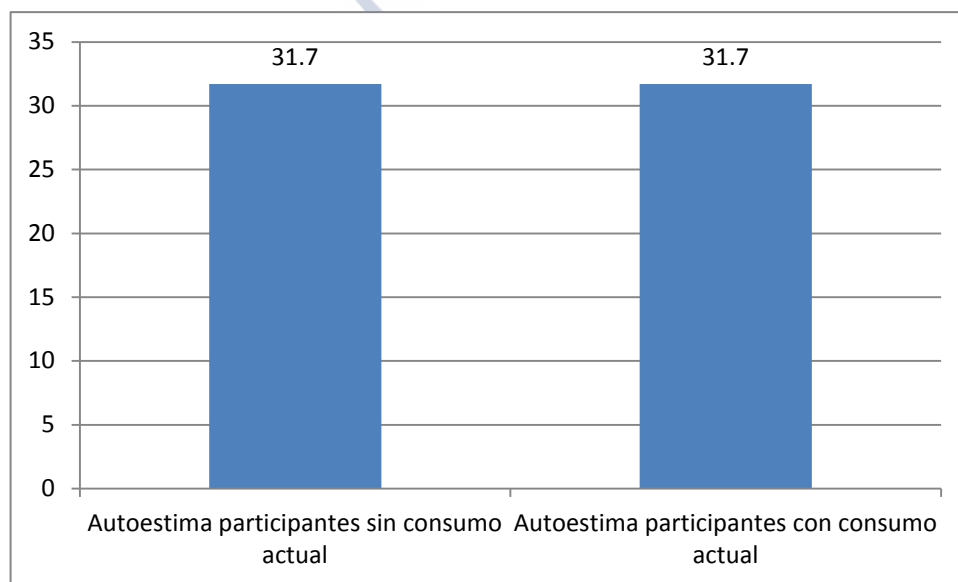


Figura 48. Consumo actual de alcohol y autoestima

En cuanto a la relación entre la variable apoyo social y consumo actual de alcohol, se halló una media en apoyo social en los participantes sin consumo de alcohol de 53.1 ($DT = 16.2$) y en aquellos con consumo actual de alcohol de 52.9 ($DT = 14.1$); las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas, $t(416) = 1.17$, $p = .862$ (ver Figura 49).

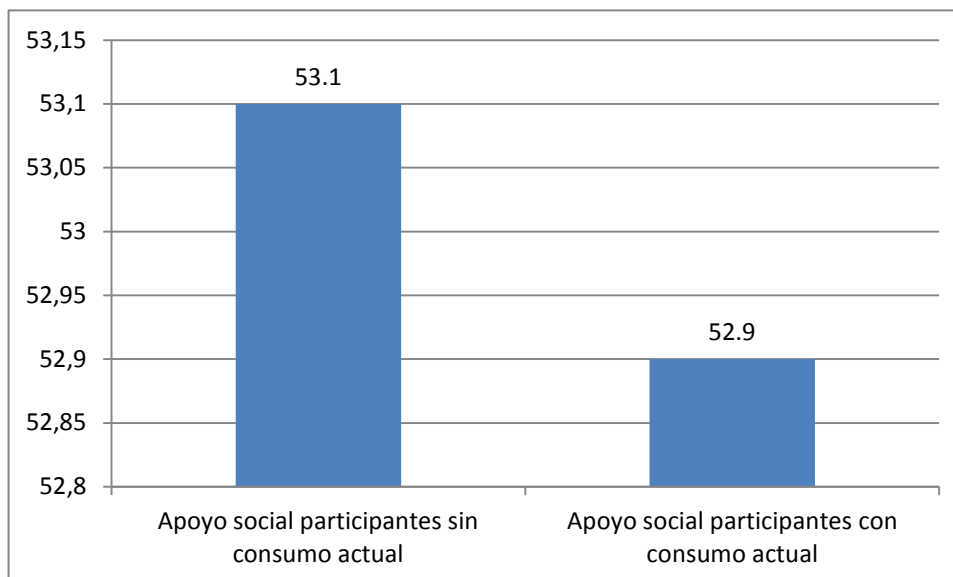


Figura 49. Consumo actual de alcohol y apoyo social

En cuanto a la relación entre la variable acontecimientos vitales y consumo actual de alcohol, se halló una puntuación media en acontecimientos vitales para los estudiantes sin consumo actual de alcohol fue de 169.8 ($DT = 106.0$) y para aquellos con consumo 197.2 ($DT = 120.4$), no siendo las diferencias estadísticamente significativas, $t(551) = -3.61$, $p = <.001$ (ver Figura 50).

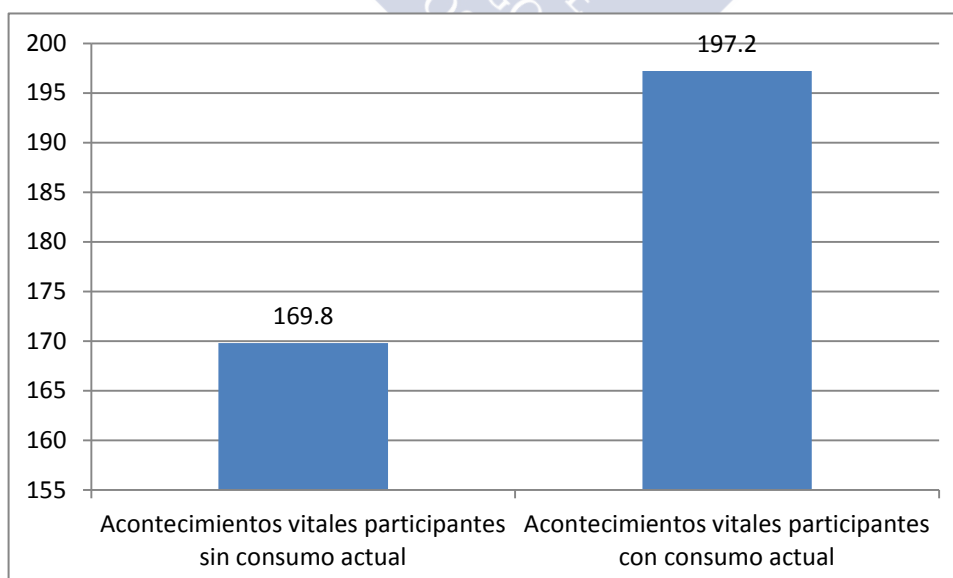


Figura 50. Consumo actual de alcohol y acontecimientos vitales

Respecto a la relación entre la dimensión de personalidad neuroticismo y consumo actual de alcohol, se encontró una puntuación media en neuroticismo en los participantes sin consumo actual de alcohol de 2.8 ($DT = 1.8$) y en aquellos con consumo de 2.6 ($DT = 1.8$). Las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas, $t(969) = 1.30$, $p = .194$ (ver Figura 51).

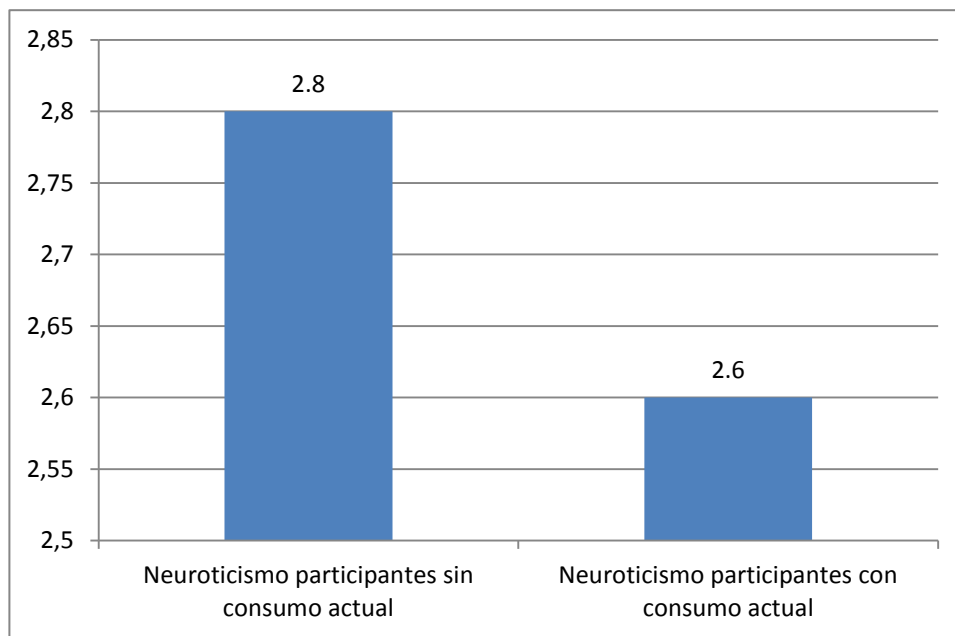


Figura 51. Consumo actual de alcohol y neuroticismo

La relación entre la dimensión de personalidad extraversión y consumo actual de alcohol fue estadísticamente significativa, $t(969) = -2.48$, $p = .013$. La puntuación media en extraversión en aquellos sujetos sin consumo actual de alcohol fue de 3.8 ($DT = 1.9$) y en los que sí tenían la media fue de 4.1 ($DT = 1.8$) (ver Figura 52).

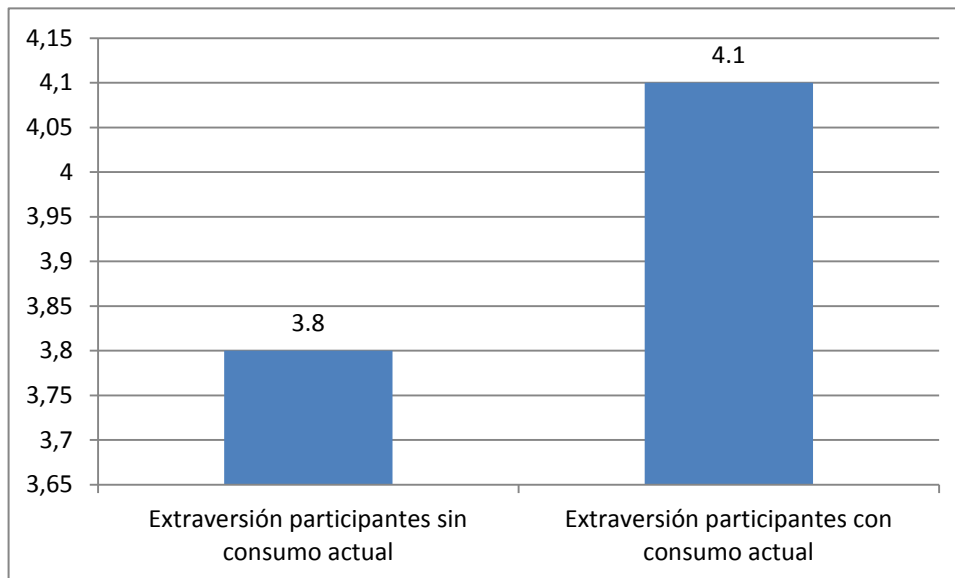


Figura 52. Consumo actual de alcohol y extraversión

En el análisis de la relación entre la dimensión de personalidad psicoticismo y consumo actual de alcohol se encontró que los participantes que no tenían consumo actual de alcohol tuvieron una puntuación media de 1.9 (DT= 1.04) y en los que sí fue de 2.0 (DT=1.01); las diferencias halladas no fueron estadísticamente significativas, $t(969) = -1.04$ $p = .299$ (ver Figura 53).

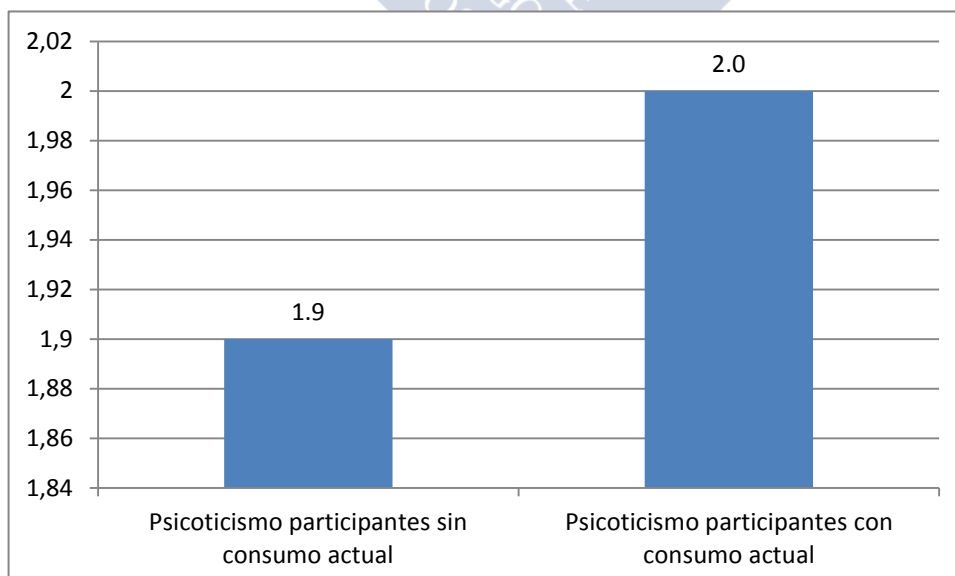


Figura 53. Consumo actual de alcohol y psicoticismo

Finalmente, al estudiar la relación entre la variable antecedentes de problemas psicológicos y consumo actual de alcohol, en aquellos sin antecedentes de problemas psicológicos se encontró que un 26.2% no tenían consumo actual de alcohol y el 73.8% sí lo tenían; en aquellos con antecedentes de problemas psicológicos, el 21.5% no tenían consumo actual de alcohol y el 78.5% sí. Las diferencias halladas entre ambas variables no fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 1092) = 0.99, p = .320$ (ver Tabla 25).

Tabla 25. Antecedentes de problemas psicológicos y consumo actual de alcohol

Variable		Sin consumo actual		Con consumo actual		χ^2	p
		n	%	n	%		
Antecedentes de problemas psicológicos	No (n = 999)	262	26.2	737	73.8	0.99	.320
	Sí (n = 93)	20	21.5	73	78.5		

7.3. Variables asociadas con el consumo actual de alcohol: análisis multivariante

Para terminar con el análisis de consumo actual de alcohol, exponemos los resultados del análisis de regresión logística (ver Tabla 26). En este modelo se analizó el conjunto de variables que tras los análisis bivariantes preliminares presentaban resultados estadísticamente significativos. En concreto se introdujeron las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, áreas de conocimiento, personalidad (extraversión) y acontecimientos vitales. Como variable dependiente se incluyó la consumo actual de alcohol (No, Sí).

Las variables introducidas en el modelo se asociaron de manera independiente con el consumo actual de alcohol fueron: sexo, edad, estado civil, área de conocimiento (ciencia económicas) y extraversión. Así, en relación al sexo, se halló que las personas de

sexo femenino tienen un menor riesgo a desarrollar consumo de alcohol (OR = 0.53; IC 95% [0.38, 0.73]) (ver Tabla 26).

Con respecto a la variable edad, se encontró que los estudiantes mayores de 18 años tienen mayor posibilidad de consumo de alcohol (OR = 1.44; IC 95% [1.01, 2.04]) (ver Tabla 26).

La variable estado civil mostró una asociación estadísticamente significativa, determinando que las personas de otros estados civiles, que no sean solteros, tiene un menor riesgo frente al consumo de alcohol (OR = 0.24; IC 95% [0.08, 0.73]) (ver Tabla 26).

En lo referente a la variable áreas de conocimiento, se encontró una asociación estadísticamente significativa con el consumo de alcohol (ver Tabla 26), los estudiantes del área de ciencias económicas tienen mayor riesgo a desarrollar un consumo de alcohol; con una OR ajustada por el resto de variables de 2.08 (IC 95% [1.19, 3.64]).

En relación al ingreso a la variable de personalidad extraversión, se halló una clara tendencia en el sentido de que los estudiantes con rasgos extravertidos tienen un mayor riesgo de desarrollar consumo de alcohol (OR = 1.10; [IC 95% 1.01, 1.19]) (ver Tabla 26).

Finalmente, con respecto a la variable acontecimientos vitales estresantes, se encontró una asociación nula con el consumo actual de alcohol (OR = 1.00; IC 95% [1.00, 1.00]) (ver Tabla 26).

Tabla 26. Análisis multivariante: asociación entre las variables y el consumo actual de alcohol

	β	Wald χ^2	p	OR ajustada	IC (95%)	
					Límite inferior	Límite superior
Extraversión	0.10	5.33	.021	1.10	1.01	1.19
Acontecimientos vitales	0.02	5.59	.018	1.00	1.00	1.00
Sexo						
Hombre	Rf					
Mujer	0.64	14.90	<.001	0.53	0.38	0.73
Edad						
Menores 18	Rf					
Mayores de 18	0.36	4.08	.043	1.44	1.01	2.04
Estado civil						
Soltero	Rf					
Otro	1.45	6.36	.012	0.24	0.08	0.73
Área de conocimiento						
Ciencias jurídicas	Rf	8.63	0.13			
Ciencias económicas	0.73	6.57	.010	2.08	1.19	3.64
Ciencias de arte y letras	0.24	0.50	.482	1.27	0.66	2.45
Ciencias de la vida	0.22	0.68	.411	1.25	0.74	2.10
Ciencias tecnológicas	0.50	3.19	.074	1.65	0.95	2.86
Ciencias de la salud	0.26	0.83	.364	1.30	0.77	2.30

Nota. β = coeficiente de regresión; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confianza; Rf = categoría de referencia.

IV. DISCUSIÓN



El objetivo general de este estudio fue determinar la salud mental y los factores asociados en los estudiantes universitarios de primer ciclo de la Universidad Técnica Particular de Loja – Ecuador (UTPL). La muestra en esta investigación fueron 1092 estudiantes que ingresaron en el periodo académico comprendido entre octubre de 2011 y febrero de 2012. Esta población resulta de gran interés a nivel clínico, dado que la mayor parte de los trastornos mentales se desarrollan en la juventud (Kessler, Berglund et al., 2005) y en los países desarrollados o en vías de desarrollo aproximadamente la mitad de las personas de este grupo de edad asisten a la universidad (e.g., US Department of Education, 2009). Más concretamente, los estudiantes de nuevo ingreso son una población de especial trascendencia, dado que están expuestos a una variedad de nuevos estresores relacionados con el cambio de ambiente que pueden provocar el desarrollo de trastornos mentales (Tosevki et al., 2010; Verger et al, 2009).

El primer objetivo específico fue determinar las características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, etnia, ingresos mensuales familiares, estado laboral), académicas (áreas de conocimiento) y clínicas (autoestima, apoyo social, acontecimientos vitales estresantes, los rasgos de personalidad neuroticismo, extroversión y psicoticismo, y los antecedentes de problemas psicológicos) de los participantes. Respecto a las características sociodemográficas, se halló que un 53.7% de los estudiantes fueron mujeres. En un estudio epidemiológico de salud mental como el que aquí se presenta, esta distribución de la variable sexo es importante, ya que esta variable está relacionada de diferente forma según cada trastorno y el tener una población con un número similar de hombres y mujeres permite analizar este factor. Además, este dato es consistente con la distribución por sexos existente en el resto país, en la que se ha registrado una tasa nacional de asistencia a la

educación superior del 24.0% de mujeres y el 20.1% de hombres, de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2010).

La media de edad de los sujetos fue de 18.3 años, lo cual es congruente con la edad media esperada en el Ecuador para inicio de estudios universitarios, debido a que la gran mayoría de alumnos finalizan los estudios secundarios a la edad de 17 años. En el contexto universitario los alumnos de primer año, presentan mayor vulnerabilidad frente a problemas de salud mental, puesto que, además de los problemas relativos a su periodo evolutivo, se enfrentan a necesidades de adaptación a un nuevo contexto, a toma de decisiones cruciales para su vida, entornos de presión social nuevos, y en algunos casos, se enfrentan a mayor independencia del seno familiar al tener que vivir en lugares alejados y a posibles dificultades económicas y exigencias académicas que tienen que superar (Verger et al, 2009).

Con respecto al estado civil y la etnia, la mayoría son solteros y se autodefinen como mestizos. Esto va en línea con los datos existentes en la población general del país, pues Ecuador es un país plurinacional, en el que están congregados al menos cinco grupos étnicos. El 71.99% son mestizos, el 7.4% montubios, el 7.2% afroecuatorianos, el 7.0% indígenas y el 6.1% blanca (INEC, 2010).

En cuanto a la situación socioeconómica de los estudiantes, la mayoría se sitúan sobre la clase media en función de sus ingresos mensuales familiares, y uno de cada diez estudiantes trabaja y estudia al mismo tiempo. Esta disposición socioeconómica es típica de las universidades privadas del Ecuador; en el año 2015 según el Consejo de Educación Superior del Ecuador (CES), 283 mil estudiantes cursan sus estudios en una institución de

educación superior particular, y en pregrado en promedio pagan 5425 dólares anuales, lo que equivale al 86% del PIB per cápita. Y aunque estas universidades están en la obligación de brindar becas y ayudas económicas, al menos al 10% del número de estudiantes regulares, especialmente a quienes no cuenten con recursos económicos suficientes (Art. 77., Ley Orgánica de Educación Superior [LOES], 2010), existe un bajo porcentaje, de estudiantes con vida laboral activa que posiblemente trabajen con la finalidad de pagarse sus estudios.

En cuanto a las características académicas de los estudiantes, se encontró que las áreas de ciencias de la vida y ciencias tecnológicas fueron las que recogieron un mayor número de estudiantes, de las 21 carreras que ofertaba la modalidad presencial de la Universidad Técnica Particular de Loja, reagrupadas en seis áreas de conocimiento.

Por lo que respecta a las características clínicas de los estudiantes, se halló que los participantes presentaron una media en autoestima de 31.7 sobre un total de 40 en el cuestionario de autoestima de Rosenberg; el 94.8% mostró un apoyo social medio o alto; el 53.8% había pasado por más de seis acontecimientos vitales estresantes en el último año; el 94.2% presentaron rasgos de personalidad de extraversión, 92.7% de psicoticismo y 84.8% de neuroticismo; y el 8.5% presentó antecedentes de problemas psicológicos. El hallazgo respecto a los antecedentes de problemas psicológicos es consistente con lo encontrado para esta etapa evolutiva, ya que se calcula que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. [UNICEF], 2011).

En relación al segundo y tercer objetivo, determinar la prevalencia de la depresión, trastorno de pánico, trastornos alimentarios, suicidalidad y consumo actual de cigarrillo y alcohol, e identificar las variables sociodemográficas, académicas y clínicas asociadas a dichos trastornos, se encontró que un 6.2% de los estudiantes cumplía los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor, un 2.2% presentaba trastorno de pánico, un 32.0% presentaba riesgo de padecer un trastorno alimentario, un 13.1% presentaba riesgo suicida, un 36.7% habían consumido cigarrillos en los últimos 30 días y un 74.2% habían consumido alcohol en los últimos 30 días.

Más concretamente, al evaluar *la depresión* se encontró que un 4.9% de los participantes mostraron sintomatología depresiva entre severa y grave, y un 6.2% de los estudiantes presentaron un episodio depresivo mayor. Estos datos son congruentes con los resultados de anteriores estudios con muestras de la población general y de estudiantes universitarios. Así, la prevalencia para los trastornos depresivos se encuentra entre el 7% y el 13% (Andrade et al., 2003; Ayuso-Mateos, 2001). Sin embargo, la OMS (2012) destaca que estos trastornos suelen presentarse con mayor frecuencia en jóvenes de edades tempranas en torno a los 20-25 años. En esta línea, Vázquez y Blanco (2008) encontraron en una muestra de estudiantes entre 18 y 34 años, que la prevalencia de episodios depresivos mayores fue de 8.7%. Curran et al. (2009) encontraron el 13.9% de prevalencia de depresión en estudiantes universitarios y Murillo-Pérez, et al. (2014) hallaron una prevalencia de 4.2%.

Tomando en cuenta el número de casos detectados con episodio depresivo mayor, se analizaron los factores asociados. Se encontró que *la autoestima* juega un papel fundamental para el desarrollo o no de la depresión. Así en el análisis multivariante se

halló una asociación entre estas dos variables, determinando que a mayor autoestima menor es el riesgo de padecer depresión (OR = 0.91, IC 95% [0.87, 0.96]). Esto supone que la autoestima es un factor de protección frente a la depresión, lo que resulta consistente con lo hallado en la literatura científica previa. Así, Góngora y Casullo (2009) en un estudio en el cual compararon población clínica con población general, determinaron que existe una relación directa entre la autoestima y la depresión. En universitarios, Song et al. (2008) encontraron que la baja autoestima, la preocupación por los errores y el alto neuroticismo se asociaron con los síntomas depresivos.

Otro factor asociado, al igual que en la investigación previamente nombrada, fue *el neuroticismo* como rasgo de personalidad. La asociación entre estas dos variables fue estadísticamente significativa (OR = 1.49, IC 95% [1.23, 1.80]), lo que indica que los estudiantes en los que prevaleció como rasgo el neuroticismo, tenían mayor posibilidad de padecer un episodio depresivo mayor, actuando como un factor de riesgo. Una posible explicación es que las características del neuroticismo como la inestabilidad emocional, inseguridad, tendencia a la culpa y somatización suelen estar presentes en los trastornos depresivos. Estos hallazgos van en línea con los estudios previos. Investigaciones como las de Mustafa, Nasir y Yusoff (2010) y Zong et al. (2010) han señalado que rasgos como el neuroticismo y perfeccionismo, están relacionados positivamente con la depresión.

Por último, los *antecedentes de problemas psicológicos*, también se presentaron como un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión. La asociación encontrada en este estudio fue significativa (OR = 2.31; IC 95% [1.11, 4.82]), indicando que los estudiantes que presentaron antecedentes de problemas psicológicos tenían mayor riesgo de desarrollar una depresión. Estos datos siguen la línea de lo ya encontrado en otros estudios

en los que se encontró que el tener antecedentes personales de enfermedades mentales (incluida la depresión), es un factor que aumenta el riesgo a desarrollar un cuadro depresivo (Kaya et al., 2007; Schwenk et al., 2010; Wong et al., 2006).

Con respecto al *trastorno de pánico*, se encontró que el 2.2% de los estudiantes universitarios presentaron este trastorno, y de estos el 32.6% tenían más de los cinco síntomas fisiológicos de ansiedad. Estos datos coinciden con el reporte de la OMS (2001), en donde se menciona que existe una prevalencia del 2.2% para el trastorno de pánico en personas entre 14 y 44 años, siendo la edad promedio de inicio del ataque de pánico entre los 20 a 24 años (APA, 2013/2014). Kessler, Berglund et al. (2005), encontró que la prevalencia del trastorno de pánico a lo largo de la vida es de 4.7%, destacando que para los jóvenes entre 18 a 29 años esta prevalencia es del 4.4%. Una investigación en diferentes países de la Unión Europea, halló que la prevalencia anual para el trastorno de pánico es el 1.8%, afectando entre 4.3 y 5.3 millones de adultos entre 18 y 65 años (Wittchen y Jacobi, 2005). Otro estudio a nivel de Latinoamérica e hispanos en EE UU, encontró una prevalencia para el trastorno de pánico entre 0.3 y 2.1% (Vicente, Rioseco, Valdivia, Kohn y Torres, 2005). En universitarios, diversos estudios presentan rangos similares al encontrado en esta investigación. Eisenberg et al. (2013) hallaron que la prevalencia para el trastorno de pánico fue el 7%. Vázquez, Torres et al. (2011) encontraron que el 0.3% poseía una prevalencia de vida para el trastorno de pánico con agorafobia y el 0.4% sin agorafobia. Finalmente Blanco et al. (2008), determinaron que el 2.0% de los estudiantes habían presentado un trastorno de pánico en el último año de sus vidas.

Una vez detectados los casos de trastorno de pánico y tras el análisis multivariante, se identificaron los factores asociados con dicho trastorno. Se encontró que *la autoestima* es un factor protector para que los estudiantes no desarrollen un trastorno de pánico (OR = 0.91, IC 95% [0.84, 0.99]), así podemos afirmar que a mayor autoestima menor es el riesgo de padecer un trastorno de pánico. Estos resultados son consistentes con los hallazgos previos que han situado la autoestima como un factor frecuentemente asociado a los diversos trastornos psiquiátricos. Batelaan et al. (2007), encontraron que la baja autoestima predice los ataques de pánico.

Los acontecimientos vitales estresantes, también jugaron un papel fundamental en el desarrollo de trastorno de pánico. En el presente estudio se encontró que existe una asociación entre estas dos variables con una OR ajustada por el resto de variables de 1.01 (IC 95% [1.00, 1.01]), indicando que los estudiantes con mayor número de acontecimientos vitales estresantes presentaron mayor riesgo de desarrollar un trastorno de pánico. Los jóvenes universitarios no están exentos de pasar por situaciones que generen estrés y los estresores en la adolescencia aumentan la probabilidad de desarrollar y mantener un trastorno de pánico (Lewinsohn et al., 1997; Johnson et al., 1999; Kasen et al., 2001). Estos datos van en línea de investigaciones como las de Brown et al. (1996); Pollack et al. (1992), quienes destacaron que las situaciones adversas pueden contribuir como factor de vulnerabilidad a padecer un trastorno de pánico.

En relación a la personalidad, en esta investigación se encontró que *el neuroticismo* está fuertemente asociado al desarrollo de un trastorno de pánico con OR ajustada por el resto de variables de 1.89 (IC 95% [1.33, 2.69]), sugiriendo que un mayor grado de neuroticismo aumenta el riesgo de sufrir un trastorno de pánico. Estos resultados

son consistentes con anteriores estudios en los que se ha encontrado una relación entre estas variables. Así, Carrera et al. (2006), en su investigación con pacientes diagnosticados con trastorno de pánico hallaron que las puntuaciones en neuroticismo eran significativamente mayores en el grupo clínico comparado con el grupo control. De igual forma, Bienvenu et al. (2004), encontraron que el neuroticismo se relaciona positivamente con el trastorno de pánico; y que entre los factores de vulnerabilidad al inicio del trastorno de pánico y el mantenimiento de sus síntomas se encuentra la sensibilidad a la ansiedad (Osma, García-Palacios y Botella, 2014), característica del neuroticismo.

En relación a los *trastornos alimentarios*, en el presente estudio se encontró que el 32.0% de estudiantes universitarios poseía un riesgo de padecerlos. Estos datos son similares a los hallados en población universitaria en cuestión de riesgo. Así, Bazán et al. (2011) encontraron el 34.9%, y Gochnour (2006) un 12.5% de riesgo a desarrollar un trastorno alimentario. También Eisenberg, Nicklett, Roeder y Kirz (2011) usando la escala SCOFF en estudiantes universitarios, determinaron que el 13.5% de mujeres y 3.6% de hombres presentaban un riesgo a desarrollar un trastorno alimentario. Estos elevados porcentajes de riesgo son de gran relevancia, pues pueden desembocar en la aparición de nuevos casos y conformar la actual prevalencia de los trastornos alimentarios. En este sentido, la OMS (2000) estimó la prevalencia del 0.5% para la anorexia nerviosa y entre el 1.0% y el 3.0% para la bulimia nerviosa. Hudson et al. (2007) encontraron prevalencias de vida para la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa fueron 0.9% y 1.5% respectivamente en las mujeres y 0.3% y 0.5% respectivamente en los hombres. En estudiantes universitarios, Vázquez, Torres et al. (2011) encontraron que la prevalencia de vida para la anorexia nerviosa fue 1.8% y para la bulimia nerviosa de 0.3%.

Una vez identificada la población de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, se determinó su asociación con otras variables. Se encontró que *el sexo* femenino presentaba una asociación significativa con una OR ajustada por el resto de variables de 1.55 (IC 95% [1.13, 2.11]), indicando que los estudiantes de sexo femenino tenían un mayor riesgo a padecer un trastorno de la conducta alimentario. Esta brecha entre sexos podría estar influida por el mantenimiento de los estándares de belleza relacionados con la delgadez para el sexo femenino y a la vulnerabilidad de la etapa del desarrollo de los participantes de este estudio. Este resultado es congruente con otros estudios a nivel mundial que encontraron que estos trastornos se presentan con mayor frecuencia en población femenina joven (Currin et al., 2005; Hoek y Van Hoeken, 2003; Keski-Rahkonen et al., 2007; Nicholls y Viner, 2009; Peláez et al., 2010).

Otro factor asociado fue pertenecer a las carreras del *área de ciencias de la salud* (medicina, psicología). Se encontró un OR ajustada por el resto de las variables de 0.45 (IC 95% [2.47, 0.80]), por tanto los estudiantes que están cursando estas dos carreras tuvieron menor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Aunque las investigaciones en relación a esta variable son escasas, una posible explicación a esta relación es que siendo estudiantes de ciencias de la salud, poseen los conocimientos sobre los riesgos y consecuencias de estos trastornos que permiten prevenir su desarrollo.

La autoestima también está asociada a estos trastornos, con una OR = 0.97 (IC 95% [0.94, 1.0]), indicando que los estudiantes universitarios con mayor autoestima tienen menor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Estos resultados son acordes a los encontrados por Leija et al. (2011), quienes encontraron que la baja autoestima, los

síntomas bulímicos y la disfunción familiar son variables que se relacionaban con la gravedad de los trastornos alimentarios.

Además, en el presente estudio *los acontecimientos vitales estresantes* también jugaron un papel importante en el desarrollo de un trastorno alimentario. Se encontró una asociación entre estas dos variables (OR = 1.04; IC 95% [1.00, 1.08]); los estudiantes universitarios con mayor número de acontecimientos estresantes experimentados tuvieron una mayor probabilidad de padecer un trastorno alimentario. Este dato es coherente con los hallados previamente en la literatura científica. Bustos et al. (2011) al estudiar la relación entre estrés y trastornos alimentarios, encontraron una asociación significativa entre una alta percepción de estrés y el riesgo de estos trastornos. Además, en línea con estos hallazgos y teniendo en cuenta los factores anteriormente mencionados como la autoestima o el sexo femenino, Jacobi et al. (2004) encontraron que la autoevaluación negativa y los acontecimientos vitales adversos predicen los trastornos alimentarios. Por su parte, Sassaroli y Ruggiero (2005) hallaron que en el sexo femenino, un suceso vital estresante puede generar una asociación entre algunos factores psicológicos que estimulan conductas relacionadas con los trastornos alimentarios. Además, el estrés académico también interviene directamente con el desarrollo de estos trastornos, así Mejía et al. (2003) encontraron una relación positiva entre la bulimia nerviosa y el estrés académico en el 75% de los casos de estudio.

Finalmente, se halló que *el neuroticismo* como rasgo de personalidad se asocia con el desarrollo de los trastornos alimentarios. Así los estudiantes universitarios que tenían como rasgo prevalente el neuroticismo poseían un mayor riesgo a desarrollar dichos trastornos (OR = 1.49, IC 95% [1.36, 1.64]). Estos datos van en línea con la literatura

existente sobre el tema. MacLaren y Best (2009) encontraron que las mujeres con síntomas de trastornos alimentarios diferían de quienes eran asintomáticas en neuroticismo, extraversión y amabilidad. Incluso se ha encontrado que las puntuaciones altas en neuroticismo son un factor de riesgo para el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo y que el grado de impulsividad puede predecir el subtipo de trastorno alimentario al que una persona es más susceptible (Garner et al., 1982). Por otro lado, al ser una característica del neuroticismo las tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, Buckner, Silgado y Lewinsohn (2010) afirman que la ansiedad es uno de los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, Davey y Chapman (2009) la consideran como un rasgo característico de las personas con este tipo de trastornos.

En relación a los resultados de *suicidalidad*, se identificó que el 13.1% de los estudiantes universitarios presentaban un riesgo suicida, lo cual es coherente con los hallazgos de los estudios previos. En estudiantes universitarios Brener et al. (1999) encontraron que la ideación suicida es más común entre los estudiantes más jóvenes, es decir que los estudiantes de primer y segundo año tienen mayor índice de ideación suicida que los de ciclos superiores. Por otro lado, respecto a los intentos suicidas, en este estudio se encontró que el 8.2% de los participantes al menos había presentado un intento suicida, lo cual nos proporciona una alerta, ya que la OMS (2012) afirma que un 50% de las pacientes que se suicidan han presentado previamente tentativas suicidas. Así mismo más, del 25.0%-30.0% de las personas que intentaron suicidarse volverían a intentarlo al menos una vez más (APA, 2013/2014). Taliaferro y Muehlenkamp (2015) en una muestra similar a la de esta investigación, encontraron que más del 3.0% de los estudiante de primer ciclo reportaron autolesiones no suicidas y un tercio de estas personas también intentaron suicidarse. Estos hallazgos tienen una gran relevancia a nivel clínico y social, ya que el

suicidio representa un grave problema de salud pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo (Hawton y Van Heeringen, 2009). Es más, la OMS (2012), estima que por cada adulto que se suicida, 20 intentaron suicidarse y que para el año 2012 el suicidio fue la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años.

Identificado el porcentaje de riesgo suicidio, se definieron las variables asociadas a este fenómeno. La primera de ellas fue *la autoestima*, con una OR de 0.94 (IC 95% [0.91, 0.98]), que indica que los estudiantes universitarios con mayor autoestima tienen menor riesgo suicida, constituyendo un factor de protección. Estos resultados son consistentes con los estudios que relacionan la autoestima y el riesgo suicida, como los encontrados por Martin et al. (2005) y Merwin y Ellis (2004). El manifestar pensamientos negativos o ambivalentes sobre sí mismos (baja autoestima) no solo es considerado un factor de riesgo para el suicidio (Osnaya, Murillo, Avila y Pérez (2007), sino también para la presencia de ideaciones y conductas suicidas (Paladino y Minton, 2008). Un estudio en adolescentes analizó la relación existente entre baja autoestima y riesgo suicida, encontrando una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables (Rosselló y Hernández, 2004).

Otra variable asociada con el riesgo suicida fue *el apoyo social* percibido por los estudiantes, encontrando que éste actuó como un factor de protección; es decir, a medida que el apoyo social es mayor el riesgo suicida disminuye (OR = 0.98, IC 95% [0.97, 0.99]). De estos resultados se puede deducir, de forma acorde a lo encontrado en la literatura científica, que los sentimientos de soledad y no contar con apoyo cercano de ningún tipo, puede predisponer a las personas a experimentar desestabilidad emocional y, por ende, conducir a situaciones extremas como el suicidio. A este respecto, Osnaya et al. (2007),

encontraron una prevalencia de ideación suicida del 59.9%, determinando como variable asociada no contar con el apoyo social proveniente de familiares. De forma similar, Reyes y Del Cueto (2003) y Salvo y Melipillán (2008), identificaron que la ausencia de apoyo social y familiar tuvo una relación significativa con la conducta suicida.

En cuanto a la personalidad, en este estudio se encontró una asociación positiva entre el riesgo suicida y las variables de personalidad *neuroticismo* y *psicoticismo*, con una OR ajustada por el resto de variables de 1.53 (IC 95% [1.34, 1.74]) para el neuroticismo y 1.39 (IC 95% [1.14, 1.70]) para el psicoticismo. Estos resultados son acordes a estudios previos en los que se halló que los rasgos de personalidad asociados con el neuroticismo, especialmente las facetas depresivas y de ansiedad, mostraron una asociación positiva con las tendencias suicidas (Chioqueta y Stiles, 2005; Lester, 1987; Velting, 1999). Además, las conductas antisociales de la psicopatía (impulsividad, baja empatía y agresividad), que son características de las personas con rasgos de psicoticismo, también han sido asociadas al comportamiento suicida (Douglas, Herbozo, Poythress, Belfrage y Edens, 2006). Es más, tomando en cuenta que entre las características del psicoticismo se encuentran la impulsividad y agresividad, Fennig et al. (2005) y Horesh et al. (1999) hallaron que estos dos rasgos son frecuentemente relacionados con la conducta suicida.

Por último, en relación al *consumo actual del cigarrillos y alcohol*, se encontró que el 36.7% de los estudiantes universitarios habían consumido cigarrillos en los últimos 30 días, de estos el 9.6% consumieron de uno a más cigarrillos diarios. Con respecto al alcohol se determinó que el 74.2% de los jóvenes habían consumido alcohol en los últimos 30 días, y de estos el 25.3% lo hicieron al menos una vez por semana. Estas altas prevalencias de consumo son acordes con las encontradas a nivel internacional. En Europa

el Observatorio Español de las Drogas y Toxicomanías [OEDT] (2011), determinó para su población general entre 15 a 65 años, una prevalencia de por vida del 71.1% para el tabaco, 90.9% alcohol. Más concretamente, en Ecuador la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [ONUDD] (2008) situó la prevalencia de consumo en 19% para el cigarrillo y 13% para el alcohol. Sin embargo, para interpretar estos datos correctamente debemos tener en cuenta los distintos tramos de edad, dado que el consumo es más frecuente en adolescentes y jóvenes (APA, 2013/2014). De hecho, en relación a los estudiantes universitarios se encontraron cifras similares a las del presente estudio. En EEUU, una investigación en jóvenes universitarios identificó que el 7.1% fumadores habituales y 48.8% eran bebedores de riesgo (Locke et al., 2015). En Europa, se encontró una prevalencia de consumo que va desde el 29.3% para el tabaco y 78.6% para el alcohol (Arribas et al., 2011) hasta el 53.1% para el tabaco y 81.4% para el alcohol, (Vázquez et al., 2008).

Las variables asociadas al consumo actual de cigarrillo y alcohol fueron diversas. Así, la variable *sexo* se reportó con una asociación estadísticamente significativa tanto para el cigarrillo (OR = 0.29, IC 95% [0.21, 0.39]) como para el alcohol (OR = 0.53, IC 95% [0.38, 0.73]). Indicando una clara tendencia en cuanto a que pertenecer al sexo femenino disminuye el riesgo de consumo de cigarrillos y alcohol. Estos hallazgos son consistentes con algunos estudios que señalan que las mujeres han mantenido consumos inferiores que los hombres. Así, Brady y Randall (1999), afirman que los hombres son 2.3 veces más propensos que las mujeres a abusar o desarrollar una dependencia de las drogas, y aproximadamente tienen 4 veces más probabilidades de tener un trastorno de consumo de alcohol. En un estudio con estudiantes universitarios, Vázquez et al. (2008) corroboraron que existe un mayor consumo de cigarrillo y alcohol en hombres que en mujeres. Sin

embargo, los presentes hallazgos discrepan con los estudios que han encontrado que la prevalencia de consumo de estas sustancias es muy similar entre ambos sexos (Delgado et al., 2006) o incluso que en el caso del cigarrillo la prevalencia de consumo es mayor en las mujeres (García, Lloret y Espada, 2004).

La variable *edad* también se relaciona positivamente con el consumo de cigarrillo (OR = 1.56, IC 95% [1.14, 2.13]) y alcohol (OR = 1.44, IC 95% [1.01, 2.04]), así en estudiantes de 18 o más años existe un mayor riesgo de consumo de estas sustancias. Aunque la edad de inicio de consumo es cada vez más temprana en la sociedad actual (Vázquez et al., 2008), existen estudios que corroboran que a medida que aumenta la edad, hay una mayor tendencia permisiva y aceptación frente al consumo de drogas lícitas (cigarrillo y alcohol) e ilícitas (Jiménez y Bernal, 2005) y que durante la adolescencia a mayor edad, mayor consumo o mayor probabilidad de pasar a ser consumidor (Llorens, Palmer y Perelló, 2005; Pedrosa, 2009). Quizá estos hallazgos se deban a que la sociedad regula el consumo de sustancias a menores de 18 años. Concretamente, en Ecuador existen disposiciones legales frente a ello (prohibición de venta de alcohol o cigarrillo a menores de 18 años y su consumo en lugares públicos) (Art. 78., Código de la Niñez y Adolescencia, 2003).

El *estado civil* también se asoció de manera negativa con el consumo de alcohol (OR = 0.24, IC 95% [0.08, 0.73]), encontrando que los estudiantes que no están solteros tienen un menor riesgo de consumo de alcohol que los solteros, lo que es coherente con la literatura científica. Un estudio realizado en universitarios de primer ingreso, encontraron que la probabilidad del consumo de alcohol se reducía en las personas que declaraban estar casadas (Ausherman, Black, Rafiroiu y Kandakai, 2006; Díaz et al., 2008). Estos datos

pueden deberse a que las personas solteras suelen tener menores responsabilidades que los de otros estatus civiles (cónyuge, hijo/s).

Otra variable que mostró una asociación positiva con el consumo de cigarrillo, fueron los *ingresos mensuales familiares*. Los estudiantes con ingresos familiares mayores a 1041 dólares mostraron un mayor riesgo de presentar consumo de cigarrillos (OR = 1.56, IC 95% [1.15, 2.12]). Estos resultados son similares a los encontrados por Caballero, Madrigal, Hidalgo y Villaseñor (1999), quienes hallaron que en los estratos económicos alto y medio es mayor el consumo de tabaco y alcohol. Posiblemente esto es debido a la mayor disponibilidad económica para solventar los gastos que implican la compra y consumo de cigarrillos.

En relación a las variables *áreas de conocimiento* y consumo de cigarrillo, se encontró que el pertenecer a una carrera del área de ciencias de arte y letras (arquitectura, arte y diseño) disminuyó el riesgo de consumo de cigarrillos (OR = 0.50, IC 95% [0.25, 1.00]), mientras que pertenecer a carreras del área de ciencias económicas (administración de empresas, contabilidad y auditoría, hotelería y turismo, banca y finanzas, economía) aumentó el riesgo de consumo de alcohol (OR = 2.08, IC 95% [1.19, 3.64]).

Finalmente, en relación a las variables de personalidad, se hallaron asociaciones con el consumo de sustancias. Así *la extraversión* mostró una relación significativa tanto para el consumo de cigarrillos (OR = 1.10, IC 95% [1.01, 1.19]) como el de alcohol (OR = 1.10, IC 95% [1.01, 1.19]). Es decir, los estudiantes universitarios con rasgos extravertidos poseían un mayor riesgo de consumo de cigarrillos y alcohol. Por otra parte, *el psicoticismo* se asoció con el consumo de cigarrillos con una OR ajustada por el resto de

variables de 1.16 (IC 95% [1.01, 1.35]). Estos hallazgos son consistentes con otros estudios en los que los rasgos de extraversión constituyeron un predictor para el consumo de tabaco (Dinn, Aycicegi y Harris, 2004; Knyazev, 2004). Inglés et al. (2007) confirmaron un mayor riesgo de consumo de alcohol y tabaco en quienes tenían rasgos de extraversión, pero además encontraron que el tabaco se asoció con el neuroticismo y el alcohol con el psicoticismo. Una posible explicación a estos hallazgos es que en las personas extrovertidas, las conductas de reducción del daño frente al consumo de alcohol disminuyen significativamente, aumentando el riesgo a consumir alcohol (Hong y Paunonen, 2009; Raynor y Levine, 2009) y tabaco (Dinn et al., 2004; Knyazev, 2004).

Entre las fortalezas de este estudio cabe destacar el amplio tamaño de la muestra, el uso de instrumentos validados ampliamente reconocidos en el campo de estudio con adecuadas propiedades psicométricas, el uso de un protocolo de evaluación, el entrenamiento de los evaluadores y una baja tasa de rechazo de participación de 0.003% que es considerablemente inferior de la encontrada comúnmente en los estudios de prevalencia en salud mental. De este estudio se derivan importantes cuestiones para la investigación y la práctica clínica y educativa. Con respecto a las implicaciones en el campo de la investigación, este estudio ha permitido actualizar los conocimientos sobre la salud mental en los estudiantes universitarios e identificar los factores de riesgo y protección asociados. Esto sienta las bases para futuros estudios dirigidos a la población universitaria. Permite organizar las prioridades en la investigación de acuerdo a la prevalencia encontrada o diseñar intervenciones de prevención y tratamiento psicológico específicas tomando en cuenta los factores de riesgo y protección identificados. Además, cabe destacar la relevancia del estudio a nivel internacional. El hecho de contar con datos

que permitan comparar nuestra situación con la de otros países de Latinoamérica, constituye un aporte muy válido para futuras investigaciones.

Con respecto a las implicaciones clínicas y sociales, este estudio permite dirigir acciones encaminadas a la prevención y tratamiento de los trastornos mentales en los jóvenes universitarios tanto a nivel clínico como docente. Aporta indicadores claros sobre las necesidades en salud mental de la población universitaria que contribuirán significativamente al logro del objetivo de mejorar la calidad de vida de la población programado en el marco del Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, planteado por el Gobierno ecuatoriano (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SENPLADES] (2013). Además, la presente investigación es de los pocos estudios en salud mental que existen a nivel nacional en jóvenes universitarios de primer curso, y constituye un precedente sobre las necesidades de prevención y atención en salud mental en universitarios. Así mismo, los indicadores aquí identificados serán de gran utilidad para el Departamento de Bienestar Estudiantil de la Universidad Técnica Particular de Loja-UTPL, fortaleciendo la detección de necesidades y los programas de prevención primaria y atención universitaria.

En este estudio es importante tener en cuenta, sin embargo, algunas limitaciones. Este estudio es transversal, y como consecuencia, las relaciones analizadas no pueden demostrar causalidad. Por otra parte, al ser un estudio con instrumentos de autoinformes y autoaplicados, se corre el riesgo de no obtener la necesaria sinceridad y seriedad de los encuestados. Futuras investigaciones con instrumentos heteroadministrados y entrevistas clínicas podrían ayudar a completar y contrastar la información obtenida. El estudio fue realizado en la Universidad Técnica Particular de Loja (Ecuador), por lo que los resultados

encontrados pueden no ser generalizables a otro tipo de universidades o a otros países. Sin embargo, al ser un estudio con rigor científico, puede ser un excelente referente para replicarlo en otras universidades de Ecuador u otros países. Por último, se recomienda seguir realizando anualmente una réplica de esta investigación en nuestra Universidad, con la finalidad de mantenernos informados sobre el estado de salud mental de nuestros estudiantes y sus necesidades, así como los factores de riesgo y protección asociados.



V. CONCLUSIONES



Considerando los resultados hallados en este estudio, se establecen las siguientes conclusiones:

1. Perfil sociodemográfico, académico y clínico de la muestra

- En relación al perfil sociodemográfico, los estudiantes universitarios que participaron en la presente investigación fueron en un mayor porcentaje del sexo femenino, con una media de edad de 18 años, estado civil soltero, mestizos, con ingresos mensuales familiares menores a 1040 dólares y sin un estado laboral activo.
- Respecto al perfil académico de los participantes, las mayoría pertenecían a carreras del área *ciencias de la vida* (biología, bioquímica y farmacia, gestión ambiental, ingeniería agropecuaria), seguidos por *ciencias tecnológicas* (geología y minas, electrónica, industrias agropecuarias, ingeniería química, ingeniería en informática).

El perfil clínico que presentaron los estudiantes universitarios se situó en de buena autoestima, con un apoyo social percibido entre medio y alto, en su mayoría con presencia de más de seis acontecimientos vitales estresantes en el último año, destacando como rasgo principal de personalidad la extraversión y mayoritariamente sin haber presentado antecedentes de problemas psicológicos previos.

2. Prevalencia de trastornos mentales en los estudiantes

- Respecto a las prevalencias de los distintos trastornos, encontramos que el 6.2% de los estudiantes cumplía los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor, un 2.2% presentaba trastorno de pánico, un 32.0% presentaba riesgo de padecer un trastorno alimentario, un 13.1% presentaba riesgo suicida, un 36.7% habían consumido cigarrillos en los últimos 30 días y un 74.2% habían consumido alcohol en los últimos 30 días.

3. Variables sociodemográficas, académicas y clínicas asociadas a los trastornos mentales

- En cuanto a las variables asociadas con la depresión mayor, encontramos que la autoestima es un factor protector frente a este trastorno; mientras que el neuroticismo como rasgo de personalidad y el tener antecedentes de problemas psicológicos son factores de riesgo para el desarrollo de depresión mayor.
- En el trastorno de pánico, se determinó que la autoestima es un factor protector y que, tener un mayor número de acontecimientos vitales estresantes y el neuroticismo como rasgo de personalidad son factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno de pánico.
- En los trastornos alimentarios encontramos que pertenecer a carreras del área de conocimiento de “ciencias de la salud” (medicina y psicología) y la autoestima, son factores protectores frente a estos trastornos. Y que, el sexo femenino, un mayor número de acontecimientos vitales estresantes y el neuroticismo como rasgo de

personalidad, funcionan como factores de riesgo frente al riesgo de desarrollar trastornos alimentarios.

- En relación al riesgo suicida, se halló que la autoestima y el apoyo social son factores protectores frente a este y que, el neuroticismo y psicoticismo como rasgos de personalidad actúan como factores de riesgo frente al riesgo suicida.
- Con respecto al consumo de cigarrillos, se determinó que pertenecer al sexo femenino, el apoyo social y ser parte de alguna de las carreras del área de conocimiento “ciencias de arte y letras” (arquitectura y arte y diseño), funcionan como factores protectores frente al consumo de cigarrillo. Por otro lado, el ser mayor de 18 años, tener mayor cantidad de ingresos mensuales familiares y la extraversión y psicoticismo como rasgos de personalidad, son factores de riesgo para el desarrollo de consumo de cigarrillo.
- Finalmente, en lo que respecta al consumo de alcohol, se encontró que el sexo femenino y pertenecer a cualquier otro estado civil que no sea soltero, son factores protectores frente al consumo de alcohol. Y que, ser mayores de 18 años, pertenecer a carreras del área “ciencias económicas” (administración de empresas, contabilidad y auditoría, hotelería y turismo, banca y finanzas, economía) y la extraversión como rasgo de personalidad funcionan como un factor de riesgo frente al consumo de alcohol.

VI. REFERENCIAS



Abeldaño, R.A., Fernández, A.R., Ventura, C.A.A., y Estario, J.C. (2013). Consumo de sustancias psicoactivas en dos regiones argentinas y su relación con indicadores de pobreza. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 899-908.

Alves, E., Vasconcelos, F. D. A. G. D., Calvo, M. C. M., y Neves, J. D. (2008). Prevalence of symptoms of anorexia nervosa and dissatisfaction with body image among female adolescents in Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 503-512.

Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Berglund, P., Bijl, R.V., De Graaf, R., Vollebergh, W., Dragomiecka, E., Kohn, R., Keller, M., Kessler, R., Kawakami, N., Kilic, C., Offord, D., Bedirhan, T., y Wittchen, H-U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 3-21.

Ángel, L. A., Martínez, L. M., & Gómez, M. T. (2010). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en estudiantes de bachillerato. *Revista de la Facultad de Medicina*, 56, 193-210.

Ángel, L. A., Vásquez, R., Chavarro, K., Martínez, L. M., & García, J. (1997). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario. *Acta Médica Colombiana*, 22, 111-119.

Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2000). *Assessing phobic disorders*. Washington, DC, US: American Psychological Association, XII, 422 pp.

Antúnez, Z., & Vinet, E. V. (2013). Mental health problems among students of a regional Chilean university. *Revista Médica de Chile*, 141, 209–216.

Arechabala, M. C., & Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. *Ciencia y enfermería*, 8, 49-55.

Aronson, T. A., & Logue, C. M. (1987). On the longitudinal course of panic disorder: developmental history and predictors of phobic complications. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 344–355.

Arribas, C., Casas, M. J., Gavira, C., Gómez, A., González, C., Marchena, E., Novalbos, J., O'Ferrall, C., & Romero, J. (2011). *Consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios: Estudio cuantitativo y cualitativo sobre prevalencia y motivaciones para el consumo en la Universidad de Cádiz*. Cádiz, España: Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz.

Arrieta, K., Díaz, S., & González, F. (2013). Symptoms of Depression, Anxiety and Stress Among Dental Students: Prevalence and Related Factors. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42, 173-181.

Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4, 37.

Asociación Americana de Psiquiatría. [APA]. (2000 / 2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.

Asociación de Psiquiatría Americana [APA] (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana. (Original publicado en 2013).

Atienza, F. L. Moreno, Y., y Balaguer, I.(2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 22, 29-42.

Ausherman, J., Black, J. M., Rafiroiu, C. A., & Kandakai, T. L. (2006). Behavioral outcomes of urban college students' alcohol use. *American Journal of Health Studies*, 21, 69-78.

Ayuso-Mateos, J.L., Vázquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa. L., Page, H., Dunn. G., & Gregwilkinson (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316.

Baca, E., & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud mental*, 37, 373-380.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.

Barlow, D., & Durand, V. (2011). *Abnormal psychology: An integrative approach*. Boston: Cengage learning.

Batelaan, N., Smit, F., de Graaf, R., van Balkom, A., Vollebergh, W., & Beekman, A. (2007). Economic costs of full-blown and subthreshold panic disorder. *Journal of Affective disorders*, 104, 127-136.

Batelaan, N. M., de Graaf, R., Spijker, J., Smit, J. H., van Balkom, A. J. L. M., Vollebergh, W. A. M., & Beekman, A. T. F. (2010). The course of panic attacks in individuals with panic disorder and subthreshold panic disorder: a population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 121, 30-8.

Batugün, A. D. (2005). Suicide probability: a study on reasons for living, hopelessness and loneliness. *Turkish Journal of Psychiatry*, 16, 1-10.

Bazán, S. O., Cabrera, J., Huamán, F., López, G., & Martín, P. (2011). Factores asociados a trastornos alimenticios en estudiantes universitarios. Libro de Resúmenes de la I Jornada Científica San Martiniana del Norte. Chiclayo-Perú: Universidad San Martín de Porres-Filial Norte.

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Behar, R., A., Arriagada, S. M., & Casanova, Z. D. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos: Un estudio comparativo. *Revista Médica de Chile*, 133, 1407–1414.

Benda, B. B. (2005). The robustness of self-control in relation to form of delinquency. *Youth & Society*, 36, 418-444.

Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., y Medina-Mora, M. E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud mental*, 35, 483-490.

Bergen, H. A., Martin, G., Richardson, A. S., Allison, S., & Roeger, L. (2003). Sexual abuse and suicidal behavior: A model constructed from a large community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1301-1309.

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N., De Silva, D., Tran. H., Thanh. T., Phillips. M., Schlebusch. L., Varnik. A., Vijayakumar. L., & Wasserman, D. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine*, 35, 1457-1465.

Best, D., Manning, V., Gossop, M., Witton, J., Floyd, K., Rawaf, S., & Strang, J. (2004). Adolescent psychological health problems and delinquency among volatile substance users in a school sample in South London. *Drugs: Education, Prevention, and Policy, 11*, 473-482.

Bienvendu, O. J., Samuels, J. F., Costa, P. T., Reti, I. M., Eaton, W. W., & Nestadt, G. (2004). Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: A higher-and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depression and anxiety, 20*, 92-97.

Bifulco, A., Brown, G. W., & Adler, Z. (1991). Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *The British Journal of Psychiatry, 159*, 115-122.

Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Liu, S.-M., & Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers: results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry, 65*, 1429-37.

Boland, R. & Keller, (2009). Course and outcome of depression. Handbook of depression. En I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.). *Handbook of depression*, (2 ed), pp. 23-43. New York: Guilford.

Borges G & Rosovsky H. (1996). Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 57*, 543-548.

Brady, K. T., & Randall, C. L. (1999). Gender differences in substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 22, 241-252.

Breier, A. (1986). Agoraphobia With Panic Attacks. *Archives of General Psychiatry*, 43, 1029-1036.

Brener, N. D., Hassan, S. S., & Barrios, L. C. (1999). Suicidal ideation among college students in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 1004-1008.

Brown, G. W., & Harris, T. (1978). Social origins of depression: a reply . *Psychological Medicine*, 8, 577-588.

Brown, G. W., Harris, T. O., & Eales, M. J. (1996). Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 50-57.

Brown, M., Smits, J. A., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2003). Differential sensitivity of the three ASI factors in predicting panic disorder patients' subjective and behavioral response to hyperventilation challenge. *Journal of anxiety disorders*, 17, 583-591.

Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., Shea, M. T., & Keller, M. B. (2008). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Focus*, 6, 539-548.

Bruner, C. A., Acuña, L., Gallardo, L. M., Atri, R., Hernández, A., Rodríguez, W., & Robles, G. (1994). La escala de reajuste social (SRRS) de Holmes y Rahe en México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 26(2), 253-269.

Burke, K. C. (1990). Age at Onset of Selected Mental Disorders in Five Community Populations. *Archives of General Psychiatry*, 47, 511-518

Buckner, J. D., Silgado, J., & Lewinsohn, P. M. (2010). Delineation of differential temporal relations between specific eating and anxiety disorders. *Journal of psychiatric research*, 44, 781-787.

Bustos, G. J., Romero, A., & Campo, A. (2011). Asociación entre percepción de estrés y riesgo de trastorno de comportamiento alimentario. *Revista Científica Salud Uninorte*, 27, 30-35.

Caballero, R., Madrigal, E., Hidalgo, A., & Villaseñor, A. (1999). El consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, en los adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos de Guadalajara. *Salud Mental*, 22, 1-8.

Caicedo, M. I. E., & Ruiz, M. D. C. J. (2012). Dimensiones psicopatológicas en estudiantes universitarios. *Revista CES Psicología*, 5, 65-76.

Caldwell, C.B., & Gottesman, I.I. (1990) Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 571-589.

Calvete, E., & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, *21*, 49-56.

Carrera, M, Herrán, A., Ramírez, M. L., Ayestarán, A., Sierra-Biddle, D., Hoyuela, F., Rodrihuez-Cabo, B., & Vazquez-Barquero, J. L. (2006). Personality traits in early phases of panic disorder: implications on the presence of agoraphobia, clinical severity and shortterm outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *114*, 417-425.

Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control (2006). *Suicide Outcomes*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>.

Chambless, D. L., Hunter, K., & Jackson, A. (1982). Social anxiety and assertiveness: A comparison of the correlations in phobic and college student samples. *Behaviour Research and Therapy*, *20*, 403-404.

Chassin, L., Pitts, S. C., DeLucia, C., & Todd, M. (1999). A longitudinal study of children of alcoholics: predicting young adult substance use disorders, anxiety, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*, 106-119.

Chávez, H., Samaniego, N., & Aguilar, E. (2005). *Manual de atención primaria en salud mental*. Recuperado de: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Programas/saludmental/manual_atencion_primaria_salud_mental.pdf.

Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2005). Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Personality and Individual Differences*, 38, 1283-1291.

Choi, M.K. (2003). Symptoms, depression, and coping behaviors of university students. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 33, 433–439.

Chorpita, B. F., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1998). Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety. *Behavior Therapy*, 29(3), 457–476.

Código de la Niñez y Adolescencia, (2003). Art.78, *Ley No. 100*. en Registro Oficial 737 (3 de Enero del 2003). Recuperado de http://www.oei.es/quipu/ecuador/Cod_ninez.pdf.

Cooper, B. (1979). *Suicides*. New York City: Basic Books, 474 pp. (original version of *Les Suicides*, 1975 by Baechler, J.).

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2008). The revised neo personality inventory (neo-pi-r). *The SAGE handbook of personality theory and assessment*, 2, 179-198.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos [CICAD/OEA]. (2012). *II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Regional*. Recuperado de <http://www10.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2013/11477.pdf>.

Consejo de Educación Superior del Ecuador [CES] (2015). *Noticias: el Consejo de Educación Superior aprueba el reglamento de aranceles de las instituciones de educación superior particulares*. Recuperado de <http://www.conocimiento.gob.ec/el-consejo-de-educacion-superior-aprueba-el-reglamento-de-aranceles-de-las-instituciones-de-educacion-superior-particulares/>.

Consejo de Educación Superior [CES], (2014). *Actas y Resoluciones*. Recuperado de <http://www.ces.gob.ec/gaceta-oficial/actas-y-resoluciones/sesiones-ordinarias/2014>.

Craske, M. G. y Barlow, D. H. (1993). *Panic disorder and agoraphobia*. En D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª edición). Nueva York: Guilford.

Craske, M. G., Miller, P. P., Rotunda, R., & Barlow, D. H. (1990). A descriptive report of features of initial unexpected panic attacks in minimal and extensive avoiders. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 395–400.

Cuijpers, P., Van Straten, A., & Smit, F. (2005). Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 119-125.

Curran, T. A., Gawley, E., Casey, P., Gill, M., & Crumlish, N. (2009). Depression, suicidality and alcohol abuse among medical and business students. *Irish Medical Journal*, 102, 249-252.

Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., & Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 132-135.

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, 147-172.

Davey, G. C., & Chapman, L. (2009). Disgust and eating disorder symptomatology in a non-clinical population: The role of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Clinical psychology & psychotherapy*, 16, 268-275.

Delgado, B., Bautista, R., Inglés, C. J., Espada, J. P., Torregrosa, M. S., & García-Fernández, J. M. (2006). Gender differences in alcohol and tobacco use in students of secondary education/Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de educación secundaria obligatoria. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 5.

Delgado-Rodríguez, M., Gómez-Ortega, A., Mariscal-Ortiz, M., Palma-Pérez, S., & Sillero-Arenas, M. (2003). Alcohol drinking as a predictor of intensive care and hospital mortality in general surgery: a prospective study. *Addiction*, 98, 611-616.

Díaz, A., Díaz, L. R., Hernández-Ávila, C. A., Narro, J., Fernández, H., & Solís, C. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Salud Mental*, 31, 271-282.

Dick, C. L., Bland, R. C., & Newman, S. C. (1994). Panic Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 45–53.

Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63, 679-686.

Diekstra, R. F. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 9-20.

Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.

Dinn, W. M., Aycicegi, A., & Harris, C. L. (2004). Cigarette smoking in a student sample: neurocognitive and clinical correlates. *Addictive Behaviors*, 29, 107-126.

Douglas, K. S., Herbozo, S., Poythress, N. G., Belfrage, H., & Edens, J. F. (2006). Psychopathy and suicide: A multisample investigation. *Psychological Services*, 3, 97-116.

Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., & Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American journal of preventive medicine*, 28, 430-438.

Durkee, T., Hadlaczky, G., Westerlund, M., & Carli, V. (2011). Internet pathways in suicidality: a review of the evidence. *International journal of environmental research and public health*, 8, 3938-3952.

Durkheim, E. (2008). *El suicidio* (6ª ed.). Madrid: Akal.

Eaton, W. W., Kessler, R. C., Wittchen, H. U., & Magee, W. J. (1994). Panic and panic disorder in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 41, 413-420.

Ebmeier, P., Donaghey, C., & Steele, J.D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *The Lancet*, 367, 153-167.

Edwards, A. C., & Kendler, K. S. (2012). A twin study of depression and nicotine dependence: Shared liability or causal relationship?. *Journal of Affective Disorders*, 142, 90-97.

Egan, V., & Hamilton, E. (2008). Personality, mating effort and alcohol-related violence expectancies. *Addiction Research & Theory*, 16, 369-381.

Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 534-542.

Eisenberg, D., Hunt, J., & Speer, N. (2013). Mental Health in American Colleges and. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 201, 60-67.

Eisenberg, D., Nicklett, E. J., Roeder, K., & Kirz, N. E. (2011). Eating disorder symptoms among college students: Prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *Journal of American College Health, 59*, 700-707.

Enoch, M. A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology, 214*, 17-31.

Ernst, M., Kimes, A. S., London, E. D., Matochik, J. A., Eldreth, D., Tata, S., Tata, S., Contoreggi, C., Leff, M., & Bolla, K. (2003). Neural substrates of decision making in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1061-1070.

Espada, J. P., Sussman, S., Huedo, T. B., & Alfonso, J. P. (2011). Relation between substance use and depression among Spanish adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11*, 79-90.

Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review, 24*, 957-79.

Evans, S. C., Reed, G. M., Roberts, C. M., Esparza, P., Watts, A. D., Correia, J. M., Ritchie, P., Maj, M., & Saxena, S. (2013). Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: Results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *International Journal of Psychology, 48*, 177-193.

Evren, C., Çetin, R., Dalbudak, E., Durkaya, M., Çakmak, D., & Flannery, B. (2009). Relationship of Cloninger? personality dimensions with alcohol craving in male alcohol dependent inpatients. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 19, 373-381.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General psychiatry*, 57, 659-665.

Farand, L., Renaud, J., & Chagnon, F. (2004). Adolescent suicide in Quebec and prior utilization of medical services. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 95, 357-360.

Faravelli, C., & Paionni, A. (2001). Panic disorder: clinical course, morbidity and comorbidity. *An Introduction to Clinical Management and Research*, 53, 51-79.

Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of chronic diseases*, 23 (7), 455-468.

Feldman, L. A., & Gotlib, I. H. (1993). *Social dysfunction*. Oxford, England: John Wiley & Sons.

Fennig, S., Geva, K., Zalzman, G., Weitzman, A., Fennig, S., & Apter, A. (2005). Effect of gender on suicide attempters versus nonattempters in an adolescent inpatient unit. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 90-97.

Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2008). Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: Relevance for nosology and diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 577-586.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011. La adolescencia: una época de oportunidades*. Recuperado de http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf.

Francis, L. J., Brown, L. B., & Philipchalk, R. (1992). The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): Its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Personality and individual differences*, 13, 443-449.

Frank, E., Kupfer, D. J., Wagner, E. F., McEachran, A. B., & Comes, C. (1991). Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression: contributing factors. *Archives of General Psychiatry*, 12, 1053-1059.

Franko, D. L., Keel, P. K., Dorner, D. J., Blais, M. A., Delinsky, S. S., Eddy, K. T., Charat, V., Renn, R., & Herzog, D. B. (2004). What predicts suicide attempts in women with eating disorders?. *Psychological Medicine*, 34, 843-853.

Friedman, S., Smith, L., & Fogel, D. (1999). Suicidality in panic disorder: a comparison with schizophrenic, depressed, and other anxiety disorder outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 447-461.

Galaif ER, Sussman S, Chou C, & Wills TA (2003). Longitudinal relations among depression, stress, and coping in high risk youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 243-258.

García, J. A., Lloret, D., & Espada, J. P. (2004). Prevalencia del consumo de tabaco en población universitaria. *Salud y Drogas*, 4, 19-38.

Garcia-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., Ibáñez, J. A., Lou, S., Solano, V., & Alda, M. (2005). Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *Journal of psychosomatic research*, 59, 51-55.

Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C.B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25, 482-488.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.

Gerlsma, C., & Emmelkamp, P. M. G. (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10, 251-277.

Gillham, J.E. (2003). Targeted prevention is not Enough, *Prevention and treatment*, 6. Article 17. Recuperado de <http://journals.apa.org/prevention/volume6/pre0060017c.html>.

Gittelman, R., & Klein, D. F. (1984). Relationship between Separation Anxiety and Panic and Agoraphobic Disorders. *Psychopathology*, 17, 56–65.

Gochmour, K. E. (2006). *Eating disorder risk in subgroups of college freshmen women*. [Doctoral dissertation, Brigham Young University]. Recuperada de <http://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1511&context=etd>.

Goisman, R. M., Rogers, M. P., Steketee, G. S., Warshaw, M. G., Cuneo, P., & Keller, M. B. (1993). Utilization of behavioral methods in a multicenter anxiety disorders study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 213-218.

Goisman, R. M., Warshaw, M. G., Peterson, L. G., Rogers, M. P., Cuneo, P., Hunt, M. F., Tomlin-Albanese, J. M., Kazim, A. M., Gollan, J. K., Epstein-Kaye, T. B., Reich, J.H., & Keller, M. B. (1994). Panic, agoraphobia, and panic disorder with agoraphobia: data from a multicenter anxiety disorders study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 72-79.

Gonçalves, J. D. A., Moreira, E. A. M., Trindade, E. B. S. D. M., & Fiates, G. M. R. (2013). Eating disorders in childhood and adolescence. *Revista Paulista de Pediatria*, 31, 96-103.

Góngora, V. C., & Casullo, M. M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26, 183-205.

Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2004). Panic attacks and the risk of depression among young adults in the community. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73, 158-165.

Goodwin, R. D., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (2005). Cigarette smoking and panic attacks among young adults in the community: the role of parental smoking and anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 58, 686-693.

Gossop, M. E. (1989). *Relapse and addictive behaviour*. New York, NY: Tavistock/Routledge.

Grant, V. V., Stewart, S. H., O'Connor, R. M., Blackwell, E., & Conrod, P. J. (2007). Psychometric evaluation of the five-factor Modified Drinking Motives Questionnaire Revised in undergraduates. *Addictive Behaviors*, 32, 2611-2632.

Grilo, C. M., Pagano, M. E., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H., Gunderson, J. G., & Stout, R. L. (2007). Natural course of bulimia nervosa and of eating disorder not otherwise specified: 5-year prospective study of remissions, relapses, and the effects of personality disorder psychopathology. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 738-746.

Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D., & Boergers, J. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1062-1069.

Haley, C. C., Hedberg, K., & Leman, R. F. (2010). Disordered eating and unhealthy weight loss practices: which adolescents are at highest risk? *Journal of Adolescent Health*, 47, 102-105.

Haliburn, J. (2000). Reasons for adolescent suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 13-14.

Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.

Hawton, K. y Van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.

Hernández-Serrano, O., Font-Mayolas, S., & Gras, M. E. (2015). Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 27, 205-213.

Herzog, D. B., Dorer, D. J., Keel, P. K., Selwyn, S. E., Ekeblad, E. R., Flores, A. T., Greenood, D. N., Burwell, R. A., & Keller, M. B. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 829-837.

Hirschfeld, R.M., & Weissman, M.M. (2002). Risk factors for major depression and bipolar disorder. In K.L. Davis, D. Charney, & J.T. Coyle (Eds.), *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress* (pp. 1017-1025). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*, 34, 383-396.

Hong, R. Y., & Paunonen, S. V. (2009). Personality traits and health-risk behaviours in university students. *European Journal of Personality*, 23, 675-696.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11, 213-218.

Hölzel, L., Härter, M., Reese, C., & Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression -A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 129, 1–13.

Horesh, N., Gothelf, D., Ofek, H., Weizman, T., & Apter, A. (1999). Impulsivity as a correlate of suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 20, 8-14.

Huas, C., Godart, N., Caille, A., Pham Scottez, A., Foulon, C., Divac, S. M., ... & Rouillon, F. (2013). Mortality and its predictors in severe bulimia nervosa patients. *European Eating Disorders Review*, 21, 15-19.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, *61*, 348-358.

Huebner, A. J., Shettler, L., Matheson, J. L., Meszaros, P. S., Piercy, F. P., & Davis, S. D. (2005). Factors associated with former smokers among female adolescents in rural Virginia. *Addictive Behaviors*, *30*, 167-173.

Hyman, S. M., & Sinha, R. (2009). Stress-related factors in cannabis use and misuse: implications for prevention and treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *36*, 400-413.

Iketani, T., Kiriike, N., Stein, M. B., Nagao, K., Minamikawa, N., Shidao, A., & Fukuhara, H. (2004). Patterns of axis II comorbidity in early-onset versus late-onset panic disorder in Japan. *Comprehensive psychiatry*, *45*, 114-120.

Iketani, T., Kiriike, N., Stein, M. B., Nagao, K., Nagata, T., Minamikawa, N.,...& Fukuhara, H. (2002). Relationship between perfectionism, personality disorders and agoraphobia in patients with panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106*, 171-178.

Inglés, C. J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M. S., Espada, J. P., García-Fernández, J. M., Hidalgo, M. D., & García-López, L. J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *7*, 403-420.

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) (2004). *Health care guideline: major depression in adults in primary care* (9^a ed.). Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement; (ICSI).

Institute for Clinical Systems Improvement. (2004). Health care guideline: major depression in adults in primary care (9na edición ed.). Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement.

Instituto Nacional de Estadística (INE), (2013). *Defunciones según la causa de muerte 2013. España*. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>.

Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 19-65.

Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E., y Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: Editorial UOC.

Jiménez, M. D. L. V. M., & Bernal, A. O. (2005). Análisis diferencial por niveles de edad de las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.

Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 600-606.

Judd, L. L., Akiskal, H. S., Maser, J. D., Zeller, P. J., Endicott, J., Coryell, W., Martin, P. P., Kunovac, J. L., Leon, A. C., Muller, T. I., Rice, J. A., & Keller, M. B. (1998). Major depressive disorder: A prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *Journal of Affective Disorders*, *50*, 97–108.

Judd, L. L., Rapaport, M. H., Paulus, M. P., & Brown, J. L. (1994). Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, *1*, 18-28.

Kaelber, C.T., Moul, D.E., & Farmer, M.E. (1995). Epidemiology of depression. In E.E. Beckham & W.R. Leber (Eds), *Handbook of depression* (2^a ed., pp. 3-34). New York: Guilford Press.

Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A. E., Johnson, J. G., Smailes, E., & Brook, J. S. (2001). Childhood depression and adult personality disorder: alternative pathways of continuity. *Archives of General Psychiatry*, *58*, 231-236.

Katerndahl, D. A., & Realini, J. P. (1993). Lifetime prevalence of panic states. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 246-246.

Katon, W., Lin, E., von Korff, M., Bush, T., Walker, E., Simon, G., & Robinson, P. (1994). The predictors of persistence of depression in primary care. *Journal of Affective Disorders*, *31*, 81–90.

Katschnig, H., & Amering, M. (1998). The long-term course of panic disorder and its predictors. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *18*, 6S-11S.

Kaya, M., Genc, M., Kaya, B., & Pehlivan, E. (2007). Prevalence of depressive symptoms, ways of coping, and related factors among medical school and health services higher education students. *Turkish Journal of Psychiatry, 18*, 1-9.

Keel, P. K., Dorer, D. J., Eddy, K. T., Franko, D., Charatan, D. L., & Herzog, D. B. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Archives of General Psychiatry, 60*, 179-183.

Keel, P. K., Gravener, J. A., Joiner, T. E., & Haedt, A. A. (2010). Twenty year follow up of bulimia nervosa and related eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders, 43*, 492-497.

Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L., & Crow, S. J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 56*, 63-69.

Keller, M. B. (1994). Course, outcome and impact on the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89*, 24-34.

Keller, M. B., & Hanks, D. L. (1993). Course and outcome in panic disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 17*, 551-570.

Keller, M. B., Hanks, D. L., & Klein, D. N. (1996). Summary of the DSM-IV mood disorders field trial and issue overview. *Psychiatric Clinics of North America, 19*, 1-28.

Keller, M.B., Lavori, P.W., Mueller, T.I., Endicott, J., Coryell, W., Hirschfeld, R.M., & Shea, T. (1992). Time to recovery, chronicity and levels of psychopathology in

major depression: a 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Archives of General Psychiatry*, 49, 809-816.

Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., bulik, C. M., Kaprio, J., & Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1259-1265.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J. J., Dewit, D. J., Kolody, B., Merikangas, K. R., Molnar, B. E., Vega, W. A., Walters, E. E., Hans-Ulrich, W., & Ustun, T. B. (2001). Mental-substance comorbidities in the surveys (English). *Psychiatria Fennica*, 32, 62-79.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R. K., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.

Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56, 617-626.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 617-627.

Kessler, R. C., Gruber, M., Hettema, J. M., Hwang, I., Sampson, N., & Yonkers, K. A. (2008). Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine*, *38*, 367-374.

Kessler, R. C., Stang, P. E., Wittchen, H. U., Ustun, T. B., Roy-Burne, P. P., & Walters, E. E. (1998). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 801-808.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Nelson, C. B., Hughes, M., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1994). Sex and depression in the National Comorbidity Survey. II: Cohort effects. *Journal of Affective Disorders*, *30*, 15-26.

Kienhorst, C. W., De Wilde, E. J., Van den Bout, J., Diekstra, R. F., & Wolters, W. H. (1990). Characteristics of suicide attempters in a population-based sample of Dutch adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, *156*, 243-248.

King, K. M., & Chassin, L. (2007). A Prospective Study of the Effects of Age of Initiation of Alcohol and Drug Use on Young Adult Substance Dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *68*, 256-265.

King, M. K., Schmalting, K. B., Cowley, D. S., & Dunner, D. L. (1995). Suicide attempt history in depressed patients with and without a history of panic attacks. *Comprehensive psychiatry*, 36, 25-30.

Klein, D.F. (1981). Anxiety reconceptualized. En D.F. Klein & J. Rabkin (Eds.), *Anxiety: new research and changing concepts* (pp.235-265). New York: Raven Press.

Klerman, G.L., Lavori, P.W., Rice, J., Reich, T., Endicott, J., Andreasen, N.C., Keller, M. B., & Hirschfield, R.M. (1985). Birth-cohort trends in rates of major depressive disorder among relatives of patients with affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 689-693.

Knyazev, G. G. (2004). Behavioural activation as predictor of substance use: mediating and moderating role of attitudes and social relationships. *Drug and Alcohol Dependence*, 75, 309-321.

Kohn, R., Levav, I., Miguel, J., Caldas, J.M., , Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Shekhar, S., & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe : asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 229-240.

Kolb, B., & Wishaw, I. Q. (2006). *Neuropsicología humana* (5ª Ed.) Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Kushner, M. G., Abrams, K., & Borchardt, C. (1993). Lifetime prevalence of panic states. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 246–249.

Lammers, J., Goossens, F., Lokman, S., Monshouwer, K., Lemmers, L., Conrod, P., Wiers, R., Engels, R., & Kleinjan, M. (2011). Evaluating a selective prevention programme for binge drinking among young adolescents: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, *11*, 126-132.

Landeta, O., & Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido. *Ansiedad estrés*, 173-182.

Latas, M., Starcevic, V., Trajkovic, G., & Bogojevic, G. (2000). Predictors of comorbid personality disorders in patients with panic disorder with agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, *41*, 28-34.

Lawler, M., & Nixon, E. (2011). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, *40*, 59-71.

Leija, M., Saucedo, J. M., & Ulloa, R. E. (2011). Características familiares y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes internadas en un hospital psiquiátrico. *Salud Mental*, *34*, 203-210.

Lester, D. (1987). Suicide and homicide in USA prisons. *Psychological Reports*, *61*, 126-126.

Lewinsohn, P. M., Zinbarg, R., Seeley, J. R., Lewinsohn, M., & Sack, W. H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 377-394.

Ley Orgánica de Educación Superior [LOES] (2010). Art. 77. Suplemento – Registro oficial N°298 (Martes 12 de octubre de 2010). Quito-Ecuador. Recuperado de http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Ecuador/Ecuador_Ley_organica_educacion_superior.pdf.

Llorens, N., Palmer, A., & Perelló, M. J. (2005). Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos, 7*, 90-96.

Locke, G. W., Shilkret, R., Everett, J. E., & Petry, N. M. (2015). Interpersonal guilt and substance use in college students. *Substance Abuse, 36*, 113-118.

Luoma, J.B., Martin, C.E., & Pearson, J.L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry, 159*, 909-916.

MacLaren, V. V., & Best, L. A. (2009). Female students' disordered eating and the big five personality facets. *Eating Behaviors, 10*, 192-195.

Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *53*, 159-168.

Makino, M., Hashizume, M., Yasushi, M., Tsuboi, K., & Dennerstein, L. (2006). Factors associated with abnormal eating attitudes among female college students in Japan. *Archives of Women's Mental Health*, *9*, 203-208.

Mancevska, S., Bozinovska, L., Tecce, J., Pluncevik, G., & Sivevska-Smilevska, L. (2008). Depression, anxiety and substance use in medical students in the republic of Macedonia. *Bratislavske Lekarske Listy*, *109*, 568-572.

Margraf, J., Barlow, D. H., Clark, D. M., & Telch, M. J. (1993). Psychological treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 1-8.

Markowitz, J. S., Weissman, M. M., Ouellette, R., Lish, J. D., & Klerman, G. L. (1989). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 984-992.

Marks, I., & Lader, M. (1973). Anxiety states (anxiety neurosis): a review. *The Journal of nervous and mental disease*, *156*, 3-18.

Martens, M. P., Martin, J. L., Hatchett, E. S., Fowler, R. M., Fleming, K. M., Karakashian, M. A., & Cimini, M.D. (2008). Protective behavioral strategies and the relationship between depressive symptoms and alcohol-related negative consequences among college students. *Journal of Counseling Psychology*, *55*, 535.

Martin, G., Richardson, A. S., Bergen, H. A., Roeger, L., & Allison, S. (2005). Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: implications for teachers. *Journal of Adolescence*, 28, 75-87.

Mase, T., Miyawaki, C., Kouda, K., Fujita, Y., Ohara, K., & Nakamura, H. (2013). Relationship of a desire of thinness and eating behavior among Japanese underweight female students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18, 125-132.

Massion, A. O., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 1512-1512.

McCarthy, J., & Salotti, M. A. (2006). A Community Approach to Suicide Prevention: A Look at American Campuses. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 16, 257-264.

McElroy, S. L., Frye, M. A., Helleman, G., Altshuler, L., Leverich, G. S., Suppes, T., Keck, p. E., Nolen, W. A., Kupka, R., & Post, R. M. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 128, 191-198.

McEwen, B. S. (2012). Brain on stress: How the social environment gets under the skin. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 109(Suppl 2), 17180–17185.

Medina-Mora, M. E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., & Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24, 3-19.

Mejía, H. D. C., Díaz, A. D., Sierra, C. M., & Monsalve, J. G. M. (2003). Trastornos de la alimentación: su prevalencia y principales factores de riesgo—estudiantes universitarias de primer y segundo año. *Revista CES Medicina*, 17, 33-45.

Merwin, R. M., & Ellis, J. B. (2004). Children's reasons for living, self-esteem, and violence. *Archives of Suicide Research*, 8, 251-261.

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, 53-64.

Milne, B.J., Caspi, A., Harrington, H., Poulton, R., Rutter, M., & Moffitt, T.E. (2009) Predictive value of family history on severity of illness: the case for depression, anxiety, alcohol dependence, and drug dependence. *Archives of General Psychiatry*, 66, 738–747.

Minnix, J. A., Blalock, J. A., Marani, S., Prokhorov, A. V., & Cinciripini, P. M. (2011). Self-efficacy mediates the effect of depression on smoking susceptibility in adolescents. *Nicotine & Tobacco Research*, 13, 699-705.

Mintz, J., Mintz, L.I., Arrude, M.J., & Hwang, S.S. (1992). Treatments of depression and the functional capacity in work. *Archives of General Psychiatry*, 49, 761-768.

Mladovsky, P., Allin, S., & Masseria, C. (2009). *Health in the European Union: trends and analysis* (No. 19). Dinamarca. WHO Regional Office Europe.

Moisan, D., & Engels, M. L. (1995). Childhood trauma and personality disorder in 43 women with panic disorder. *Psychological Reports*, 76, 1133–1134.

Moffitt, T. E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A. M., & Poulton, R. (2007). Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Archives of General Psychiatry*, 64, 651–660.

Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319, 1467-1468.

Mrazek, P. & Haggerty, R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.

Mukai, T., Kambara, A., & Sasaki, Y. (1998). Body dissatisfaction, need for social approval, and eating disturbances among Japanese and American college women. *Sex Roles*, 39, 751-763.

Muñoz, R.F., Cuijpers, P., Smit, F., Barrera, A.Z., & Leykin, Y. (2010). Prevention of Major Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 181-212.

Murillo-Pérez, L., Rojas-Adrianzén, C., Ramos-Torres, G., Cárdenas-Vicente, B., Hernández-Fernández, W., Larco-Castilla, P., & Mezones-Holguín, E. (2014). Association between the risk of major depression and low physical activity in peruvian workers studying in universities. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31, 520-524.

Mustafa, M. B., Nasir, R., & Yusooff, F. (2010). Parental support, personality, self-efficacy and depression among medical students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 7, 419-424.

Nakamura, K., Hoshino, Y., Kodama, K., & Yamamoto, M. (1999). Reliability of self-reported body height and weight of adult Japanese women. *Journal of Biosocial Science*, 31, 555-558.

Newman, T. B., Browner, W. S., Cummings, S. R. y Hulley, S. B. (2008). *Diseño de estudios transversales y de casos y controles*. En S. B. Hulley, S. M. Cummings, W. S. Browner, D. G. Grady y T. B. Newman (Eds.), *Diseño de investigaciones clínicas* (3ª ed., pp. 120-140). Wolters Kluwer Health España y Lippincott Williams & Wilkins. (Original publicado en 2007).

Nicholls, D.E., & Viner, R.M. (2009). Childhood Risk Factors for Lifetime Anorexia Nervosa by Age 30 Years in a National Birth Cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48,791-799.

Nielsen, S., Møller-Madsen, S., Isager, T., Jørgensen, J., Pagsberg, K., & Theander, S. (1998). Standardized mortality in eating disorders—a quantitative summary of previously published and new evidence. *Journal of Psychosomatic Research*, *44*, 413-434.

Nolen-Hoeksema, S., Wolfson, A., Mumme, D., & Guskin, K. (1995). Helplessness in children of depressed and nondepressed mothers. *Developmental Psychology*, *31*, 377.

Norberg, M. M., Norton, A. R., Olivier, J., & Zvolensky, M. J. (2010). Social anxiety, reasons for drinking, and college students. *Behavior Therapy*, *41*, 555-566.

Norton, G. R., Cox, B. J., & Malan, J. (1992). Nonclinical panickers: A critical review. *Clinical Psychology Review*, *12*, 121–139.

Norton, G. R., Dorward, J., & Cox, B. J. (1986). Factors associated with panic attacks in nonclinical subjects. *Behavior Therapy*, *17*, 239–252.

Noyes, R., Anderson, D. J., Clancy, J., Crowe, R. R., Slymen, D. J., Ghoneim, M. M., & Hinrichs, J. V. (1984). Diazepam and propranolol in panic disorder and agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 287-292.

Observatorio Español de las Drogas y Toxicomanías [OEDT] (2011). Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Informe 2011. Recuperado de http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/folleto_oed2011.pdf.

Okasha, A., Lotaif, F., & Sadek, A. (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 409-415.

Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. (2008). *Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la subregión: primer estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años*. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/oid/pub_spa.asp.

Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10 *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004). *Prevention and treatment of mental disorders. Effective interventions and policy options*. Summary report. Ginebra: World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Prevención del suicidio*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/publications/suicide_prevention/es/.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Global Burden of Disease: 2004 update*. Recuperado de http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *World Health Organization, World suicide prevention day 2012*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014). Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos de Salud 2014. Recuperado de http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=756:situacion-salud-americas-indicadores-basicos&Itemid=260.

Ortiz, M. A.T. (2013). *Psicopatología clínica / Clinical psychopathology: Adaptado al DSM-5*. Madrid: Pirámide.

Osma, J. J., García-Palacios, A., & Botella, C. (2014). Personality and panic disorder: a review. *Anales de Psicología*, 30, 381-394.

Osnaya, M. C., Murillo, M. D., Avila, R. C., & Pérez, J. C. R. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su Asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15, 17-21.

Paladino, D., & Minton, C. A. B. (2008). Comprehensive college student suicide assessment: application of the BASIC ID. *Journal of American College Health, 56*, 643-650.

Parker, G., & Gladstone, G. L. (1996). *Handbook of Social Support and the Family/Parental Characteristics as Influences on Adjustment in Adulthood*. (G. R. Pierce, B. R. Sarason, & I. G. Sarason, Eds.). Boston, MA: Springer US.

Pané-Farré, C. A., Fenske, K., Stender, J. P., Meyer, C., John, U., Rumpf, H. J., Hapke, U., & Hamm, A. O. (2013). Sub-threshold panic attacks and agoraphobic avoidance increase comorbidity of mental disorders: Results from an adult general population sample. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 485-493.

Pedrero-Pérez, E. J., López-Durán, A., & Olivar-Arroyo, A. (2011). Addiction: frontal personality change but not personality disorder comorbidity. Implications for treatment of addictive disorders. En M.E. Jordan (Ed.), *Personality Traits Theory, Testing and Influences* (pp. 1-36). New York: Nova Science Publishers.

Pedrosa, E. P. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso: Revista de Educación, 32*, 147-173.

Peláez, M. A., Raich, R. M., & Labrador, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 1*, 62-75.

Pettit, J.W., & Joiner, T.E. (2006). *Chronic Depression: Interpersonal sources, therapeutic solutions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Pinto-Meza, A., Serrano-Blanco, A., Penarrubia, M. T., Blanco, E., & Haro, J. M. (2005). Assessing Depression in Primary Care with the PHQ-9: Can It Be Carried Out over the Telephone?. *Journal of General Internal Medicine*, 20,, 738-742.

Pollack, M. H., Otto, M. W., Rosenbaum, J. F., & Sachs, G. S. (1992). Personality disorders in patients with panic disorder: association with childhood anxiety disorders, early trauma, comorbidity, and chronicity. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 78-83.

Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Bemyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, M., & Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1125-1132.

Quiles, Y., & Terol, M. C. (2008). Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40, 259-280.

Rapee, R. M., Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1992). Response to hyperventilation and inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air across the DSM-III—R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 538-552.

Raynor, D. A., & Levine, H. (2009). Associations between the five-factor model of personality and health behaviors among college students. *Journal of American College Health, 58*, 73-82.

Renneberg, B., Chambless, D. L., & Gracely, E. J. (1992). Prevalence of SCID-diagnosed personality disorders in agoraphobic outpatients. *Journal of Anxiety Disorders, 6*, 111-118.

Reyes, W., & Del Cueto, E. R. (2003). Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 19*.

Richards, J. M., Daughters, S. B., Bornovalova, M. A., Brown, R. A., & Lejuez, C. W. (2010). *Substance use disorders. Distress Tolerance*. New York: Guilford Press.

Rivera, J. G., Revuelta, J. L., & Morera Fumero, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis, 4*, 7-11.

Roberts, S., Carol, A., Kim, R., & Houchell, J. (2010). Relationships between aggression, depression, and alcohol, tobacco: implications for healthcare providers in student health. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 22*, 369-375.

Rodríguez, O., Baldo, R., & Cardoso, S. (2000). Consumo de alcohol: Alcoholismo y rasgos psicológicos de la personalidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 16*, 255-259.

Roh, M. S., Jeon, H. J., Kim, H., Han, S. K., & Hahm, B. J. (2010). The prevalence and impact of depression among medical students: a nationwide cross-sectional study in South Korea. *Academic Medicine*, 85, 1384-1390.

Roleff, T. L. (2000). *Teen Suicide*. San Diego, CA: Greenhaven Press, 108 pp.

Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D. R., Kagan, J., Snidman, N., Friedman, D., Nemeroff, A., Gallery, D. J., & Faraone, S. V. (2000). A controlled study of behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and depression. *American Journal of Psychiatry*.

Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61.

Ross, L. T., & Hill, E. M. (2001). Drinking and parental unpredictability among adult children of alcoholics: A pilot study. *Substance Use & Misuse*, 36, 609-638.

Rosselló, J., & Hernández, M. N. B. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Revista interamericana de psicología= Interamerican journal of psychology*, 38, 295-302.

Rossow, I., & Amundsen, A. (1995). Alcohol abuse and suicide: a 40-year prospective study of Norwegian conscripts. *Addiction*, 90, 685-691.

Roy, A., & Linnoila, M. (1986). Alcoholism and suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 16,244-273.

Roy-Burne P.P., & Cowley D.S. (1995). Course and outcome in panic disorder: a review of recent follow-up studies. *Anxiety*, 1, 151–160.

Rudd, M. D., Williamson, B., & Trotter, D. (2009). The psychological and behavioral treatment of suicidal behavior: What are the common elements of treatments that work. D. Wasserman, & C. Wasserman C.(Eds.), *The Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*, 427-438.

Ruiz-Pérez, I., & de Labry-Lima, A. O. (2006). El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria*, 20, 25-31.

Sachs, G., Amering, M., Berger, P., & Katschnig, H. (2002). Gender related disabilities in panic disorder. *Archives of Women's Mental Health*, 4, 121–127.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). *Kaplan & sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (8th edición ed.). Portland, OR: Scitech Book News.

Sáenz, S., González, F., & Díaz, S. (2011). Hábitos y Trastornos Alimenticios asociados a factores socio-demográficos, físicos y conductuales en Universitarios de Cartagena, Colombia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4, 193-204.

Salvo, L., & Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 46, 115-123.

Salvo, L., Melipillán, R., & Castro, A. (2009). Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47, 16-23.

Sallet, P. C., de Alvarenga, P. G., Ferrão, Y., de Mathis, M. A., Torres, A. R., Marques, A., Hounie, A. G., Fossaluza, V., Do Rosario, M. C., Fontanelle, L.F., Petribu, K., & Fleitlich-Bilyk, B. (2010). Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 315-325.

Sanderson, W. C., DiNardo, P. A., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III—R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308.

Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (2002). Análisis factorial confirmatorio del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños. *Psicothema*, 14, 333-339.

Sandín, B., Valiente, R. M., Montes, M. O., Chorot, P., & Germán, M. A. S. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A)(II): Replicación factorial, fiabilidad y validez. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 7, 195-205.

Sassaroli, S., & Ruggiero, G. M. (2005). The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 135-41.

Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of abnormal psychology*, 106, 355.

Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 138, 19-26.

Schwenk, T. L., Davis, L., & Wimsatt, L. A. (2010). Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *Journal of the American Medical Association*, 304, 1181-1190.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SENPLADES] (2010). Asistencia a la Educación. Ecuador. Recuperado de <http://www.planificacion.gob.ec/>.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SENPLADES] (2015). *Zonas distritos y circuitos*. Ecuador. Recuperado de <http://www.planificacion.gob.ec/>.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SENPLADES] (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017*. Recuperado de <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>.

Seguí, J., Marquez, M., García, L., Canet, J., Salvador-Carulla, L., & Ortiz, M. (1999). Differential clinical features of early-onset panic disorder. *Journal of Affective Disorders, 54*, 109-117.

Sher, L. (2006) Risk and protective factors for suicide in patients with alcoholism. *ScientificWorldJournal, 6*,1405-11.

Sherbourne, C. D., Wells, K. B., Meredith, L. S., Jackson, C. A., & Camp, P. (1996). Comorbid anxiety disorder and the functioning and well-being of chronically ill patients of general medical providers. *Archives of General Psychiatry, 53*, 889-895.

Shoal, G. D., Castaneda, J. O., & Giancola, P. R. (2005). Worry moderates the relation between negative affectivity and affect-related substance use in adolescent males: A prospective study of maladaptive emotional self-regulation. *Personality and Individual Differences, 38*, 475-485.

Shrier, L. A., Harris, S. K., Kurland, M., & Knight, J. R. (2003). Substance use problems and associated psychiatric symptoms among adolescents in primary care. *Pediatrics, 111*, e699-e705.

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*, 248-263.

Solomon, D.A., Keller, M.B., Leon, A.C., Mueller, T.I., Shea, M.T., Warshaw, M., Maser, J. D., Coryell, W., & Endicott, J. (1997). Recovery from major depression. A 20-year prospective follow-up across multiple episodes. *Archives of General Psychiatry*, *54*, 1001-1006.

Song, Y., Huang, Y., Liu, D., Kwan, J. S., Zhang, F., Sham, P. C., & Tang, S. W. (2008). Depression in college: depressive symptoms and personality factors in Beijing and Hong Kong college freshmen. *Comprehensive Psychiatry*, *49*, 496-502.

Spielberger, C., Pollans, C., & Worden, T. (1984). Anxiety disorders. En S. Turner, & M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp.. 263-303). New York: Wiley.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama*, *282*, 1737-1744.

Steele, M. M., & Doey, T. (2007). Suicidal Behaviour in Children and Adolescents Part 1: Etiology and Risk Factors. *Canadian journal of psychiatry*, *52*, 21S.-33S.

Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 1284-1293.

Stephoe, A., Tsuda, A., & Tanaka, Y. (2007). Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *International Journal of Behavioral Medicine, 14*, 97-107.

Suija, K., Aluoja, A., Kalda, R., & Maaros, H. I. (2011). Factors associated with recurrent depression: a prospective study in family practice. *Family practice, 28*, 22-28.

Sung, H. Y., Wang, L., Jin, S., Hu, T. W., & Jiang, Y. (2006). Economic burden of smoking in China, 2000. *Tobacco control, 15*, 5-11.

Sussman, S., McCuller, W. J., & Dent, C. W. (2003). The associations of social self-control, personality disorders, and demographics with drug use among high-risk youth. *Addictive Behaviors, 28*, 1159-1166.

Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry, 68*, 714-723.

Taliaferro, L. A., & Muehlenkamp, J. J. (2015). Risk factors associated with self-injurious behavior among a national sample of undergraduate college students. *Journal of American College Health, 63*, 40-48.

Thompson, R., Briggs, E., English, D., Dubowitz, H., Lee, L., Brody, K., Everson, M., & Hunter, W.M. (2005). Suicidal ideation among 8-year-old who are maltreated and at risk: Findings from the LONGSCAN studies. *Child Maltreatment, 10*, 26-36.

Tibbetts, S. G., & Whittimore, J. N. (2002). The interactive effects of low self-control and commitment to school on substance abuse among college students. *Psychological reports, 90*, 327-337.

Tjia, J., Givens, J. L., & Shea, J. A. (2005). Factors associated with undertreatment of medical student depression. *Journal of American College Health, 53*, 219-224.

Tosevski, D.L., Milovancevic, M.P., & Gajic, S.D. (2010) Personality and psychopathology of university students. *Current Opinion in Psychiatry, 23*, 48-52.

Turgeon, L., Marchand, A., & Dupuis, G. (1998). Clinical Features in Panic Disorder with Agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 539–553.

Tyrka, A. R., Waldron, I., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders, 32*, 282-290.

Uhlenhuth, E. H., Starcevic, V., Warner, T. D., Matuzas, W., McCarty, T., Roberts, B., & Jenkusky, S. (2002). A general anxiety-prone cognitive style in anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders, 70*, 241-249.

United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2009). *World Drug Report 2009*.

Valle, R., Sánchez, E., & Perales, A. (2013). Sintomatología depresiva y problemas relacionados al consumo de alcohol durante la formación académica de estudiantes de medicina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30, 54-57.

Vander, A., Adrian, M., McCauley, E., Crowell, S.E., Stone, A., & Flynn, C. (2011). Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts Associated with Co-occurring Depression and Conduct Problems in Early Adolescence. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 41,316-329.

Värnik, A., Kolves, K., van der Feltz-Cornelis, C. M., Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, A., Reisch, t., Sheerder, G., Arensman, E., Aromaa, E., Guipponi, G., Gusmão, R., Maxwell, M., Pull, C., Szekely, A., Pérez, V., & Hegerl, U. (2008). Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 545-551.

Vázquez, F. L., & Blanco, V. (2008). Prevalence of DSM-IV major depression among Spanish university students. *Journal of American College Health*, 57, 165-172.

Vázquez, F. L., Blanco, V., & Torres, Á. (2008). Patrones de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*, 16, 37-53.

Vázquez, F. L., & Torres, A. (2007). Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. *Clínica y Salud, 18*, 221-246.

Vázquez, F. L., Torres, Á., Otero, P., & Díaz, O. (2011). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-IV axis I mental disorders among female university students. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 199*, 379-383.

Vázquez, C., Sánchez, A., & Romero, N. (2011). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: el DSM-IV-TR/DSM-V y la CIE-10. En V. E. Caballo, I. C. Salazar, & J. A. Carrobes (Eds.), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* (pp. 92-105). Madrid: Pirámide.

Vázquez, F. L., & Blanco, V. (2006). Symptoms of depression and related factors among spanish university students. *Psychological Reports, 99*, 583-590.

Vega, M., Blasco, H., Baca, E., & Díaz, C. (2002). El suicidio. *Salud Global, 4*, 1-1

Velting, D. M. (1999). Suicidal ideation and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences, 27*, 943-952.

Venturello, S., Barzega, G., Maina, G., & Bogetto, F. (2002). Premorbid conditions and precipitating events in early-onset panic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 43*, 28-36.

Verger, P., Combes, J.B., Kovess-Masfety, V., Choquet, M., Guagliardo, V., Rouillon, F., & Peretti-Wattel, P. (2009) Psychological distress in first year university

students: Socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 643-650.

Vicente, B., Rioseco, P., Valdivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2005). *Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. Red Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34, 506-104.

Wade, T. D., Bergin, J. L., Tiggemann, M., Bulik, C. M., & Fairburn, C. G. (2006). Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 121-128.

Waldman, I.D., & Slutske, W.S. (2000). Antisocial behavior and alcoholism: a behavioral genetic perspective on comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 20, 255-287.

Weissman, M. M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, 77, 445-451.

Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.G., Joyce, P. R., Karam, E. G., Lee, C. H., Wells, J. E., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H. H., & Yeh, E.L. (1996). Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276, 293-299.

Weissman, M. M., Warner, V., Wickramaratne, P., & Prusoff, B. A. (1988). Early-onset major depression in parents and their children. *Journal of Affective Disorders*, 15, 269-277.

Wittchen, H. U., & Essau, C. A. (1991). The epidemiology of panic attacks, panic disorder and agoraphobia. In *Panic disorder and agoraphobia: A comprehensive guide for the practitioner* (pp. 103-149). Brooks/Cole.

Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, *15*, 357–376.

Wittchen, H. U., & Perkonig, A. (1993). Panic attacks with early and late initiation: Different pathogenetic mechanisms ?. *Behavioral therapy*, *3*, 296-303.

Wong, J. G., Cheung, E. P., Chan, K. K., Ma, K. K., & Wa Tang, S. (2006). Web-based survey of depression, anxiety and stress in first-year tertiary education students in Hong Kong. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*, 777-782.

Wu, N., Lu, Y., Sterling, S., & Weisner, C. (2004). Family environment factors and substance abuse severity in an HMO adolescent population. *Clinical Pediatrics*, *43*, 323-333.

Xu, X., Mellor, D., Kiehne, M., Ricciardelli, L.A., McCabe, M.P., & Xu, Y. (2010). Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body Image*, *7*, 156-64.

Yen, J. Y., Ko, C. H., Yen, C. F., Chen, C. S., & Chen, C. C. (2009). The association between harmful alcohol use and Internet addiction among college students: comparison of personality. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *63*, 218-224.

Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness--course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety*, *17*, 173-9.

Yonkers, K. A., Zlotnick, C., Allsworth, J., & Warshaw, M. (1998). Is the course of panic disorder the same in women and men?. *The American Journal of Psychiatry*, *155*, 596-602.

Young, M.A., Fogg, L.F., Scheftner, W.A., & Fawcett, J.A. (1994). Interactions of risk factors in predicting suicide. *American Journal of Psychiatry*, *151*,434-435.

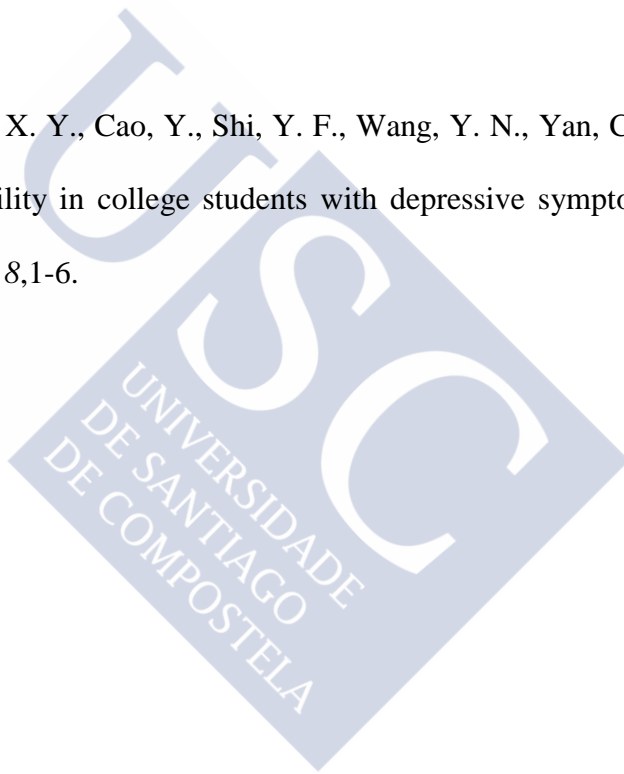
Yuan, N.P., Koss, M.P., Polacca, M., & Goldman, D. (2006) Risk factors for physical assault and rape among six Native American tribes. *Journal of Interpersonal Violence*, *21*, 1566-1590.

Zhou, Q., King, K. M., & Chassin, L. (2006). The roles of familial alcoholism and adolescent family harmony in young adults' substance dependence disorders: Mediated and moderated relations. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*, 320-331.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52, 30-41.

Zimmermann, P., Wittchen, H. U., Höfler, M., Pfister, H., Kessler, R. C., & Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33, 1211-1222.

Zong, J. G., Cao, X. Y., Cao, Y., Shi, Y. F., Wang, Y. N., Yan, C., ... & Chan, R. C. (2010). Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8,1-6.

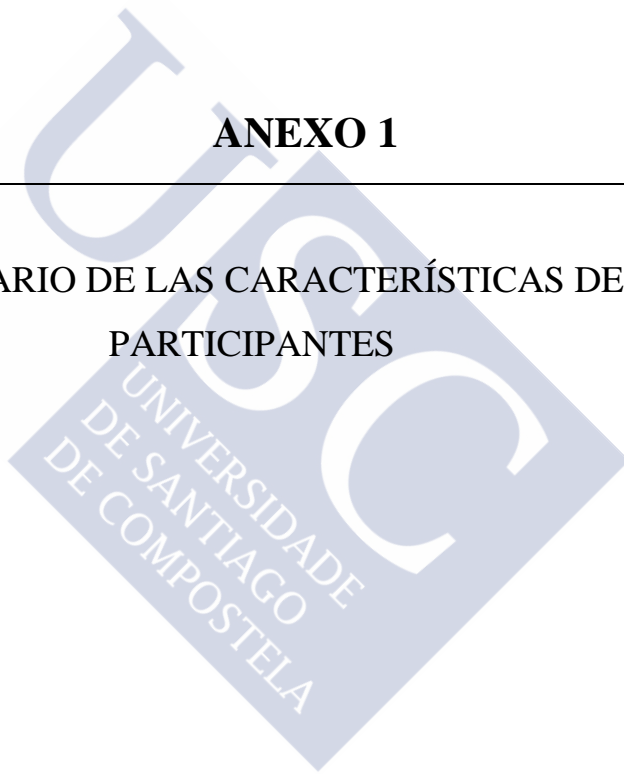


VII. ANEXOS



ANEXO 1

CUESTIONARIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES



ENCUESTA

Sr./Srta. Estudiante señale con una “x” según corresponda, le rogamos conteste de manera clara y precisa.

A. DATOS GENERALES

Sexo:	Hombre ()	Mujer ()	
Edad en meses:		Fecha de nacimiento:	
Estado civil:	Soltero ()	Casado ()	Viudo ()
	Divorciado ()	Unión Libre ()	
Carrera:			
Usted se considera:	Mestizo ()	Blanco ()	Afroecuatoriano ()
	Montubio ()	Indígena ()	Otro () ¿Cuál?.....

B. INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

¿Trabaja actualmente?:	Sí ()	No ()
¿Cuáles son los ingresos mensuales netos de su familia?:		
Menos de \$570 ()	Entre \$571 a \$1040 ()	
Entre \$1041 a \$1610 ()	Entre \$1611 a 2180 ()	Más de \$2181 ()

C. SALUD

1.- En algún momento de su vida ha presentado algún problema o trastorno psicológico:

No () Sí ()

Especifique cuál y a qué edad sucedió:

.....

.....

.....

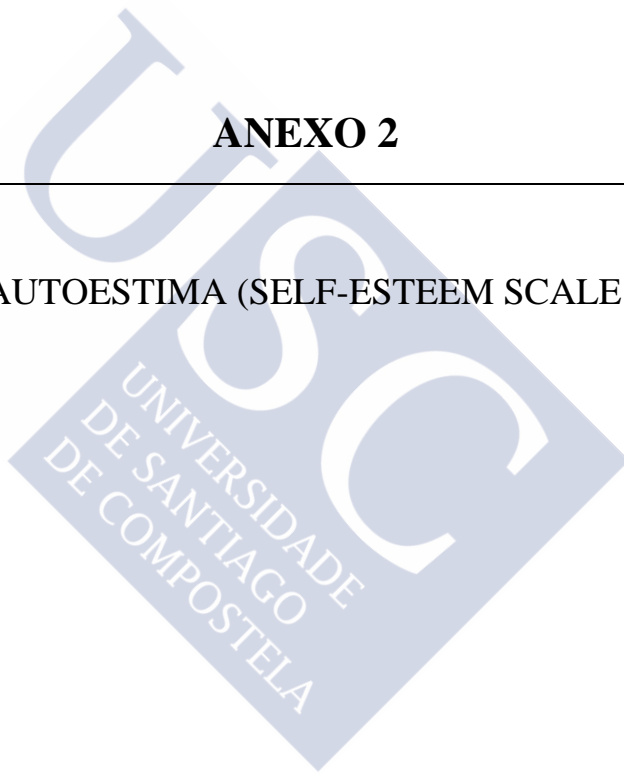
.....

.....



ANEXO 2

ESCALA DE AUTOESTIMA (SELF-ESTEEM SCALE [SES])



CUESTIONARIO 2

Lea con atención y encierre en un círculo la respuesta que considere adecuada:

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	1	2	3	4
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado(a).	1	2	3	4
3. Creo que tengo varias cualidades buenas.	1	2	3	4
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	1	2	3	4
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso(a) de mi.	1	2	3	4
6. Tengo una actitud positiva ante mi mismo(a).	1	2	3	4
7. En general estoy satisfecho conmigo mismo(a).	1	2	3	4
8. Desearía valorarme más a mi mismo(a).	1	2	3	4
9. A veces me siento verdaderamente inútil.	1	2	3	4
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	1	2	3	4

ANEXO 3

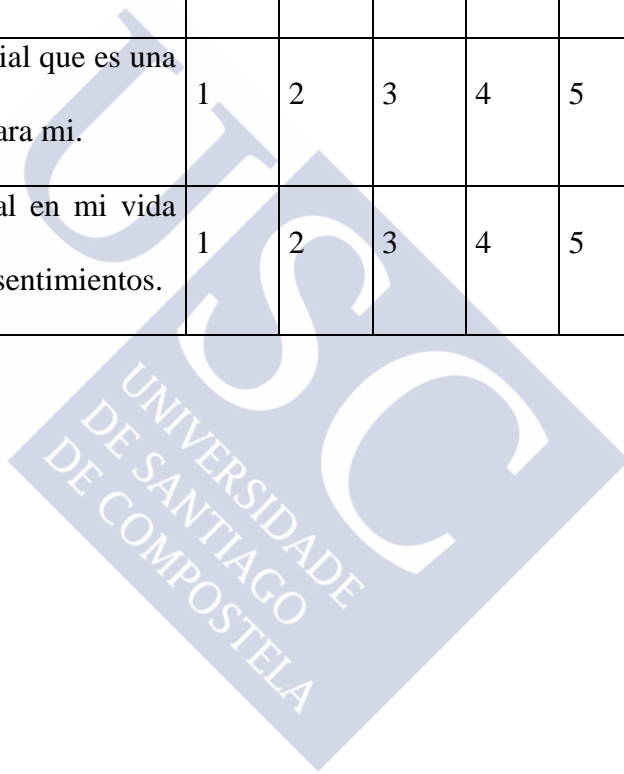
ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO
MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT
[MSPSS])

CUESTIONARIO 3

Estamos interesados en saber cómo se siente acerca de las siguientes afirmaciones. Lea cada una de ellas cuidadosamente y encierre en un círculo según corresponda, tomando en cuenta la siguiente escala que va de 1 a 7, donde “1” significa que está muy en desacuerdo y “7” que está muy de acuerdo.

FAMILIA							
Mi familia trata realmente de ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
Consigo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia.	1	2	3	4	5	6	7
Puedo hablar sobre mis problemas con mi familia.	1	2	3	4	5	6	7
Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.	1	2	3	4	5	6	7
AMIGOS							
Mis amigos tratan realmente de ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
Puedo contar con mis amigos cuando las cosas salen mal.	1	2	3	4	5	6	7
Tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y penas.	1	2	3	4	5	6	7

Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7
OTROS SIGNIFICATIVOS							
Hay una persona especial a mi lado cuando yo lo necesito.	1	2	3	4	5	6	7
Hay una persona especial a mi lado con quien puedo compartir mis alegrías y mis penas.	1	2	3	4	5	6	7
Tengo una persona especial que es una fuente real de consuelo para mí.	1	2	3	4	5	6	7
Hay una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7



ANEXO 4

ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

CUESTIONARIO 4

Lea cada uno de los elementos de la lista y marque con una “X” en el recuadro correspondiente a cualquier suceso que haya ocurrido en su vida en los últimos 12 meses.

No hay respuestas correctas o incorrectas, el objetivo es simplemente identificar cuál de estos eventos ha experimentado últimamente.

1	Muerte de cónyuge	
2	Divorcio	
3	Separación	
4	Privación de libertad	
5	Muerte de un familiar próximo	
6	Enfermedad o incapacidad graves	
7	Matrimonio	
8	Perder el empleo	
9	Reconciliación con la pareja	
10	Jubilación	
11	Enfermedad de un pariente cercano	
12	Embarazo	
13	Problemas sexuales	
14	Llegada de un nuevo miembro a la familia	
15	Cambios importantes en el trabajo	
16	Cambios importantes a nivel económico	
17	Muerte de un amigo íntimo	
18	Cambiar empleo	
19	Discusiones con la pareja (cambio significativo)	

20	Pedir una hipoteca de alto valor	
21	Hacer efectivo un préstamo	
22	Cambio de responsabilidades en el trabajo	
23	Un hijo/a abandona el hogar (matrimonio o universidad)	
24	Problemas con la ley	
25	Logros personales excepcionales	
26	La pareja comienza o deja de trabajar	
27	Se inicia o se termina un ciclo de escolarización	
28	Cambios importantes en las condiciones de vida	
29	Cambio en los hábitos personales	
30	Problemas con el jefe	
31	Cambio en el horario o condiciones de trabajo	
32	Cambio de residencia	
33	Cambio a una nueva escuela	
34	Cambio en la forma o frecuencia de las diversiones	
35	Cambio en la frecuencia de las actividades religiosas	
36	Cambio en las actividades sociales	
37	Pedir una hipoteca o préstamo menor	
38	Cambios en los hábitos de sueño	
39	Cambios en el número de reuniones familiares	
40	Cambio en los hábitos alimentarios	
41	Vacaciones	
42	Navidad	
43	Infracciones menores de ley	

ANEXO 5

**CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK REVISADO-
ABREVIADO (EYSENCK PERSONALITY QUESTIONNAIRE REVISED-
ABBREVIATED [EPQR-A])**

CUESTIONARIO 5

Las siguientes preguntas se refieren a distintos modos de pensar y sentir. Lea cada pregunta y coloque una cruz bajo la palabra SI o NO según corresponda. No hay respuestas buenas o malas, todas son válidas.

Descripción	SI	NO
1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		
2. ¿Es usted una persona muy comunicativa?		
3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?		
4. ¿Es usted más bien animado/a?		
5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		
6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?		
7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?		
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas		
9. ¿Se siente con frecuencia harto/a («hasta la coronilla»)		
10. ¿Ha tomado alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?		
11. ¿Se considera una persona nerviosa?		
12. ¿Piensa que el matrimonio esta pasado de moda y que se debería suprimir?		

13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?		
14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada?		
15. ¿Tiende a mantenerse callado/o (o en un 2º plano) en las reuniones o encuentros sociales?		
16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?		
17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?		
18. ¿Sufre usted de los nervios?		
19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?		
20. Cuando está con otras personas ¿es usted más bien callado/a?		
21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia?		
22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?		
23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a?		
24. ¿Pone en práctica siempre lo que dice?		

ANEXO 6

**CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PATIENT
HEALTH QUESTIONNAIRE-9 [PHQ-9])**

UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

CUESTIONARIO 6

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado los siguientes problemas? (Marque la opción correcta con una X)

	Nunca	Unos cuantos días	Más de la mitad de los días	Todos o casi todos los días
1. Tener poco interés o disfrutar poco de hacer cosas				
2. Sentirse desanimado(a), deprimido(a) o sin esperanza				
3. Tener problemas para dormir (conciliar el sueño o mantenerlo) o tener más sueño de la cuenta				
4. Sentirse cansado(a) o con poca energía				
5. Tener poco apetito o comer en exceso				
6. Sentimientos de culpabilidad, desesperanza o pérdida de autoestima- sensación de ser un fracaso o haber decepcionado a su familia o a sí mismo				
7. Tener problemas para				

concentrarse, como por ejemplo, para leer el periódico o ver la televisión				
8. Moverse o hablar tan lentamente que los demás lo han notado – o de lo contrario, estar más inquieto(a) e intranquilo(a) de lo habitual				
9. Tener pensamientos de que sería mejor estar muerto(a) o de hacerse daño a sí mismo de alguna manera				

10. Si usted ha identificado que siente o tiene algunos de los problemas indicados en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos síntomas? (Marque con una X la opción más correcta en su caso)

- Nada en absoluto ()
- Un poco difícil ()
- Muy difícil ()
- Extremadamente difícil ()

ANEXO 7

**CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - ESCALA DE
ANSIEDAD (PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE [PHQ-A])**

UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

CUESTIONARIO 7

Sus contestaciones a las preguntas de este cuestionario nos ayudarán a comprender los diferentes problemas que usted pueda tener. Por favor, marque con una “X” en la casilla correspondiente, a no ser que en algún momento se le pida que salte algunas de ellas. Si alguna pregunta le plantea dudas, contéstela de todos modos de la forma más aproximada posible.

	NO	SI
a) En las últimas 4 semanas ¿ha tenido alguna crisis o ataque de ansiedad, como la sensación de sentir miedo o pánico súbitamente?		

SI HA RESPONDIDO QUE NO, VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA

Nº 2

	NO	SI
b) ¿Había tenido alguna de estas crisis o ataques previamente?		
c) ¿Alguna de estas crisis o ataques apareció repentinamente y sin motivo – es decir, en situaciones en las que no esperaba encontrarse nervioso(a) o incómodo(a)?		
d) ¿Estas crisis o ataques le han molestado mucho o está preocupado(a) ante la posibilidad de volver a tener otra crisis o ataque parecido?		

1. Piense en la peor crisis o ataque que haya tenido últimamente

	NO	SI
a) ¿Tuvo dificultades para respirar?		
b) ¿Se notó el corazón acelerado, con palpitaciones o latidos irregulares?		

c) ¿Tuvo dolor u opresión en el pecho?		
d) ¿Sudó en exceso?		
e) ¿Sintió como si estuviese ahogándose?		
f) ¿Notó oleadas de calor o escalofríos?		
g) ¿Tuvo náuseas, el estómago revuelto o la sensación de tener una diarrea?		
h) ¿Se sintió mareado(a), inestable o como si fuese a desmayarse?		
i) ¿Tuvo sensaciones de hormigueo o adormecimiento en alguna parte de su cuerpo?		
j) ¿Tuvo temblores o sacudidas musculares?		
k) ¿Tuvo miedo de estar muriéndose?		

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes problemas?

	Nunca	Unos cuantos días	Más de la mitad de los días
a) Sentirse nervioso(a), ansioso(a), con los nervios de punta o muy preocupado(a) por problemas diversos.			
b) Sentirse tan inquieto(a) que le era difícil permanecer sentado(a).			
c) Cansarse muy fácilmente.			
d) Tensión, dolores o problemas musculares.			
e) Problemas para conciliar el sueño o mantenerlo.			
f) Problemas para concentrarse en cosas tales como			

leer un libro o ver la televisión.			
g) Irritarse o enfadarse fácilmente.			



ANEXO 8

ESCALA SICK CONTROL ON FAST FOOD (SCOFF)

UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

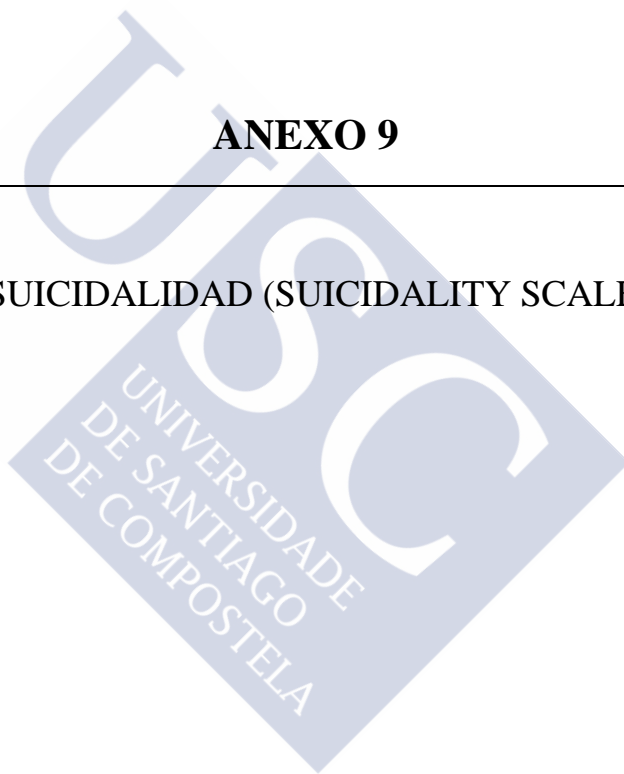
CUESTINARIO 8

Lea con atención cada una de las siguientes preguntas. Por favor, marque con una “X” según corresponda

	NO	SI
1. ¿Usted se provoca el vómito porque se siente muy lleno/a?		
2. ¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?		
3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 kg. en un periodo de tres meses?		
4. ¿Cree que está gordo(a) aunque otros digan que está demasiado delgado(a)?		
5. ¿Usted diría que la comida domina su vida?		

ANEXO 9

ESCALA DE SUICIDALIDAD (SUICIDALITY SCALE [SC])



CUESTIONARIO 9

Estamos interesados en saber cómo se siente acerca de las siguientes afirmaciones. Lea cada una de ellas y encierre en un círculo según corresponda.

	Nada	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces
1.- ¿Ha pensado alguna vez que la vida no vale la pena?	0	1	2	3
2.- ¿Ha deseado alguna vez estar muerto?	0	1	2	3
3.- ¿Ha pensado alguna vez en terminar con su vida?	0	1	2	3
	Ningún intento	Un intento	Dos intentos	Tres o más
4.- ¿Ha intentado suicidarse?	0	1	2	3

ANEXO 10

CUESTIONARIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

CUESTIONARIO 10

Las siguientes preguntas se relacionan con el CONSUMO DE CIGARRILLOS

1.- ¿En cuántas ocasiones EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ha fumado cigarrillos? (marque con una X el recuadro correspondiente)

- 0
- 1-2
- 3-5
- 6-9
- 10-19
- 20-39
- 40 o más

2.- ¿Con qué frecuencia EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ha fumado cigarrillos? (marque con una X el recuadro correspondiente)

- Ninguno
- Menos de 1 cigarrillo por semana
- Menos de 1 cigarrillo por día
- De 1 a 5 cigarrillos por día
- De 6 a 10 cigarrillos por día
- De 11 a 20 cigarrillos por día
- Más de 20 cigarrillos por día

Las siguientes preguntas se refieren a las BEBIDAS ALCOHÓLICAS, a saber, cerveza, vino y bebidas fuertes.

3.- ¿En cuántas ocasiones EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ha tomado una bebida alcohólica? [por “bebida” se entiende un vaso de vino, una botella o lata de cerveza, una medida de una bebida fuerte o una mezcla de bebidas alcohólicas]. Marque con una X el recuadro correspondiente

- 0
- 1-2
- 3-5
- 6-9
- 10-19
- 20-39
- 40 o más

4.- ¿Con qué frecuencia EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ha tomado una bebida alcohólica?

Marque con una x el recuadro correspondiente

- Ninguna
- Menos de una vez por semana
- Una vez por semana
- Entre 1-4 a la semana
- Entre 5-6 a la semana
- Diariamente

