



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

**Trastorno ansioso-depresivo y consumo de
sustancias psicoactivas en estudiantes de carrera de
medicina de la Universidad Nacional de Loja.**

Tesis previa la obtención del

Título de Médico General

AUTOR: Juan Carlos Chamba Abad

DIRECTOR: Med. Byron Marcelo Salazar Paredes, Esp.

Loja-Ecuador

2021



CERTIFICACIÓN

Loja, 6 de julio del 2021

Med. Byron Marcelo Salazar Paredes, Esp.
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo previo a la obtención del título de Médico General titulado: **“Trastorno ansioso-depresivo y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja”**, de autoría de la estudiante Juan Carlos Chamba Abad, ha sido dirigido y revisado durante su ejecución. Una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja; autorizo su presentación, para la respectiva sustentación y defensa.



Firmado electrónicamente por:
**BYRON MARCELO
SALAZAR PAREDES**

Med. Byron Marcelo Salazar Paredes, Esp.

Autoría

Yo, **Juan Carlos Chamba Abad**, estudiante de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja, con CI:**1150294385** declaro ser autor del presente trabajo de tesis, como requerimiento para la obtención de título de Médico General y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

Autor: Juan Carlos Chamba Abad



Firmado electrónicamente por:
**JUAN CARLOS
CHAMBA ABAD**

Cedula: 1150294385

Fecha: 06/ 07/2021

E-mail: jcchambaa@unl.edu.ec

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Juan Carlos Chamba Abad, autor del trabajo de investigación “**Trastorno ansioso-depresivo y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja**” autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la universidad, a través de su visibilidad del contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de investigación en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los seis días del mes de julio del dos mil veinte y uno, firma el autor.

Loja 6 de julio del 2021.



Autor: Juan Carlos Chamba Abad

Cédula de Identidad: 1150294385

Correo electrónico: jcchambaa@unl.edu.ec

Celular: 0986559723

Datos complementarios:

Director de Tesis: Med. Byron Marcelo Salazar Paredes, Esp.

Tribunal de Grado

Presidente: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc

Vocal: Dr. Miguel Antonio Marín Gómez, Mg. Sc.

Vocal: Dra. Melva Fabiola Ordoñez Salinas, Esp.

Dedicatoria

A Dios, por darme fuerza, valentía, salud y en especial a mi padre Manuel de Jesús Chamba Rodríguez un hombre como pocos, que me supo inculcar los mejores valores que un padre puede ofrecer a su familia.

A mi familia, por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

Juan Carlos Chamba Abad

Agradecimiento

Agradezco a Dios, por darme esta oportunidad de superarme y de servir a la sociedad. A mi familia, por su apoyo moral y económico, que han hecho de mí una persona de bien a lo largo de mi vida.

Quiero agradecer a la Universidad Nacional de Loja, por abrirme las puertas de sus aulas e impartir sus conocimientos, con excelentes catedráticos que fueron mis mentores, profesores y amigos a lo largo de mi carrera y que con su ejemplo ético y moral han formado a un profesional con tan buenos conocimientos y valores para servir a la colectividad. A mi director de tesis, por su calidad profesional, ética y moral, por la comprensión y guía brindada en la elaboración de la presente investigación.

Juan Carlos Chamba Abad

INDICE

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice general	vii
1. Título.....	1
2. Resumen	2
Abstract	3
3. Introducción.....	4
4. Revisión de literatura	5
4.1 Trastorno ansioso – depresivo.....	5
4.1.1 Definiciones.....	5
4.1.2 Depresión.....	5
4.1.2.3 Síntomas.....	6
4.1.2.2 Diagnostico.....	6
4.1.2.3 Tratamiento.....	9
4.1.2.3.1 Psicoterapia de depresión leve.....	9
4.1.2.3.2 Psicoterapia y manejo en la depresión moderada y grave.....	9
4.1.2.3.3 Tratamiento farmacológico.....	10
4.1.3 Ansiedad.....	10
4.1.3.1 Síntomas.....	11
4.1.3.2 Diagnostico.....	11
4.1.3.3 Tratamiento.....	14
4.2 Consumo de sustancias psicoactivas.....	15
4.2.1 Definiciones.....	15
4.2.2 Clasificación de las Sustancias Psicoactivas.....	15
4.2.2.1 Clasificación según su estado legal.....	15
4.2.2.1 Clasificación farmacológica.....	16

4.2.2.3 Clasificación en duras y blandas.....	17
4.2.3 Efectos del Consumo de Sustancias Psicoactivas.....	17
4.2.3.1.A Nivel Cognitivo.....	17
4.2.3.2.A Nivel de la Salud.....	18
4.2.3.3.A Nivel Personal y Psicológico.....	18
4.2.4. Consumo de alcohol.....	19
4.2.4. Consumo de tabaco.....	20
5. Materiales y métodos.....	22
6. Resultados	26
7. Discusión	31
8. Conclusiones.....	35
9. Recomendaciones	36
10. Bibliografía	37
11. Anexos	41

1. Título:

“Trastorno ansioso-depresivo y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja”

2. Resumen

Los trastornos ansioso depresivo son muy frecuentes, se encuentran entre las principales causas de incapacidad en el ámbito mundial y son responsables además de un significativo agobio personal, así como también de un alto costo en la salud, además el consumo de ciertas sustancias como el alcohol y el tabaco pueden alterar aún más estos cuadros. El presente trabajo de investigación tiene como finalidad identificar el trastorno ansioso depresivo y el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja. Se trata de un estudio de diseño no experimental de corte transversal- descriptivo prospectivo, en el que se aplicó la escala de Goldberg 28 Ítems, para buscar depresión y ansiedad, además el test de Audit para medir el consumo de alcohol, y el test de Fragestrom para medir el consumo de tabaco. La muestra estuvo conformada por 123 pacientes, se obtuvieron los siguientes resultados: 38,2 % de los pacientes presentan ansiedad y un 14,6 % presentan depresión. Respecto al consumo de alcohol un 35,2 % consume alcohol una vez al mes, y un 13,0 % consume de dos a cuatro veces al mes. Con respecto al consumo de tabaco solo un 7,3 % consume. Por lo tanto, se puede concluir que si existe un gran porcentaje de trastorno ansioso depresivo en los estudiantes que participaron del estudio además se evidencia que existe un gran consumo de alcohol, más la prevalencia de tabaquismo es poca.

Palabras clave: Trastorno ansioso depresivo, sustancias psicoactivas

Abstract

Anxiety and depressive disorders are very frequent, are considered among the main causes of disability worldwide and they are responsible for a significant personal burden, as well as a high cost in health, and the consumption of certain substances such as alcohol and tobacco can affect these conditions even more. The purpose of this research work is to identify the depressive anxiety disorder and the consumption of psychoactive substances in medical students of the Universidad Nacional de Loja. It is a non-experimental, cross-sectional, descriptive, prospective design study, in which the Goldberg 28-item scale was applied to look for depression and anxiety, in addition the Audit test to measure alcohol consumption, and the Fragestrom test to measure tobacco consumption. The sample consisted of 123 patients, the following results were obtained: 38.2 % of the patients presented anxiety and 14.6 % presented depression. Regarding alcohol consumption, 35.2 % of the patients drink alcohol once a month and 13.0 % drink alcohol two to four times a month. Regarding tobacco consumption, only 7.3% consumed it. Therefore, it can be concluded that there is a high percentage of anxious-depressive disorder in the students who participated in the study in addition there is evidence that there is a high consumption of alcohol, but the prevalence of smoking is low.

Key words: *Anxiety-depressive disorder, psychoactive substances.*

3. Introducción

El trastorno ansioso depresivo son una vinculación entre problemas depresivos y ansiosos es una circunstancia muy conocida por la investigación psicológica y psiquiátrica. En la práctica clínica, pocas veces se da de forma pura, siendo muy frecuente que los sujetos deprimidos acaben desarrollando problemas de ansiedad. Uno de los principales elementos en común entre ansiedad y depresión es que en ambos hay un elevado nivel de afecto negativo. Dicho de otro modo, ambos trastornos comparten el hecho de que en ambos se presenta un elevado nivel de dolor a nivel emocional, irritabilidad, malestar y sensaciones de culpabilidad y bajo estado de ánimo. (Ministerio de sanidad de España, 2018)

La depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres, y alrededor de 260 millones tienen trastornos de ansiedad. (Organización mundial de la salud, 2019)

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, el alcohol cada año produce 3 millones de muertes por su consumo nocivo, lo que representa un 5,3% de todas las defunciones a nivel mundial, siendo los grupos etarios de 20 a 39 años los que se ven más afectados, representando un 13,5% de las defunciones atribuibles al consumo de alcohol. Con respecto al consumo de tabaco, cada año mueren 8 millones de personas, como mínimo por su consumo, y varios millones más padecen cáncer de pulmón, tuberculosis, asma o enfermedades pulmonares crónicas causadas por el tabaco. (OMS, 2018)

Para contribuir al conocimiento del tema y a la escasa disponibilidad de estudios realizados del tema. Se plantean como objetivo general identificar la prevalencia del trastorno ansioso depresivo y el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja. Y a su vez se plantean como objetivos específicos, determinar la prevalencia del trastorno ansioso depresivo de acuerdo al sexo, indicar la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas y relacionar el trastorno ansioso depresivo respecto al consumo de sustancias psicoactivas.

4. Revisión de literatura

4.1 Trastorno ansioso – depresivo

4.1.1 Definiciones. Dentro del espectro de desórdenes ansiosos se encuentra al trastorno mixto ansioso-depresivo, el cual se diagnostica cuando se encuentran síntomas de ansiedad y depresión al mismo tiempo, pero sin ninguna predominancia que justifique el diagnóstico de depresión o ansiedad por separado. (Roca, 2018)

4.1.2 Depresión. Es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (sentimientos de dolor profundo, de culpa, de soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida), volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a infecciones, etc.), por lo que es una afectación global de la vida psíquica. (Salud, 2015)

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. 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.

A nivel mundial se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (OMS, 2018)

Según la Región de la OMS, desde una prevalencia menor de 2,6% en los hombres de la Región del Pacífico Occidental es de 5,9% en las mujeres de la Región de África. Las tasas varían según la edad y alcanzan su punto máximo en la edad más adulta (por encima de 7,5% en mujeres de edades comprendidas entre los 55 y 74 años, y por encima de 5,5% en hombres). La depresión también ocurre en niños y adolescentes menores de 15 años, pero en un grado menor que en los grupos de mayor edad. Casi la mitad de estas personas viven en la Región de Asia Sudoriental y en la Región del Pacífico Occidental, lo que refleja las poblaciones relativamente más grandes de esas dos regiones. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

Este trastorno afecta, aproximadamente, al doble de mujeres con respecto a los hombres. Las diferencias por sexo son perceptibles, siendo la tasa de mortalidad por esta causa de 8.1 por cada 100 mil hombres y de 1.7 suicidios por cada 100 mil mujeres. (Pérez-Padilla, 2017)

4.1.2.3 Síntomas. Se presenta con conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). Se presentan con más frecuencia pensamientos relativos al suicidio e intentos de suicidio. Es frecuente que el trastorno depresivo se presente asociado a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. Y se ve afectado fundamentalmente en cuatro esferas: (Ministerio de sanidad de España, 2018)

- a) Esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o enlentecimiento psicomotor, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte. Pueden presentarse también ideas e intentos de suicidio.
- b) Esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales.
- c) Esfera familiar: conflictos, empeoramiento en las relaciones interpersonales o repercusiones en otros miembros de la familia.
- d) Esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnias), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito.

4.1.2.2 Diagnóstico. Las siguientes tablas presentan los criterios para depresión según los sistemas de clasificación diagnóstica CIE 10 y DSM IV-TR:

Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo, CIE-10.

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.
- C. Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

Síndrome Somático

Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos, de aquí denominados “somáticos” tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se usan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

- (1) Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes, en actividades que normalmente eran placenteras.
- (2) Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.
- (3) Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- (4) Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- (5) Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas)
- (6) Pérdida marcada de apetito
- (7) Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes)
- (8) Notable disminución la libido.

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, CIE-10. OMS.

Autor. American psychiatric association.

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10:

- **Episodio depresivo leve.** - Están presentes los criterios generales, al menos dos síntomas del criterio B y uno o más de los síntomas del criterio C para que la suma total de síntomas sea al menos. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
- **Episodio depresivo moderado.** - Están presentes los criterios generales, al menos dos síntomas del criterio B y síntomas adicionales del criterio C, hasta sumar un mínimo de seis síntomas en total. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
- **Episodio depresivo grave (sin síntomas psicóticos).** - Deben estar presentes los criterios generales, los tres síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de ocho síntomas en total. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes; en especial, la pérdida de autoestima y los

sentimientos de culpa e inutilidad. Son comunes las ideas y las acciones suicidas, y se presentan síntomas somáticos importantes. El episodio grave sin síntomas psicóticos incluye episodios aislados de depresión mayor y depresión vital, pero excluye alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

- **Episodio depresivo grave (con síntomas psicóticos).** - Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. Los criterios son dos: i) ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia (es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondríaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio; ii) estupor depresivo. Si cumple cualquiera de los dos criterios más los criterios de episodio depresivo grave se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Los episodios depresivos graves con síntomas psicóticos pueden incluir episodios aislados de depresión mayor con síntomas psicóticos, psicosis depresiva psicógena, depresión psicótica y psicosis depresiva reactiva.

Criterios para el Episodio Depresivo Mayor, según DSM V

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

(Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.

<p>6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</p> <p>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</p> <p>9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p> <p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.</p>

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed
 Autor. American psychiatric association.

4.1.2.3 Tratamiento. En el tratamiento se lo puede clasificar de acuerdo a la gravedad.

4.1.2.3.1 Psicoterapia de depresión leve. Para pacientes adultos con depresión leve, se deben realizar intervenciones psicoterapéuticas de menor intensidad (psicoeducación) como primera opción, En la depresión leve-moderada, se recomienda considerar un tratamiento psicológico breve (como terapia cognitivo conductual o la terapia de solución de problemas), de seis a ocho sesiones durante 10-12 semanas. La terapia psicodinámica de corto plazo se considera para todas las personas con depresión leve a moderada, con una duración entre 16-20 sesiones en 4-6 meses. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

4.1.2.3.2 Psicoterapia y manejo en la depresión moderada y grave. En los pacientes con depresión grave, se debe iniciar primero el manejo antidepresivo y, cuando se observe respuesta, iniciar la intervención en crisis* con apoyo del psicólogo, para pacientes adultos con depresión moderada o grave, se recomienda una combinación de medicamentos antidepresivos y psicoterapia. El tratamiento psicológico de elección en la depresión moderada-grave es la terapia cognitivo conductual o terapia interpersonal (TIP), de 16 a 20

sesiones durante cinco meses. Para las personas que reciban terapia interpersonal (TIP), la duración del tratamiento debe ser entre 16-20 sesiones en 3-4 meses. Para aquellas con depresión moderada a grave, se debe considerar proveer dos sesiones por la semana durante las primeras 2-3 semanas y 3-4 sesiones de seguimiento a lo largo de los 3-6 meses siguientes para todas las personas con depresión. Las estrategias de abordaje de episodios depresivos graves son la terapia cognitivo conductual o interpersonal en conjunto con fármacos antidepresivos. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

4.1.2.3.3 Tratamiento farmacológico. Como se mencionó, el tratamiento farmacológico solo se lo administra a pacientes con depresión moderada o grave. Las únicas excepciones son las depresiones leves con antecedentes de depresión moderada o grave o con síntomas que persisten a pesar de otras intervenciones. La selección inicial del tratamiento farmacológico son los inhibidores selectivos de la recaptación serotonina (ISRS) son los antidepresivos con mayor evidencia y con mejor balance riesgo-beneficio, por lo que deben considerarse la primera elección de tratamiento. Fuerte a favor La primera línea de tratamiento farmacológico para los adultos con diagnóstico de depresión puede ser con fluoxetina o sertralina (ISRS). Se considera como alternativa a la amitriptilina (ATC) o mirtazapina (NaSSA), siempre y cuando sean consideradas también las características del cuadro clínico del paciente y sus preferencias. la primera línea de tratamiento son fluoxetina, sertralina o mirtazapina. En caso de necesitar un cambio de antidepresivo se sugiere usar como segunda línea de tratamiento las alternativas de la primera línea que no fueron prescritas entre fluoxetina o sertralina (ISRS), amitriptilina(ATC) o mirtazapina (NaSSA). La tercera línea de tratamiento incluye a otros antidepresivos tricíclicos (ATC), otros inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y a inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina. La cuarta línea de tratamiento son los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). (Ministerio de Salud Pública, 2017)

4.1.3 Ansiedad. Es una reacción normal ante situaciones de peligro o de amenaza. Es probablemente la emoción más fundamental. No solo es experimentada por todos los seres humanos, también se observan reacciones de ansiedad en todas las especies animales. Los estados de ansiedad varían según su intensidad, desde la inquietud ligera hasta el terror y el pánico. La duración de estas sensaciones puede también variar, y oscilar entre el nerviosismo de un instante y la angustia permanente. (R&A Psicólogos, 2018)

Existe una significativa variabilidad en la prevalencia de los trastornos de la ansiedad, con diferencias notables entre muestras de la población general. Por ejemplo, recientemente,

en E.E.U.U. de Norteamérica, la tasa de prevalencia anual de trastornos de la ansiedad en la población general es del 12,6%; los más frecuentes son la "fobia social" y la "fobia específica" (con tasa de prevalencia global que oscila entre 10 y 11%). La tasa de prevalencia del trastorno de angustia es de 1,3% en la población y la tasa de prevalencia global del trastorno de ansiedad generalizada es de aproximadamente del 5%. Se estima que la prevalencia anual del trastorno obsesivo - compulsivo es del 2,1%. Todos los trastornos de la ansiedad (con la posible excepción del obsesivo-compulsivo) se encuentran con más frecuencia en las mujeres que en los hombres (por ejemplo, el trastorno de angustia se diagnostica dos veces más en mujeres que en hombres). Aunque la mayoría de los trastornos de la ansiedad (por ejemplo: angustia y obsesión - compulsión) se inician habitualmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta, algunas veces comienzan durante la infancia; por definición, desde luego, la ansiedad "por separación" se inicia en etapas infanto - juveniles. (CAMPANA, 2013)

4.1.3.1 Síntomas. Las personas con ansiedad suelen ir a lo largo de todo el día tensos y con preocupaciones excesivas, aunque no exista nada suficientemente importante que lo justifique. Estas preocupaciones anticipan el desastre y pueden abarcar cualquier tema (salud, dinero, pareja, familia, trabajo), aunque cada paciente suele tener un grupo de temas más frecuentes. La intensidad de las preocupaciones puede llegar a bloquear la toma de decisiones cotidianas y a interferir de forma severa en la vida diaria. Físicamente aparece dificultad para relajarse o concentrarse y para el descanso nocturno. Todo esto tiende a facilitar la presencia de fatiga, dolores de cabeza, contracturas y tensión muscular elevada, como múltiples posibles síntomas inespecíficos digestivos, respiratorios o cardíacos que afortunadamente no corresponden a otras enfermedades. (Pastrana, 2016)

4.1.3.2 Diagnóstico. Para efectuar el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, los especialistas se basan en los criterios diagnósticos del DSM-V o del CIE-10, dos clasificaciones de las enfermedades consensuadas por especialistas de diferentes nacionalidades y reconocido prestigio.

- Criterios diagnósticos American Psychiatric Association.

A. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
--

B. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses (Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem):
--

<ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2. Fácilmente fatigado. 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco 4. Irritabilidad. 5. Tensión muscular. 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
<p>C. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).</p>
<p>E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.</p>

Fuente. Manual of mental disorders, Fourth edition.

Autor. American Psychiatric Association

Para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada CIE 10

<p>A. Un período de al menos 6 meses de notable ansiedad, preocupación y sentimientos de aprensión (justificados o no) en relación con acontecimientos y problemas de la vida cotidiana</p>
<p>B. Por lo menos 4 de una lista de 22 síntomas, y al menos un síntoma del 1 al 4:</p> <p>Síntomas autónomos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitaciones o golpeteo del corazón o taquicardia 2. Sudoración 3. Temblores o sacudidas

4. Sequedad de boca no debida a fármacos o deshidratación

Síntomas toracoabdominales

5. Dificultad para respirar

6. Sensación de ahogo

7. Dolor o malestar en el pecho

8. Náuseas o malestar abdominal Síntomas relacionados con el estado mental

9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento

10. Sensación de irrealidad (desrealización) o de sentirse fuera de la situación (despersonalización)

11. Sensación de ir a perder el conocimiento o el control, o de volverse loco

12. Miedo a morir Síntomas generales

13. Oleadas de calor o escalofríos

14. Adormecimiento o sensación de hormigueo

Síntomas de tensión

15. Tensión muscular o dolores y parestesias

16. Inquietud y dificultad para relajarse

17. Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión o de tensión mental

18. Sensación de nudo en la garganta o de dificultad para tragar

Otros síntomas no específicos

19. Respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos

20. Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco, debido a la preocupación o ansiedad

21. Irritabilidad persistente

22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones

C. El trastorno no satisface todos los criterios para trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno hipocondríaco.

D. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: el trastorno no se debe a un trastorno orgánico específico, tal como hipertiroidismo, un trastorno mental orgánico o un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, como un consumo excesivo de sustancias de efectos anfetamínicos o abstinencia a benzodiazepinas

Fuente. Manual of mental disorders, Fourth edition.

Autor. American psychiatric association.

Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada DSM V

A. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses (Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem): <ul style="list-style-type: none"> A. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. B. Fácilmente fatigado. C. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco D. Irritabilidad. E. Tensión muscular. F. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
C. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).
E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Fuente. Manual of mental disorders, 5ta edition.

Autor. American psychiatric association.

4.1.3.3 Tratamiento. Abordaje no farmacológico de los trastornos de ansiedad generalizada: Las técnicas para el manejo de la ansiedad permiten al paciente controlar sus preocupaciones y miedos a través de la distracción y del cuestionamiento de sus bases lógicas para sustituirlas por modos más racionales de pensamiento. (Hernández Sánchez)

- a. Entrenamiento en relajación. Puede reducir la ansiedad si el paciente lo practica con regularidad, pero con frecuencia es difícil convencer a los pacientes para que lo hagan. El entrenamiento en relajación en grupo puede mejorar la motivación.
- b. Animar al paciente a realizar actividades de ocio y a retomar las actitudes que han sido beneficiosas para él en el pasado.
- c. Identificar y superar preocupaciones exageradas
- d. Buscar soluciones para tratar de afrontar estos pensamientos negativos cuando se presenten
- e. Tratamiento de la hiperventilación: Para cortar un episodio agudo el paciente debe respirar en una bolsa para aumentar la concentración alveolar de dióxido de carbono. Con este método también demostramos al paciente que algunos de los síntomas se deben a la hiperventilación.
- f. Para evitar otros episodios de hiperventilación deben entrenarse para respirar de forma lenta y controlada, primero supervisándolo y después en su casa

4.2 Consumo de sustancias psicoactivas

4.2.1 Definiciones. Las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento. (Organización Panamericana de la Salud, 2019)

4.2.2 Clasificación de las Sustancias Psicoactivas. De acuerdo con Valdés (Adiel José Valdés Iglesia, 2018), existen múltiples sistemas de categorización, predominando en la actualidad las clasificaciones en función de sus efectos farmacológicos. Entre los diferentes tipos de clasificación empleados a lo largo del tiempo destacan los siguientes:

4.2.2.1 Clasificación según su estado legal. Las drogas pueden clasificarse en función de las restricciones legales establecidas en cada estado particular respecto al consumo, producción y venta de las diferentes sustancias. Así, en la mayor parte de los países occidentales las drogas se clasifican según la normativa legal, del siguiente modo:

- Drogas o sustancias lícitas: se ocupan libremente de acuerdo a los deseos de cada consumidor. Por ejemplo, las bebidas alcohólicas y el tabaco.
- Drogas que se utilizan principalmente como medicamento: generalmente se obtienen mediante prescripción médica. En Occidente, su uso va ligado al tratamiento de trastornos del ánimo, trastornos del sueño, enfermedades dolorosas

o con el fin de lograr mayor lucidez o concentración. Por ejemplo, los psicofármacos, estimulantes menores y la metadona.

- Drogas o sustancias ilícitas: varían de acuerdo a la legislación de cada país. Son aquellas cuyo comercio se considera ilegal, como los derivados cannabis, la heroína y la cocaína. Existen convenciones internacionales que han establecido como prohibido el uso no médico de opiáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína y muchos otros estimulantes, al igual que de los hipnóticos y sedantes. Además, los países o jurisdicciones locales han añadido sus propias sustancias prohibidas como por ejemplo bebidas alcohólicas o inhalantes.

4.2.2.1 Clasificación farmacológica. Las sustancias psicoactivas, en el ámbito farmacológico, pueden ser clasificadas atendiendo a sus efectos sobre el sistema nervioso central y el cerebro

- Sustancia depresora: es aquella que ralentiza o inhibe las funciones o la actividad de alguna región del cerebro. Tienen la capacidad de ralentizar o dificultar la memoria, disminuir la presión sanguínea, analgesia, producir somnolencia, ralentizar el pulso cardíaco, actuar como anticonvulsivo, producir depresión respiratoria, coma, o la muerte. Este grupo se subdivide a su vez en varios grupos: antihistamínicos, antipsicóticos, disociativos, GABAérgicos, glicinérgicos, narcóticos y simpáticos.
- Sustancias estimulantes: es aquella que produce mejoras temporales de la actividad neurológica o física. Pueden producir además síntomas adicionales como incremento de la alerta, productividad, incremento de la presión sanguínea, aceleración del pulso sanguíneo, mejora del equilibrio, hiperalgesia, euforia, disminución del apetito o el sueño, convulsiones, manía o la muerte. Este grupo se subdivide a su vez en subgrupos: adamantanos, alquilaminas, arilciclohexilaminas, benzodiazepinas, colinérgicos, convulsivos, eugeroicos, oxazolinas, feniletilaminas, piperazinas, piperidinas, pirrolidinas y tropanos.
- Sustancias alucinógenas: es aquella droga que produce cambios en la percepción, consciencia, emoción o ambos. Este grupo se divide a su vez en otros tres: 1). Psicodélicos: producen una alteración en la cognición y la percepción. Las experiencias suelen asociarse a la meditación, el yoga, el trance o el sueño. Los psicodélicos suelen agruparse en lisérgicas (destaca el LSD), feniletilaminas, piperazina, triptaminas y otros. 2). Disociativos: producen un bloqueo de las

señales de la mente consciente hacia otras partes del cerebro produciendo alucinaciones, privación sensorial, disociación y trance. Pueden producir también sedación, depresión respiratoria, analgesia, anestesia o ataxia, así como pérdida de las facultades mentales y la memoria. Se dividen en adamantanos, arilciclohexilaminas y morfina. 3). Delirantes: producen delirios, a diferencia de los alucinógenos psicodélicos y disociativos en el que se mantiene cierto estado de consciencia. Se dividen en anticolinérgicos, antihistamínicos y GABA agonistas.

- Drogas opioides: son las drogas que se unen a receptores opioides situados principalmente en el sistema nervioso central y en el tracto gastrointestinal. Hay tres grandes clases de sustancias opiáceas: alcaloides del opio, como morfina y codeína; opiáceos semi-sintéticos, tales como heroína y oxicodona; y opioides completamente sintéticos, tales como petidina y metadona, que tienen una estructura no relacionada con los alcaloides del opio.

4.2.2.3 Clasificación en duras y blandas. La diferencia entre una droga dura y una droga blanda es que la dura causa adicción o dependencia tanto física como psíquica, mientras que la blanda causa adicción o dependencia a nivel solo físico, o solo psíquico. En su origen esta distinción pretendió servir para distinguir las drogas altamente adictivas que comportan serios daños a la salud (duras), de las poco adictivas, que no presentan un riesgo grave para quien las consume (blandas).

- Drogas duras: la cocaína, los opioides (morfina, heroína, etc.), el alcohol, o las anfetaminas son comúnmente descritas como drogas duras.
- Drogas blandas: el término es aplicado generalmente a los derivados del cannabis (marihuana, hachís, etc.), a la cafeína, etc. Por lo general el término se aplica a sustancias cuyo consumo no conlleva patrones de comportamiento social desadaptativos.

4.2.3 Efectos del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Un gran porcentaje de adolescentes experimentan con drogas o sustancias psicoactivas y comienzan con el tabaco y el alcohol, para continuar con otras sustancias, según Jiménez (Mendoza, 2020) este consumo puede producir varios efectos como:

4.2.3.1.A Nivel Cognitivo. El deterioro cognitivo se relaciona con el consumo de sustancias psicoactivas o drogas que afectan de manera directa al sistema nervioso central. El abuso de estas sustancias se encuentra relacionando con la aparición de diferentes tipos

de trastornos como: delirium, ansiedad, demencia, trastornos psicóticos, trastorno del estado de ánimo. El consumo desde la adolescencia o la niñez puede ocasionar un deterioro a nivel cognitivo que puede presentarse ya siendo adultos jóvenes o adultos, alterando su curso fisiológico es decir el deterioro cognitivo se presenta de manera fisiológica en las edades avanzadas o en el adulto mayor, el consumo de sustancias hace que se presente antes de llegar a estas edades. Por lo que afecta a las funciones cerebrales y el control motor. (Mendoza, 2020)

4.2.3.2.A Nivel de la Salud. Las personas que consumen drogas a menudo tiene más de un problema de salud relacionadas con su adicción las cuales pueden incluir, envejecimiento prematuro de la persona, riesgo de paro cardíaco por que las drogas hacen que el nivel de los triglicéridos y colesterol aumenten al igual que la presión sanguínea y el ritmo cardíaco se hace irregular, se inhibe la producción de glóbulos rojos y blancos, suprimiéndose el sistema inmunitario, haciéndonos más propensos a las infecciones, en particular la neumonía, problemas en el hígado (cirrosis, hepatitis) y estómago (úlceras), osteoporosis y cáncer de aparato respiratorio y digestivo, problemas de salud mental, tienen efectos dañinos sobre el feto en desarrollo, incluyendo bajo peso al nacer. Pudiéndose producir síndrome de abstinencia neonatal (SAN), que ocasiona daño cerebral y retardo mental. (Mendoza, 2020)

El consumo de drogas también puede aumentar el riesgo de contraer infecciones. Al compartir elementos que se usan para la inyección de drogas o tener conductas sexuales no seguras (debido al deterioro de la capacidad de juicio), es posible contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el de la hepatitis C (una enfermedad hepática grave). También es posible contraer infecciones del corazón y sus válvulas (endocarditis) y de la piel (celulitis) debido a la exposición a bacterias que puede ocurrir con el consumo de drogas inyectables. (Mendoza, 2020)

4.2.3.3.A Nivel Personal y Psicológico. Las drogas y las enfermedades mentales con frecuencia coexisten. El consumo de drogas puede desencadenar o empeorar esos trastornos de salud mental, presentando una escasa tolerancia a la frustración, conductas pasivas en situaciones críticas, sentimientos de inferioridad, idealismo excesivo, egocentrismo, cambios bruscos de humor, sentimientos de culpabilidad, ansiedad, depresión, intento de suicidio, insomnio y trastornos del comportamiento particularmente en las personas que tienen ciertas vulnerabilidades específicas. Las consecuencias psicológicas afectan de manera progresiva en las actitudes y comportamiento, afectan principalmente su autoestima

provocando desvalorización de sí mismo con la falta de autoconfianza e insatisfacción en lo que hace, teniendo a descuidar su imagen personal, higiene y limpieza. (Mendoza, 2020)

En ciertos casos las personas con trastornos como ansiedad o depresión pueden consumir drogas para intentar aliviar los síntomas psiquiátricos, lo cual con el tiempo puede exacerbar el trastorno mental y aumentar el riesgo de crear adicción. (Mendoza, 2020)

4.2.4. Consumo de alcohol. El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es uno de los principales factores de riesgo para la salud de la población en todo el mundo y tiene una repercusión directa sobre muchas de las metas relacionadas con la salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incluidas las de la salud materno-infantil, las enfermedades infecciosas (infección por el VIH, hepatitis virales, tuberculosis), las enfermedades no transmisibles, la salud mental, los traumatismos y las intoxicaciones. (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

El inicio del consumo de alcohol se sitúa en la adolescencia temprana para la mayoría de los individuos. La adolescencia es reconocida como una etapa crítica, por ser una etapa de transición, donde muchos adolescentes tienen problemas para manejar tantos cambios a la vez y pueden desarrollar conductas de riesgo, como lo es el consumo de drogas, esto debido a la inexperiencia, al sentimiento de invulnerabilidad y al interés de experimentar con nuevos comportamientos. (Ahumada-Cortez, Gámez-Medina, & Valdez-Montero, 2017)

Cada año se producen 3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,3% de todas las defunciones. El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD), provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 13,5% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol. Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos. (salud, 2018)

El consumo de alcohol varía ampliamente en la población general de las Américas; la prevalencia del último mes varía de 9,5% en El Salvador a 52% en Argentina y Uruguay. Las tasas de uso más altas (más del 50%) se encuentran tanto en América del Norte como en América del Sur. (Ahumada, Araneda, & Clarke, 2019)

El alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol

conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades. El consumo nocivo de alcohol también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Asimismo, el consumo nocivo de alcohol genera una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad. (salud, 2018)

El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito. Una proporción importante de la carga de morbilidad y mortalidad atribuibles al uso nocivo del alcohol corresponde a los traumatismos, sean o no intencionados, en particular los resultantes de accidentes de tránsito, actos de violencia y suicidios. Además, los traumatismos mortales atribuibles al consumo de alcohol tienden a afectar a personas relativamente jóvenes. (salud, 2018)

4.2.4. Consumo de tabaco. Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar. (OMS, 2018)

Los efectos nocivos del humo del tabaco sobre los pulmones son casi inmediatos (3). El humo del tabaco reduce la función pulmonar y causa dificultad para respirar debido a la inflamación de las vías respiratorias y la acumulación de mucosidad en los pulmones. Los síntomas respiratorios inmediatos son tan solo una parte del daño que el tabaco causa en los pulmones. (Organización Mundial de la Salud 2019, 2019)

El consumo de tabaco es la principal causa prevenible de cáncer y de muertes por cáncer. Puede causar no solo cáncer de pulmón, sino también cáncer de boca y garganta, laringe, esófago, estómago, riñón, páncreas, hígado, vejiga, cuello uterino, colon y recto, y un tipo de leucemia. Todos los años, 660 000 personas en los EE.UU. reciben un diagnóstico de un

cáncer relacionado con el consumo de tabaco y 343 000 mueren por esta misma causa (CDC, 2016)

A lo largo de los últimos años se ha logrado acumular una gran cantidad de evidencia sobre la abrumadora carga económica que el tabaquismo impone a la sociedad. Se estima que el costo económico del tabaquismo asciende a US\$ 1,4 billones anuales a nivel mundial, y que aproximadamente 40% corresponde a países de bajos y medianos ingresos. Esto puede llegar a representar pérdidas para los países de hasta 1% de su producto interno bruto (PIB). (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

La mayoría de las personas que comienzan a fumar lo hacen en la adolescencia, en parte para identificarse con los adultos. El tabaquismo resulta muy accesible tanto por la multiplicidad de lugares de venta, como por el precio, con campañas de publicidad que identifican valores especialmente atractivos para el joven. Al mismo tiempo es una de las adicciones físicas más intensas. La Organización Mundial de la Salud, identificó estos factores y propuso estrategias para controlar esta epidemia a nivel mundial: aumentar el precio de los cigarrillos, prohibir -o regular- la publicidad, generar ambientes cerrados libres de humo de tabaco (sólo fumar afuera), prohibir que las empresas tabacaleras patrocinen eventos, incorporar información fuerte del daño del tabaco en el atado de cigarrillos, entre otros. (DIRECCION NACIONAL DE PROMOCION DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, 2018)

5. Materiales y métodos

5.1 Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, de enfoque cuantitativo y de corte transversal.

5.2 Área de estudio

El presente estudio se desarrolló en la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja periodo septiembre 2019- marzo 2020

5.3 Universo

La población consta 839 estudiantes que pertenecen a la carrera de medicina.

5.4 Muestra

La muestra está compuesta por 123 estudiante de la carrera de medicina de los ciclos primero, segundo y tercero ciclo. La selección de la muestra se dio por la técnica de muestreo probabilístico o aleatorio, a través del programa estadístico “Decisión Analyst STATS 2.0” el cual, a través de fórmulas preestablecidas, permite obtener el número exacto necesario de población que valide la investigación.

5.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

5.5.1 Criterios de Inclusión

- Estudiantes que estén cursando el primero, segundo y tercero ciclo de la carrera de medicina.
- Estudiantes mayores de 18 años de edad.
- Estudiantes que deseen participar de la investigación y firmen el consentimiento informado.

5.5.2 Criterios de Exclusión

- Estudiantes diagnosticados y/o en tratamiento con trastornos mentales.
- Estudiantes que en el día de recolección de datos se encuentren ausentes.

5.6 Métodos, Instrumentos y Procedimientos

5.6.1 Métodos. Para la recolección de información se recurrió a la utilización del instrumento adaptado por el responsable para determinar trastorno ansioso depresivo y consumo de sustancias psicoactivas a los participantes; usándose un lenguaje comprensible y acorde al grupo en estudio.

5.6.2 Instrumentos. El presente proyecto de investigación se llevó a cabo mediante la estructuración del consentimiento informado el cual está elaborado según lo establecido por el comité de evaluación de ética de la investigación (CEI) de la Organización Mundial de la

Salud (OMS), mismo que contiene una introducción, propósito, tipo de intervención, selección de participantes, principio de voluntariedad, información sobre los instrumentos de recolección de datos, procedimiento, protocolo, descripción del proceso, duración del estudio, beneficios, confidencialidad, resultados, derecho de negarse o retirarse, y a quien contactarse en caso de algún inconveniente (Anexo 1). Además, se aplicó el instrumento General Health Questionnaire (G.H.Q.-28) (Anexo 2) para determinar ansiedad y depresión, este test fue ideado en 1972 por Daniel Goldberg recomendada por la validación española, este consta en la parte superior de la hoja espacios en blanco en los cuales se colocaron los datos de identificación correspondientes como el nombre, número de cédula, edad, sexo que son necesarios para el estudio. En el resto de la hoja se enumeran cada uno de las interrogantes que nos permitieron obtener una puntuación, el instrumento consta de cuatro partes, divididos en componente A, B, C y D. La interpretación es sencilla y automática. En cada una de las subescalas se cuenta el número de respuestas en cualquiera de las dos columnas de la derecha subrayada o rodeada con un círculo, desechando las dos columnas de la izquierda; se anotan y se suman para dar una puntuación total. Mediante la suma de los puntos de todos los componentes, se obtendrá un valor total mediante el podremos saber frente a qué caso de alteración nos encontramos.

Para determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y tabaco), se decidió en base a la bibliografía obtenida de estudios previos usar como variables el consumo alcohol y tabaco, en vista que son las sustancias psicoactivas de mayor frecuencia entre la sociedad. Para el consumo de alcohol se utilizó el cuestionario AUDIT (Anexo 3), este test fue desarrollado y validado por la Organización Mundial de la Salud como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. el cuál consta 10 ítems, el cual evalúa la frecuencia consume alguna bebida alcohólica, las consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal, con qué frecuencia ha tomado 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día, con qué frecuencia en el curso del último año que ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado, con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido, con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior, si algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que dejen de beber; el instrumento se valorará mediante la puntuación, si la misma es < 7 puntos se considera que no tiene

problemas relacionados con alcohol y mientras que un puntaje > 8 puntos se considera que tiene problemas relacionados con alcohol.

Para la valoración del consumo de tabaco, se usó el cuestionario para prevalencia del cuestionario conocida internacionalmente como Test de Fageström, (Anexo.4), la cual fue creada en el año 1978 el doctor Karl Fagerström y posterior mente fue validada por la comunidad médica. Los indicadores de máxima prioridad se elaboran a partir de las tres preguntas que evalúan la prevalencia del consumo de tabaco. La primera pregunta (P1) evalúa el consumo actual, desde la segunda pregunta se evalúa la frecuencia de consumo de los fumadores. Es imprescindible que estas preguntas se incluyan en las encuestas con las que se desee examinar las tasas básicas de prevalencia del consumo de tabaco.

5.6.3 Procedimiento. El presente estudio se llevó a cabo luego de la correspondiente aprobación del tema de investigación por parte de la gestora académica de la Carrera de Medicina, posteriormente se solicitó la pertinencia y la asignación del director de tesis. Una vez asignado el director, se hicieron los trámites pertinentes dirigidos al Decano de la carrera de medicina para obtener la autorización de recolección de la información de los estudiantes, además del consentimiento informado que está firmado por los estudiantes que participaron del proyecto, mencionando que la participación del estudio no tendría riesgos para los sujetos. De ellos se esperó la disponibilidad y voluntariedad, para formar parte del estudio. Luego se les informo el propósito del estudio; consecutivamente se procedió a la socialización del consentimiento informado y su respectiva autorización.

Con la autorización mediante el consentimiento informado de los pacientes se procedió a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, G.H.Q.-28, AUDIT y Fageström, que se describieron anteriormente. Para ello se le otorgo a cada participante la encuesta estructurada. En relación al tamaño de la muestra de nuestro estudio, al inicio se considero realizarlo en todos los estudiantes de la carrera de medicina, pero durante el periodo de recolección de los datos, todos no vivos afectados para la presencia del covid 19 y las medidas que nuestros gobiernos obtaron para prevenir el contagio masivo, nuestra muestra se obtuvo de los estudiantes de primero, segundo y tercer ciclo que al analizarlos estadístico “Decisión Analyst STATS 2.0” el cual a través de fórmulas preestablecidas, permite obtener el número exacto necesario de población que valide la investigación, participando de nuestro estudio 123 estudiantes de los cuales se obtuvo los datos y se procedió a realizar la tabulación y análisis de datos

5.7 Plan de tabulación y análisis de datos. Luego de la recolección de información con el instrumento, se procesaron y almacenaron los datos obtenidos en el programa (EXCEL) y SPSS versión 25, luego de lo cual se representó los resultados obtenidos en tablas de frecuencia, porcentajes o mediante cuadros.

Luego de ello se procedió al análisis de los resultados obtenido, Para la correlación se usó un nivel de significancia $p= 0,05$.

5.8 Recursos

5.8.1 Recursos humanos:

Muestra: Estudiantes de la carrera de medicina

Autoridades: de la Universidad Nacional de Loja (UNL), específicamente Decano de la Facultad de la Salud humana (FSH), y Directora de la Carrera de Medicina.

Tesista: Juan Carlos Chamba Abad

Director de tesis: Docente de la carrera de Medicina Humana.

5.8.2 Recursos materiales:

5.8.2.1 Equipos, suministros, reactivos e instalaciones

5.8.2.1.1 Suministros:

- Impresora (propio)
- Material de escritorio (propio)
- Textos/bibliografía (biblioteca de la Universidad)
- Laptop (propio)
- Transporte (Publico)

5.8.2.1.2 Instalaciones:

- Área de la salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

6. Resultados

6.1 Caracterización de la población participante e involucrada en el estudio

Tabla Nro. 1: Rangos de edad de los estudiantes de la carrera de medicina septiembre 2019- marzo 2020.

Rango de edad de los estudiantes de medicina		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 – 20	95	77,2
21 – 23	25	20,3
Mayor de 24	3	2,4
Total	123	100,0

Fuente: Base de Datos SPSS

Autor: Juan Carlos Chamba Abad

En la tabla 1: del total de pacientes encuestados, el grupo etario con mayor porcentaje (77.2%) es el de 18-20 años de edad, el siguiente grupo es el de 21-23 años cuyo porcentaje es del 20.3%, y finalmente el grupo mayor de 24 años representan el 2.4% cada uno.

Tabla Nro. 2: Sexo de los estudiantes de la carrera de medicina septiembre 2019- marzo 2020.

Sexo de los estudiantes de medicina		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	83	67,5
Masculino	40	32,5
Total	123	100,0

Fuente: Base de Datos SPSS

Autor: Juan Carlos Chamba Abad

Tabla 2; de los 123 pacientes encuestados, 40 pacientes (32.5%) son de sexo masculino y 83 pacientes (67.5%) son de sexo femenino.

6.2. Objetivo general: Identificar la prevalencia del trastorno ansioso-depresivo y el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja.

Tabla Nro. 3: Prevalencia de ansiedad y depresión en los estudiantes de la carrera de medicina septiembre 2019- marzo 2020 (frecuencia y porcentaje).

Ansiedad en los estudiantes de medicina

	Frecuencia	Porcentaje
No	76	61,8
Si	47	38,2
Total	123	100,0

Depresión en los estudiantes de medicina

	Frecuencia	Porcentaje
No	105	85,4
Si	18	14,6
Total	123	100,0

Fuente: Base de Datos SPSS

Autor: Juan Carlos Chamba Abad

Tabla 3; del total de estudiantes encuestados, 47 estudiantes presentan ansiedad lo que equivale al 38.2%, y 18 estudiantes presentan depresión lo que equivale al 14.6% de total de estudiantes.

Tabla Nro. 4: Prevalencia de consumo de alcohol en los estudiantes de la carrera de medicina septiembre 2019- marzo 2020.

Consumo de alcohol		
	Frecuencia	Porcentaje
No	63	51,2
Si	60	48,8
Total	123	100,0

Fuente: base de Datos SPSS

Autor: Juan Carlos Chamba Abad

Tabla 4; del total de estudiantes encuestados, 63 estudiantes no consumen alcohol lo que equivale al 51.2%, y 60 estudiantes si consumen alcohol lo que equivale al 48.8% de total de estudiantes.

Tabla Nro. 5: Prevalencia de consumo de tabaco en los estudiantes de la carrera de medicina septiembre 2019- marzo 2020.

Consumo de tabaco		
	Frecuencia	Porcentaje
No	114	92,7
Si	9	7,3
Total	123	100,0

Fuente: base de Datos SPSS

Autor: Juan Carlos Chamba Abad

Tabla 5; del total de estudiantes encuestados 114 estudiantes no consumen tabaco lo que equivale al 92.7%, y 9 estudiantes si consumen tabaco lo que equivale al 7.3% de total de estudiantes.

6.3 Primer Objetivo específico: Determinar la prevalencia del trastorno ansioso-depresivo de acuerdo al sexo en los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja.

Tabla Nro. 6: Prevalencia del trastorno ansioso depresivo de acuerdo al sexo en los estudiantes de la carrera de medicina septiembre 2019- marzo 2020.

Prevalencia del trastorno ansioso-depresivo				
		Ansiedad		Total
		No	Si	
Sexo	Femenino	45	38	83
	Masculino	31	9	40
Total		76	47	123

Depresión				
		No	Si	Total
Sexo	Femenino	70	13	83
	Masculino	35	5	40
Total		105	18	123

Fuente: base de Datos SPSS
 Autor: Juan Carlos Chamba Abad

Tabla 6; de 47 pacientes con ansiedad 38 son de sexo femenino, y 9 pacientes son de sexo masculino, y de 18 pacientes con depresión, 13 son de sexo femenino, y 5 pacientes son de sexo masculino.

6.4. Segundo Objetivo específico: Indicar la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja.

Tabla Nro. 7: Frecuencia de consumo de alcohol en los estudiantes de la carrera de medicina septiembre 2019- marzo 2020.

Frecuencia de consumo de alcohol		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	63	51,2

Una vez al mes	44	35,8
De 2 a 4 veces al mes	16	13,0
Total	123	100,0

Fuente: base de Datos SPSS

Autor: Juan Carlos Chamba Abad

Tabla 7; 35,8 % consume alcohol una vez al mes, y un 13,0 % consume de dos a cuatro veces al mes. Y 51,2 % no consumen alcohol.

Tabla Nro. 8: *Frecuencia de consumo de tabaco en los estudiantes de la carrera de medicina septiembre 2019- marzo 2020.*

Frecuencia de consumo de tabaco		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	114	92,7
Menos de 10 cigarrillos al día	9	7,3
Total	123	100,0

Fuente: base de Datos SPSS

Autor: Juan Carlos Chamba Abad

Tabla 8; de todos los pacientes 9 personas consumen menos de 10 cigarrillos al día que equivale al 7.3 %. El resto de pacientes no consumen tabaco que son 114 estudiante que equivale 92,7%.

6.5. Tercer Objetivo específico: Relacionar el trastorno ansioso-depresivo respecto al consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja.

Tabla Nro. 9: *Correlación entre el trastorno ansioso depresivo y el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y tabaco) en los estudiantes de la carrera de medicina septiembre 2019- marzo 2020.*

		ALCOHOL CONSUMO	TABACO CONSUMO
ANSIEDAD	Coeficiente de correlación	-0,071	-0,028
	Sig. (bilateral)	0,434	0,757
	N	123	123
DEPRESION	Coeficiente de correlación	,181 *	-0,028
	Sig. (bilateral)	0,046	0,758
	N	123	123

Fuente: base de Datos SPSS

Autor: Juan Carlos Chamba Abad

Tabla 9; No Existe diferencia estadísticamente significativa entre la ansiedad y la relación al consumo de alcohol y tabaco, No Existe diferencia estadísticamente significativa entre la depresión y la relación al consumo de tabaco. *Si existe diferencia estadísticamente significativa entre la depresión y la relación al consumo de alcohol.

7. Discusión

Cuando se habla de un buen estado de salud en todo paciente, tenemos que hacer un gran enfoque a la salud mental, al estado emocional del paciente, que va ligada al estado de salud físico, una persona que tiene dificultades a nivel emocional puede generar muchas dificultades a nivel funcional, limitando su capacidad para realizar su trabajo y sobre todo para la toma de decisiones en su vida cotidiana. A su vez que en muchos casos se acompaña de consumos de sustancias psicoactivas especialmente el alcohol y el tabaco

El estudio realizado en los estudiantes de medicina de los ciclos primero, segundo y tercero, se demuestra que existe en un gran número de estudiantes con problemas de salud, la presencia de trastornos afectivos como son la depresión y la ansiedad, lo que se refleja que de 123 estudiantes encuestado, 47 estudiantes presentan ansiedad lo que equivale al 38.2%, y 18 estudiantes presentan depresión lo que equivale al 14.6% de total de estudiantes, presentándose en mayor número en nuestro medio en las mujeres, de los 47 pacientes con ansiedad 38 son de sexo femenino, y 9 pacientes son de sexo masculino, y de 18 pacientes con depresión, 13 son de sexo femenino, y 5 pacientes son de sexo masculino, y estos estudiantes se encontraba en edades comprendidas entre los 18-24 años. El sexo predominante fue el femenino lo que coincide con los indicadores de “feminización” de la población universitaria, especialmente en la carrera de medicina, de manera que es lógico suponer que este aumento en número de estudiantes mujeres conlleva a un aumento en la población estudiantil de los trastornos que más prevalecen en este sexo

“Según un estudio realizados por María Ulloa y Adriana Vásquez en los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca, evidencian la presencia notoria de ansiedad en los hombres, encontrándose en un porcentaje cercano al 75%, marcándose una diferencia estadísticamente significativa con el grupo de las mujeres, quienes no alcanzan el 50%. En el caso de la depresión la presencia tanto en hombres como en mujeres es muy superior al 50%, pero no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de estudio.” (ULLOA & AMORES, 2015) Estos datos son semejantes en la prevalencia, pero se contradicen en la prevalencia de acuerdo al sexo, debido a que en nuestro estudio es mayor la prevalencia en mujeres tanto para la ansiedad como para la depresión.

“En un estudio realizado en 2014, en universitarios de Cartagena (Colombia), seleccionados a través de un muestreo probabilístico, donde participaron 973 estudiantes universitarios con edades comprendidas entre 18 y 35 años, con un promedio de edad 21 años. Se encontró que

el 76,2% de los estudiantes posiblemente presentan sintomatología de trastornos de ansiedad, y el 75,4% pueden presentar sintomatología depresiva, con respecto al sexo, si bien se presentaron más mujeres que hombres con test positivo para síntomas de ansiedad y depresión, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas” (Vergara, Cárdenasa, & Martínez, 2014). Estos datos son de gran semejanza a los obtenidos en nuestro estudio lo cual nos indica que la prevalencia es similar en los estudiantes universitarios.

En otro estudio realizado en 2020 en una universidad pública del sur de Chile, del departamento de salud. “La prevalencia de estos trastornos cuando se muestra de forma agrupada, para el total de los 186 estudiantes consultados; el 29,00% presenta algún trastorno asociado a depresión, el 53,20% a ansiedad” (Morales, Quinchalef, Vera, Muñoz, & Contreras, 2020) . Comparado con nuestro estudio se observó la misma tendencia que la de nuestros resultados, con una mayor prevalencia de ansiedad, seguido de la depresión.

En otro estudio realizado en estudiantes de medicina que se realizó en el departamento de Chiquimula del Centro Universitario de Oriente en Guatemala, “con una muestra de 359 participantes, los resultados fueron que 19 (5%) presentaron características clínicas de trastornos de ansiedad, 44 (12%) presentaron depresión además se observó que el sexo predominante fue el femenino con 65%” (Galeano, 2020). Aunque en este estudio se evidencia que la prevalencia es baja comparada a nuestro estudio, la tendencia sigue siendo similares en comparación al sexo más afectado.

Por otro lado, hablando al respecto del consumo de sustancia de psicotrópicas haciendo énfasis en el consumo de alcohol y tabaco en nuestro estudio se obtuvo los siguientes resultados: de los 123 estudiante encuestados, 63 estudiantes no consumen alcohol lo que equivale al 51.2%, y 60 si consumen alcohol lo que equivale al 48.8% de total de estudiantes, con una frecuencia de 35,8 % consume alcohol una vez al mes, y un 13,0 % consume de dos a cuatro veces al mes. Y 51,2 % no consumen alcohol, respecto al consumo de tabaco del total de estudiantes encuestados, 114 estudiantes no consumen tabaco lo que equivale al 92.7%, y 9 consumen menos de 10 cigarrillos al día que equivale al 7.3 %. En general, los resultados obtenidos en el estudio indican un alto consumo de alcohol en los estudiantes de y un bajo consumo de tabaco, la tendencia a que evolucione en dependencia resulta muy probable, dada la vulnerabilidad que presentan los estudiantes universitarios al consumo de sustancias y las escasas estrategias que presentan para abordar tales patrones de consumo.

“En un estudio realizado en un grupo de 225 estudiantes de medicina de la Universidad del País Vasco durante el año académico 2016-2017. El 8,0% nunca ha consumido alcohol, el

80,0% ha consumido bebidas alcohólicas en el último mes y el 46,0% se ha emborrachado en los últimos 30 días. Entre los consumidores en el último mes, el 9,4% bebe todos los fines de semana, el 48,3% es bebedor de riesgo y el 67,2% ha realizado consumos intensivos de alcohol. Por lo que se refiere al tabaco, el 80,9% nunca ha fumado, el 2,2% fuma semanalmente y el 1,8% fuma a diario” (Cóndor, González, & Miranda, 2018). Al realizar una comparación con nuestro estudio la tendencia es similar respecto al consumo de alcohol, e igual forma al consumo de tabaco, donde se evidencia la elevada tendencia de los estudiantes al consumo alcohol.

“En un estudio que estuvo formada por 1,304 estudiantes de una Universidad Pública ubicada en la Ciudad de Saltillo en el estado de Coahuila, México. la prevalencia de consumo de alcohol se identificó que el 91.5% de los estudiantes han consumido alguna vez en la vida, 78.8% en el último año, 65.5% en el último mes y el 36.3% en los últimos siete días. Con lo que, respecto al consumo de tabaco, se identificó que el 58.1% han consumido tabaco alguna vez en la vida, un 33.7% en el último año, un 29.9% en el último mes y el 20.5% en los últimos siete días” (Pedro González Angulo, 2019). Al comparar con nuestro estudio los resultados demuestran el alto índice de consumo de alcohol, demostrando una vez mas la vulnerabilidad de los universitarios al consumo de sustancias psicotrópicas.

Al relacionar el trastorno ansioso depresivo respecto al consumo de sustancias psicoactivas en nuestro estudio se puede evidenciar que no existe diferencia estadísticamente significativa entre la presencia de ansiedad y el consumo de alcohol y tabaco, sin embargo, al relacionar la depresión con el consumo de alcohol se evidencio que existe una ligera diferencia significativa entre ambas variables, mas no existe relación respecto al consumo de tabaco. Por lo que no existe una fuerte relación entre el consumo de sustancias versus los pacientes que presentan ansiedad-depresión, debido a que los consumidores de alcohol y tabaco en una gran parte no presentaron ninguna alteración emocional

Según estudio realizado en 2021 en la ciudad de Loja, “la asociación entre los síntomas depresivos con los niveles de riesgo asociado al consumo de alcohol, reflejan una fuerte correlación entre ambas variables. El aumento de sintomatología depresiva incrementa el consumo de alcohol, además de los adolescentes encuestados 26.4 % presentan un nivel de riesgo asociado al consumo de tabaco y la relación con los niveles de sintomatología de depresión, esto confirma que a mayor consumo de tabaco existe mayor sintomatología depresiva” (Omayck F. Valarezo-Bravo, 2021). Estos datos se contradicen al compararlo

con nuestro estudio en el cual no existe una fuerte relación entre mayor consumo de alcohol y tabaco con la presencia de ansiedad y depresión.

En otros estudios realizados se obtuvieron resultados similares al de nuestro encontrando que, “En un estudio realizado en Quito en 2017 se evidencia que el consumo riesgoso de alcohol se asoció de forma significativa a síntomas de ansiedad, al relacionar el consumo riesgoso de alcohol con síntomas de depresión se encontró que no existe asociación entre estas variables” (PANCHI & LUZURIAGA, 2019). En otro estudio sobre el consumo de tabaco en universitarios realizado en 2016 en Veracruz- México. “El hallazgo de depresión fue bajo y similar entre los dos grupos de estudiantes; sin embargo, la proporción de ansiedad fue mayor, con valores de 41 y 32% entre los estudiantes de primer ingreso y quinto semestre respectivamente, no obstante, parece no haber asociación con la presencia de ansiedad y depresión”. (Karina del Carmen Cervantes-Gómez, 2015). Se puede evidenciar la similitud a nuestros resultados.

Es importante mencionar que el presente estudio es una base para continuar investigando sobre el trastorno ansioso depresivo, ya que, si bien se pudo determinar el trastorno en un centro educativo público, sería adecuado efectuar una investigación a nivel de otros sectores y así poder realizar una comparación. Además, surgen más interrogantes como determinar la influencia y las consecuencias en la calidad de vida, buscar alternativas de tratamiento o establecer guías que faciliten un diagnóstico oportuno. Y de esta manera, poder realizar un manejo multidisciplinario del paciente, ayudar en su recuperación y prevenir recaídas.

8. Conclusiones

- Se determinó que el Trastorno ansioso depresivo en la carrera de medicina es más frecuente en el sexo femenino, por lo que coincide con indicadores de “feminización” de la población universitaria, especialmente en la carrera de medicina.
- Mediante la aplicación de las escalas correspondientes se obtuvo que la frecuencia de consumo de alcohol es moderada en los estudiantes y la frecuencia de consumo de tabaco es baja.
- Existe una baja relación entre el consumo de sustancias versus los pacientes que presentan ansiedad-depresión, debido a que los consumidores de alcohol y tabaco una gran parte no presentaron ansiedad ni depresión

9. Recomendaciones

- Diseñar investigaciones que exploren los factores relacionados con la presencia de ansiedad clínica entre los estudiantes de medicina a su ingreso a la universidad, de tal manera que se pueda actuar sobre ellas de modo preventivo.
- Los resultados del estudio recomiendan la necesidad de diseñar programas para reducir los efectos adversos que puede tener el trastorno ansioso-depresivo sobre el desempeño académico a nivel universitario y atender oportunamente a los estudiantes en riesgo
- Es recomendable, diseñar nuevos estudios que evalúen esta relación a lo largo de la carrera y en poblaciones más amplias, que incluyan otras universidades y otras carreras

10. Bibliografía

- Organización de los Estados Americanos. (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas. Washington: Inter-American Drug Abuse Control Commission
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Informe sobre el control del tabaco en la Región. *OPS*.
- Adiel José Valdés Iglesia, C. A. (2018). Drogas, un problema de salud mundial. *Revista Universidad Médica Pinareña*.
- Ahumada, G., Araneda, J. C., & Clarke, P. (2019). Informe sobre el consumos de la drogas en las Americas. *Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)*.
- Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., & Valdez-Montero. (2017). EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA. *Ra Ximhai*.
- CAMPANA, H. (2013). EPIDEMIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD. *REVISTA DE LA UNIVERSIDAD DE MENDOZA*.
- CDC. (2016). *El cáncer y el consumo de tabaco*. Obtenido de CENTRO DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES : <https://www.cdc.gov/spanish/signosvitales/cancer-tabaquismo/index.html>
- Cóndor, D. M., González, F. M., & Miranda, A. V. (2018). Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de primero de Medicina de la Universidad del País Vasco. *Revista Española de Drogodependencias 2018*.
- Consejo General de la Psicología de España. (20 de 11 de 2018). Nuevo informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Obtenido de Consejo General de la Psicología de España: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7690
- DIRECCION NACIONAL DE PROMOCION DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. (2018). *Tabaco*. Obtenido de DIRECCION NACIONAL DE PROMOCION DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/tabaco>
- FEAFES. (2018). La "Guía de estilo" de FEAFES, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y personas con enfermedad mental. Obtenido de FEAFES: <https://www.feafesapaem.org/>.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. (2018). Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Obtenido de Fundación de Ayuda contra la Drogadicción: <http://enfamiliafad.org/para-familias/comunidad/noticias/466-barometro-juvenil-de-vida-y-salud-fad-mutua-madrilena>
- Galeano, R. A. (2020). Depresión y ansiedad en estudiantes de medicina. *CUNORI*.
- Hernández Sánchez, M. M. (s.f.). TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y TRANSTORNOS DE ADAPTACION EN ATENCION PRIMARIA. En M. M. Hernández Sánchez, *Guía de Actuación Clínica en A. P.*
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2018). *Obtenido de Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*.
- Karina del Carmen Cervantes-Gómez, J. D.-B.-A. (2015). Tabaquismo entre estudiantes de medicina. *Rev Invest Med Sur Mex*.

- Mariantonia Lemos, M. H.-P.-M. (2018). Estrés y Salud Mental en Estudiantes de medicina: Relación con Afrontamiento y Actividades Extracurriculares. *iMedPub Journals*
- Mendoza, J. E. (2020). *FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO BERNARDO VALDIVIESO DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO ABRIL 2019- MAYO 2020*. Loja: Universidad Nacional de Loja.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente*. Quito: Editogran - Medios Públicos EP.
- Ministerio de sanidad de España. (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia*. España: Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Morales, S. T., Quinchalef, G. d., Vera, J. A., Muñoz, S. I., & Contreras, K. M. (2020). Niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Facmed*.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. (2018). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. España: Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- MSP. (2015). La depresión requiere mayor atención del sistema sanitario. *redaccion medica*.
- OCDE/UE 2018. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle (Resumen en español)*. OECD Publishing. Obtenido de <https://doi.org/10.1787/fd41e65f-es> Oficina Internacional de Trabajo. (26 de Noviembre de 2011).
- Omayck F. Valarezo-Bravo, R. F.-C.-V. (2021). SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADOS A LOS NIVELES DE RIESGO DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE LOJA, ECUADOR. *Health and Addictions*.
- OMS. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- OMS. (2018). *Depresión*. Obtenido de ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS. (7 de 2018). *Tabaquismo*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/topics/tobacco/es/>
- OPS/OMS. (2017). *ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA FORTALECER EL CONTROL DEL TABACO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS 2018-2022*. Washington.
- OPS/OMS. (2018). *INFORME SOBRE EL CONTROL DEL TABACO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS*. Washington.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *a. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organizacion mundial de la salud. (2019). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Obtenido de Organización mundial de la salud: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/
- Organizacion Mundial de la Salud-OMS. (2015). *Las 10 principales causas de defuncion*. Mundial: OMS.

- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. *Organización Panamericana de la Salud*.
- Organización Panamericana de la Salud. (Mayo de 2019). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Abuso de sustancias: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Organización Mundial de la Salud 2019. (2019). NO DEJES QUE EL TABACO TE quite LA RESPIRACIÓN . OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud - Capítulo Ecuador. Quito.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). OPS insta a aumentar la inversión en salud mental. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14999:mental-health-spending-must-increase-in-order-to-meet-current-needs-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es
- PANCHI, V. E., & LUZURIAGA, A. P. (2019). *ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER NIVEL DE LA PUCE 2018*. Quito: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.
- Pastrana, J. I. (2016). *Trastornos de ansiedad y estrés*. Madrid.
- Pedro González Angulo, E. K. (2019). Percepción de riesgo ante el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de ciencias de la salud de Saltillo. *Enfermería Global* .
- Pérez-Padilla, E. A. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Rev Biomed*.
- R&A Psicólogos. (2018). *Ansiedad / terapia psicológica*. Obtenido de R&A Psicólogos: <https://www.ryapsicologos.net/salud-y-trastornos-mentales/ansiedad/>
- Rosales-Aguilar, M. (2018). Consumo de bebidas con cafeína y sus efectos en estudiantes de Medicina de la Universidad Autónoma de tijuana. *Revista iberoamerica de las ciencias de la salud*.
- Roca, L. J. (2018). Eficacia de la meditación trascendente – método xirione en reducción de ansiedad - estado en pacientes con trastorno mixto ansioso – depresivo. *Rev Peru Med Integrativa*.
- Salud, C. N. (2015). *Diagnóstico y tratamiento del transtorno depresivo en el adulto*. Mexico: CENETEC.
- salud, O. M. (2018). *ALCOHOL*. Obtenido de Organización Mundial de la salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- ULLOA, L. M., & AMORES, A. G. (2015). *PREVALENCIA DEL BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO UNIVERSITARIO Y FACTORES ASOCIADOS EN LA CARRERA DE MEDICINA. CUENCA. 2014-2015*. Cuenca.

- VASSILIS KAPSAMBELIS. (2012). MANUAL DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA Y PSICOPATOLÓGICA DEL ADULTO. Paris: Fondo de Cultura Económica.
- Vergara, K. M., Cárdenasa, S. D., & Martínez, F. G. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *REV CLÍN MED FAM*.

11. Anexos

11.1. Anexo numero 1: Informe de pertinencia

		Universidad Nacional de Loja	CARRERA DE MEDICINA	Facultad de la Salud Humana
MEMORÁNDUM Nro.0702 CCM-FSH-UNL				
PARA:	Sr. Juan Carlos Chamba Abad ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA			
DE:	Md. Mgs. Sandra Mejía Michay GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA			
FECHA:	16 de Diciembre 2019			
ASUNTO:	INFORME DE PERTINENCIA			
<p>Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "Trastornos del ánimo y hábitos nocivos en los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional De Loja", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el Dr. Byron Salazar, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera coherente y PERTINENTE, quedando el tema del proyecto de la siguiente manera: "Trastornos ansioso- depresivo y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional De Loja", por tanto puede continuar con el trámite respectivo.</p>				
Atentamente,				
				
				
Md. Mgs. Sandra Mejía Michay GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA C.C.- Archivo, Secretaria Abogada. NOT				
Calle Manuel Monteros tras el Hospital Isidro Ayora · Loja - Ecuador 072 -57 1379 Ext. 102				

11.2. Anexo numero 2: Designar Director de Tesis.

		Universidad Nacional de Loja	CARRERA DE MEDICINA	Facultad de la Salud Humana
---	---	------------------------------------	---------------------	-----------------------------------

MEMORÁNDUM Nro.0703 CCM-FSH-UN

PARA: Dr. Byron Salazar
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

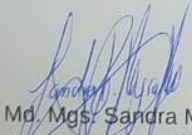
FECHA: 16 de Diciembre 2019

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director(a) de tesis del tema: **"Trastornos ansioso-depresivo y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional De Loja"**, autoría del **Sr. Juan Carlos Chamba Abad.**

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,


Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
NOT



Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador

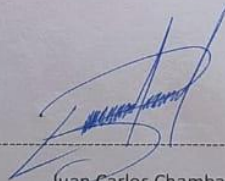
11.3. Anexo numero 3: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

Loja, 8 de enero de 2020

Md. Sandra Mejía
GESTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA
Ciudad. -

De mis consideraciones,

Yo, Juan Carlos Chamba Abad, con CI: 1150294385, alumno de la Universidad Nacional de Loja, carrera de Medicina Humana, solicito muy comedidamente se solicite al , Decano del Área de la Salud de la Universidad Nacional de Loja Dr. Mg. Sc. Amable Bermeo Flores, se me permita el acceso para encuestar a las estudiantes de la carrera de medicina con la finalidad de recolectar información que servirá para la realización de mi proyecto denominado **"Trastorno ansioso-depresivo y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja"**. Agradeciendo de antemano la atención prestada a la presente, reciba un cordial saludo.



Juan Carlos Chamba Abad

CI: 1150294385



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORÁNDUM Nro.0008 DCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Amable Bermeo Flores
DECANO DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

DE: Dra. Yadira Gavilanes
GESTORA ACADÉMICA (E) DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 09 de Enero 2020

ASUNTO: SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para **Sr. Juan Carlos Chamba Abad**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para encuestar a los estudiantes de la carrera de Medicina; información que para cumplir con el trabajo de investigación: **"Trastornos ansioso- depresivo y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional De Loja"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dr. Byron Salazar**, Catedrático de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,



Dra. Yadira Gavilanes
GESTORA ACADÉMICA (E) DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
NOT



Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja - Ecuador
072 - 57 1379 Ext. 102

**unl**Universidad
Nacional
de LojaFacultad
de la Salud
HumanaOf. No. 02020-0022-DFSH-UNL
Loja, 10 de enero de 2020

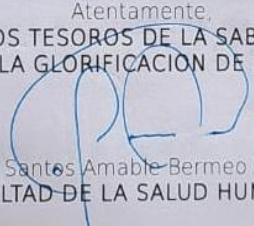
Trámite: 015054

Doctora
Yadira Gavilanes
GESTORA ACADÉMICA CARRERA DE MEDICINA, Encargada
Presente -

De mi especial consideración:

En atención a Of. No. 008-DCM-FSH-UNL de 09 de enero de 2020, respecto de la autorización para que el Sr **Juan Carlos Chamba Abad** realice la aplicación de encuestas enmarcadas en proyecto de investigación denominado: **"TRASTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVO Y CONSUMO DE SUTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"**, en mi calidad de Decano de la Facultad de la Salud Humana, autorizo al Sr. Juan Carlos Chamba Abad, realice la aplicación de encuestas a los estudiantes de la Carrera de Medicina, bajo la supervisión del Dr. Byron Salazar

Aprovecho la oportunidad para reiterar mi sentimiento de consideración y estima.

Atentamente,
**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA,
ESTA LA GLORIFICACION DE LA VIDA.**
Dr. Santos Amable Bermeo Flores
DECANO DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL, Encargadocc: **Sr. Juan Carlos Chamba Abad**
Archivo

ABF/yadycordova

11.4. Anexo numero 4: Consentimiento informado

Consentimiento informado.



1859

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

Consentimiento Informado.

Juan Carlos Chamba Abad, estudiante de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja me encuentro investigando Trastorno ansioso-depresivo y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja. Informaré e invitaré a participar de esta investigación, considerando que no tiene ningún riesgo hacerlo. Para participar es necesario que sea autorizado por usted. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me avisa para darme tiempo a explicarle.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Tanto si elige participar o no, continuarán normalmente y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y decidir que abandonará la investigación, aun cuando haya aceptado antes.

Se necesita valorar su estado emocional y sus hábitos respecto al consumo de sustancias, deberá llenar un registro escrito de valores asignados a cada una de las escalas asignada para cada variable.

Se considera importante que debe saber que no se compartirá la identidad de aquellos que participen en este proyecto y que la información que se recoja en el transcurso de la investigación se mantendrá confidencial.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactarme por medio del teléfono celular 0986007242, o al correo electrónico jchambaa@unl.edu.ec.

He sido invitado a participar en la investigación **“Trastorno ansioso-depresivo y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carrera de medicina de la**

Universidad Nacional de Loja”. Entiendo que tendré que responder a cada uno de los indicadores mostrados en el cuestionario preparado por el tesista. Sé que no se me recompensará económicamente. Se me ha proporcionado el nombre del investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre, número telefónico y su correo electrónico.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente que participaré en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del participante _____

Cédula del participante _____

Firma del representante participante _____

Fecha _____

11.5. Anexo numero 5: Instrumento: Cuestionario



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

Cuestionario General Health Questionnaire (G.H.Q.-28 items)

Apreciado estudiante, mi nombre es Juan Carlos Chamba Abad, soy estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja. A continuación, le voy a realizar unas preguntas, a fin de saber si Ud. ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor conteste a TODAS las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido Ud. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales. Es importante que trate de responder a TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración. Las respuestas colocadas en el presente cuestionario serán utilizadas únicamente para fines de investigación en salud, se le agradece de antemano su participación.

Nro.	1. Nombre:
	2. Número de cédula:
	3. Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	4. Edad:

ÚLTIMAMENTE.

1. **¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?**

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Peor que lo habitual
- Mucho peor que lo habitual

2. **¿Ha tenido la sensación de que necesita un reconstituyente?**

- No, en absoluto
- No más de lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

B. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha notado constantemente agobiado o en tensión?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

5. ¿Se ha asustado o tenido pánico sin motivo?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

- Más activo que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Bastante menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

- Más rápido que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Más tiempo que lo habitual
- Mucho más tiempo que lo habitual

3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

- Mejor que lo habitual
- Aproximadamente lo mismo
- Peor que lo habitual
- Mucho peor que lo habitual

4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

- Más satisfecho
- Aproximadamente lo mismo
- Menos satisfecho que lo habitual
- Mucho menos satisfecho que lo habitual

5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

- Más tiempo que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos útil que lo habitual
- Mucho menos útil que lo habitual

6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos capaz que lo habitual

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

D. 1. ¿Ha pensado que Ud. es una persona que no vale para nada?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

- Claramente, no
- Me parece que no
- Se me ha cruzado por la mente
- Claramente lo he pensado

5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?

- Claramente, no
- Me parece que no
- Se me ha cruzado por la mente
- Claramente lo he pensado

A. _____

B. _____

C. _____

D. _____

Total. _____

11.6. Anexo numero 6: Cuestionario AUDIT



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

Cuestionario AUDIT

1. ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica? Si la respuesta es nunca pase a la pregunta 9 y 10.
 - Nunca
 - Una o menos veces al mes
 - De 2 a 4 veces al mes
 - De 3 a 4 veces a la semana
 - 4 veces o más a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
 - 1 o 2
 - 3 o 4
 - 5 o 6
 - 7, 8 o 9
 - 10 o más

3. ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo dia?
 - Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Mensualmente
 - Semanalmente
 - A diario o casi a diario

4. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?
 - Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Mensualmente
 - Semanalmente
 - A diario o casi a diario

5. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
- Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Mensualmente
 - Semanalmente
 - A diario o casi a diario
6. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
- Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Mensualmente
 - Semanalmente
 - A diario o casi a diario
7. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
- Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Mensualmente
 - Semanalmente
 - A diario o casi a diario
8. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
- Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Mensualmente
 - Semanalmente
 - A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?
- No
 - Sí, pero no en el último año
 - Si, en el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que dejen de beber?
- No
 - Sí, pero no en el último año
 - Si, en el último año

11.7. Anexo numero 7: Test de Fageström



1859
Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

Test de Fageström

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE CONSUMO DE TABACO

OBJETIVO: El presente cuestionario tiene como finalidad recoger información para medir el consumo de tabaco. Este cuestionario es anónimo, de manera que usted tiene toda la libertad para responder con honestidad

1. ¿Usted fuma?

Si ()

No ()

Si la respuesta es “SI” continúe con el cuestionario. Si la respuesta es “NO” deje los espacios en blanco.

Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?

(3) Hasta 5 minutos

(2) De 6 a 30 minutos

(1) De 31 a 60 minutos

(0) Más de 60 minutos

2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?

(1) Sí

(0) No

3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?

(1) El primero de la mañana

(0) Cualquier otro

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

(0) Menos de 10 cigarrillos/día

(1) Entre 11 y 20 cigarrillos/día

(2) Entre 21 y 30 cigarrillos/día

(3) 31 o más cigarrillos

5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?

(1) Sí

(0) No

6. ¿Fuma, aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?


(1) Sí

(0) No

11.8. Anexo numero 8: Evidencia Fotográfica



Universidad Nacional de Loja
 Facultad de la Salud Humana
 Carrera de Medicina Humana


 Cuestionario AUDIT

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE CONSUMO DE ALCOHOL

1. ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica? Si la respuesta es nunca pase a la pregunta 9 y 10.

- Nunca
- Una o menos veces al mes
- De 2 a 4 veces al mes 2
- De 3 a 4 veces a la semana
- 4 veces o más a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?


- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- 7, 8 o 9
- 10 o más

3. ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

4. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario


 UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
 Facultad de Salud Humana
 Carrera de Medicina
 Tronco común Paralelo "A"
 Periodo: Prágrado octubre 2019- marzo 2020 presencial, Régimen 3013 MEDICINA

CONTROL DE ASISTENCIA

Fecha: _____ Docente: _____

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES		
1	Arevalo Robles Rebeca Camila		
2	Blacio Vásquez Dayanna Anaghely		
3	Bustamante Jaramillo Claudia Noelia		
4	Castro Vásquez Nayeli Esthefania		
5	Criollo Colimbo Julian Enrique		
6	Enriquez Jimenez Jeniffer Paulina		
7	Flores Castillo Edinson Manuel		
8	González Aguirre Shirley Melissa		
9	Guamán Morocho Jessica Lisbeth		
10	Jiménez Jiménez Leidy Margaret		
11	Negrón Yépez Anderson Roberto		
12	Peña Jiménez Nixon Ronald		
13	Pinzón Narváez Steeven Alexander		
14	Quirónez Román Luisa Fernanda		
15	Robles Armijos Paola Michelle		
16	Rodas Quinche Cinthya Elizabeth		
17	Sánchez Gómez Geraldine		
18	Torres Chamba James Karlyle		
19	Torres Solórzano Paola Belén		
20	Vargas Vargas Cristian Vicente		

Observaciones: _____

COORDINADOR

11.10. Anexo numero 10: Certificación de Traducción

Loja, 6 de julio de 2021

Carlos Fernando Chuchuca Pardo

CERTIFICADO EN SUFICIENCIA DEL IDIOMA INGLÉS POR THE CANADIAN HOUSE CENTER**CERTIFICO:**

Que he realizado la traducción de español a inglés del artículo científico y resumen derivado de la tesis denominada: **“Trastorno ansioso-depresivo y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja.”**. De autoría del señor: **JUAN CARLOS CHAMBA ABAD**, portador de la cédula de identidad número: **1150294385**, estudiante de la carrera de Medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, la misma que se encuentra bajo la dirección del Md. Byron Marcelo Salazar Paredes, Esp., previo a la obtención del título de Médico General.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente en lo que creyere conveniente.



Firmado electrónicamente por:
**CARLOS FERNANDO
CHUCHUCA PARDO**

Carlos Chuchuca Pardo

Certificado en suficiencia del idioma Inglés por The Canadian House Center

11.11. Anexo numero 11: Proyecto de tesis



1859

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

Tema:

“Trastorno ansioso-depresivo y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja”

Autor:

Juan Carlos Chamba Abad

2019

1 Tema

Trastorno ansioso-depresivo y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja”

2 Problemática

El trastorno ansioso-depresivo son una vinculación entre problemas depresivos y ansiosos es una circunstancia archiconocida por la investigación psicológica y psiquiátrica. En la práctica clínica, pocas veces se da de forma pura, siendo muy frecuente que los sujetos deprimidos acaben desarrollando problemas de ansiedad. Uno de los principales elementos en común entre ansiedad y depresión es que en ambos hay un elevado nivel de afecto negativo. Dicho de otro modo, ambos trastornos comparten el hecho de que en ambos se presenta un elevado nivel de dolor a nivel emocional, irritabilidad, malestar y sensaciones de culpabilidad y bajo estado de ánimo. (MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, 2018)

Los síntomas pueden ser severos, causando sufrimiento significativo para pacientes y sus familias. Todos ellos reflejan un desequilibrio en la reacción emocional o del estado de ánimo que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental, dentro de los cuales la depresión y ansiedad son un gran problema, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), La depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres, y alrededor de 260 millones tienen trastornos de ansiedad. (Organizacion mundial de la salud, 2019)

Las consecuencias de estos trastornos en términos de pérdida de la salud son enormes. La depresión está clasificada por la OMS como el mayor contribuyente a la discapacidad, la proporción de la población mundial con la depresión en el año 2015 se estima en 4,4%. La depresión es más común entre las mujeres (5,1%) que en hombres (3,6%). Las tasas de prevalencia varían según la edad, alcanzando un máximo en la edad adulta de más edad por encima de 7,5% entre mujeres de 55-74 años, y por encima de 5,5% en los hombres. La depresión también se presenta en niños y adolescentes menores de 15 años, pero a un nivel inferior al de los grupos de mayor edad. (Organización Mundial de la salud, 2017)

La proporción de la población mundial con trastornos de ansiedad en el año 2015 se estima en 3,6%. Al igual que con la depresión, los trastornos de ansiedad son más comunes entre las mujeres que en los hombres, 4,6% frente al 2,6% a nivel mundial. Las tasas de prevalencia no varían sustancialmente entre los grupos de edad, aunque hoy se observa una tendencia a menor prevalencia entre los grupos de mayor edad. (Organización Mundial de la salud, 2017)

En Europa 40 millones de personas sufren depresión que equivale al 12% de toda la población de Europa, además 36 millones de personas padecen ansiedad que es el 14%, siendo ambos trastornos más frecuentes en mujeres. En esta región, Ucrania tiene la mayor tasa de personas con depresión en relación a la población un 6,3 % o 2,8 millones, seguido por Portugal con 5,7 % o 578.234 y de Rusia con 5,5 % o 7,8 millones. Sobre la ansiedad Noruega tiene la proporción de personas con trastornos de ansiedad mayor en relación a la población, con un 7,4 % o 352.815 personas, seguido de Holanda 6,4 % o 1 millón y de Suiza y de Portugal con un 4,9 % en ambos casos. (Organización Mundial de la salud, 2017)

En España según la OMS, un total de 2.408.700 españoles sufrieron en 2015 depresión, lo que representa el 5,2 % de la población de España, 1.911.186 personas se vieron afectadas por trastornos relacionados con la ansiedad en 2015, lo que supone el 4,1 % de la población. (OMS, 2018)

En América Latina y el Caribe, los trastornos depresivos son la causa principal de discapacidad, seguida de los trastornos de ansiedad, los trastornos mentales producen 34% de la discapacidad, con poca variación de estos trastornos a nivel de cada uno de los país que conforman la región; de ese porcentaje, los trastornos depresivos producen 7,8% de la discapacidad. (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

En Colombia estudios realizados en estudiantes de medicina de una universidad de la ciudad de Medellín, donde participaron 217 estudiantes, de los cuales 119 (54.8%) fueron mujeres, el 94% estaban entre los 18 a 25 años y el mayor número de la población se encontraba en los primeros cuatro semestres (ciclo básico) (52.5%), los participantes presentaron niveles altos de depresión y ansiedad, con prevalencias del 56.2% y 48.3% respectivamente. (Mariantonia Lemos, 2018)

En Ecuador en un informe del Ministerios de Salud Pública (MSP) se indica que la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento en atención ambulatoria para el año 2015, fue de 92 casos por cada 1.000 habitantes, la depresión afecta en mayor medida a las mujeres. De las atenciones ambulatorias que registra el MSP, el número de casos de ellas triplica al de los hombres. En 2015 se registraron 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo por depresión; 36.631 corresponden a mujeres y 13.748 a hombres. (Ministerio de Salud del Ecuador, 2015)

En 2018 un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala que la depresión es la primera causa de discapacidad en el Ecuador con el 7,8%, ocupando el

segundo lugar en la región de las Américas. Además, la ansiedad es la causa del 5,2% de discapacidad en el país. (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, el alcohol cada año produce 3 millones de muertes por su consumo nocivo, lo que representa un 5,3% de todas las defunciones a nivel mundial, siendo los grupos etarios de 20 a 39 años los que se ven más afectados, representando un 13,5% de las defunciones atribuibles al consumo de alcohol. Con respecto al consumo de tabaco, cada año mueren 8 millones de personas, como mínimo por su consumo, y varios millones más padecen cáncer de pulmón, tuberculosis, asma o enfermedades pulmonares crónicas causadas por el tabaco. (OMS, 2018)

Las mayores tasas de consumo actual de alcohol corresponden a Europa (43,8%), donde en muchos países, el consumo comienza antes de los 15 años, además presentan una alta prevalencia entre hombres y mujeres (14,8% y 3,5%). (Consejo General de la Psicología de España, 2018)

En la región de América el consumo de alcohol promedio en las personas es de 8,4 litros de alcohol puro per cápita cada año, lo que coloca a la región en segundo lugar después de Europa, donde las personas consumen 10,9 litros por año. El 22% de los bebedores en las Américas tiene consumos episódicos fuertes de alcohol (por ejemplo, consumiendo seis bebidas estándar en una sola ocasión, una vez por mes o más). Según estimaciones de la OMS, la mortalidad atribuible al consumo de tabaco representa el 16% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares, el 25% por cáncer y más de la mitad (52%) por enfermedades crónicas respiratorias. El tabaco, ya sea por su consumo o por la exposición al humo, mata anualmente a casi un millón de personas en la Región. (OPS/OMS, 2017)

En los Estados Unidos mediante el indicador de consumo nocivo de alcohol (binge drinking), definido como beber cinco o más tragos en una sola ocasión para los hombres; y cuatro o más para las mujeres, en un lapso de dos horas, al menos una vez en los últimos 30 días. Los datos del estudio de 2016 de la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas y Salud, indican un consumo nocivo total de 24,2% (28,9% en los hombres y 19,8% en mujeres). El consumo de tabaco en este país de consumo de tabaco muestra un registro total de 19,1% de consumo nocivo de tabaco. (Organización de los Estados Americanos, 2019)

La prevalencia también varía ampliamente entre los países de la región sur de América. Entre aquellos para los cuales se cuenta con información estandarizada y comparable, la mayor prevalencia se da en Chile (38,7%), y las menores, en Ecuador y Panamá (7,4% y 6,5%, respectivamente). Al desagregar por sexo, se observa que esta prevalencia es más alta

en los hombres en todos los países. Sin embargo, en países como Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos y Uruguay, las prevalencias, debido al fenómeno de feminización del consumo de tabaco en la Región. (OPS/OMS, 2018)

Según el Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas en el Ecuador el 56,8% de la población aseguró haber usado alcohol en el último año y el 33% en el último mes. La Cuarta Encuesta Nacional a Estudiantes de 12 a 17 años (CONSEP 2012) informa que el 33,24% de estudiantes usó alcohol (ocasionalmente un 20,56%; regularmente un 7,03%; frecuentemente un 3,62%; e intensamente un 2,03%). El consumo nocivo de alcohol se produce tanto en individuos no dependientes como dependientes. (Organización Panamericana de la Salud, 2016)

La prevalencia de consumo de tabaco en el Ecuador es del 7,4%, siendo unos de los países con menor porcentaje en América latina, el consumo es mayor en los hombres 12,7%, que las mujeres con un 2,1%. (OPS/OMS, 2018)

En Ecuador las provincias que registran mayor consumo de alcohol, es la provincia de Galápagos con un 12%, y Bolívar presento el más bajo índice 3,9% en 2013. Loja ocupa el segundo lugar en consumo de alcohol. (INEC, 2013)

Para contribuir el conocimiento del tema; y a la escasa disponibilidad de estudios realizados al tema; se propone realizar el presente estudio descriptivo para determinar la salud mental y hábitos nocivos en la población de estudiantes de la carrera de medicina; para determinar su vulnerabilidad y conformar estrategias de promoción de salud y prevención. Se plantean las siguientes preguntas:

Pregunta central:

- ¿Cuál es la prevalencia del trastorno ansioso-depresivo y el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja?

Preguntas específicas:

- ¿Cuál es la prevalencia del trastorno ansioso-depresivo de acuerdo al sexo en los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja?
- ¿Cuáles es la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja?

- ¿Cuál es la relación entre el trastorno ansioso-depresivo respecto al consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja

3 Justificación

La depresión y los trastornos de ansiedad vienen siendo desde hace tiempo, un problema de interés no sólo por parte de los psiquiatras, sino también de los médicos y de la población general. En algunos casos, si no se reconocen y controlan, estos sentimientos que pueden causar enfermedades mentales, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), muchos problemas tienden a aparecer al final de la infancia o al comienzo de la adolescencia. No obstante, la etapa universitaria si bien es una edad en la que se sale y se conoce a muchas personas, es cierto que hay cambios importantes en la vida de estos jóvenes, en esta etapa se suele sufrir angustia y, al parecer, está relacionada con el estrés, la ansiedad, la soledad y la sensación de incapacidad para hacer frente a las actividades diarias.

El problema del consumo de sustancias psicoactivas se presenta en la actualidad como un fenómeno de origen multifactorial, sin duda el consumo genera un gran número de inconvenientes y denota una clara repercusión en la salud del individuo además afecta de manera directa o indirecta las esferas personal, laboral, familiar y social. Todo esto hace que adquiera una importancia notable en todos los programas de prevención y gestión de la salud.

Siendo parte de esta preocupación, y del aumento preponderante de este tipo alteraciones en los universitarios, constituye un medio propicio para el mejoramiento continuo de las condiciones de la salud; facilitando un escenario importante para la adquisición y el reforzamiento de hábitos sanos en el ámbito de la salud preventiva, para que los universitarios e puedan apropiar un estilo de vida saludable dentro y fuera de ella; disminuyendo de esta manera el riesgo de alteraciones de la salud mental. Por lo tanto, la Universidad no debe conformarse con el hecho de ser forjadora de los individuos y del desarrollo social y médico, debe también involucrar en su accionar la promoción de entornos saludables a través del desarrollo de planes, aspiraciones, eventos y políticas administrativas saludables a fin de fomentar el cuidado de la salud en la sociedad; determinar desarrollo de lineamientos que promuevan estilos y hábitos de vida saludables, para prevenir su aparición asociadas a los malos hábitos y estilos de vida poco saludables, generando cambios en la actitud de las personas en especial en los universitarios y demás personas que los rodean, constituyendo un población en riesgo.

El tema constituye parte de las líneas de investigación planteadas por el Ministerio de Salud Pública; ubicada dentro de salud mental y trastornos del comportamiento con respecto a las prioridades el Ministerio de Salud Pública del Ecuador; y dentro de la tercera Línea de

Investigación correspondientes a la carrera de Medicina humana, se enfoca en la Salud/Enfermedad adulto y adulto mayor en la Zona 7.

4 Objetivos

4.1 Objetivo General

- Identificar la prevalencia del trastorno ansioso-depresivo y el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja.

4.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia del trastorno ansioso-depresivo de acuerdo al sexo en los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja.
- Indicar la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja.
- Relacionar el trastorno ansioso-depresivo respecto al consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja.

5. Esquema de Marco Teórico

5.1 Trastorno ansioso – depresivo

5.1.1 Definiciones.

5.1.2 Depresión.

5.1.2.1 Síntomas.

5.1.2.2 Diagnostico.

5.1.2.3 Tratamiento.

5.1.2.5.1 Psicoterapia de depresión leve.

5.1.2.5.2 Psicoterapia y manejo en la depresión moderada y grave.

5.1.2.5.3 Tratamiento farmacológico.

5.1.3 Ansiedad.

5.1.3.1 Síntomas.

5.1.3.2 Diagnostico.

5.1.3.3 Tratamiento.

5.2 Sustancias psicoactivas

5.2.2. Consumo de alcohol.

5.2.3. Consumo de tabaco.

5. Marco Teórico

5.1 Trastorno ansioso – depresivo

5.1.1 Definiciones. En esta categoría están presentes síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no deberá usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación, solo puede hacerse un diagnóstico debe darse prioridad al de depresión. No debe utilizarse esta categoría si solo aparecen preocupaciones respecto a síntomas vegetativos. Si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionadas con cambios biográficos específicos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe de utilizarse la categoría trastornos de adaptación con ansiedad y depresión u otro trastorno mixto por ansiedad. (Vanegas, Germán; Velecela, José; Yanza, 2013)

5.1.2 Depresión. Es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (sentimientos de dolor profundo, de culpa, de soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida), volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a infecciones, etc.), por lo que es una afectación global de la vida psíquica. (Salud, 2015)

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. 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.

A nivel mundial se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (OMS, 2018)

Según la Región de la OMS, desde una prevalencia menor de 2,6% en los hombres de la Región del Pacífico Occidental es de 5,9% en las mujeres de la Región de África. Las tasas

varían según la edad y alcanzan su punto máximo en la edad más adulta (por encima de 7,5% en mujeres de edades comprendidas entre los 55 y 74 años, y por encima de 5,5% en hombres). La depresión también ocurre en niños y adolescentes menores de 15 años, pero en un grado menor que en los grupos de mayor edad. Casi la mitad de estas personas viven en la Región de Asia Sudoriental y en la Región del Pacífico Occidental, lo que refleja las poblaciones relativamente más grandes de esas dos regiones. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

Este trastorno afecta, aproximadamente, al doble de mujeres con respecto a los hombres. Las diferencias por sexo son perceptibles, siendo la tasa de mortalidad por esta causa de 8.1 por cada 100 mil hombres y de 1.7 suicidios por cada 100 mil mujeres. (Pérez-Padilla, 2017)

5.1.2.3 Síntomas. Se presenta con conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). Se presentan con más frecuencia pensamientos relativos al suicidio e intentos de suicidio. Es frecuente que el trastorno depresivo se presente asociado a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. Y se ve afectado fundamentalmente en cuatro esferas: (MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, 2018)

- a) Esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o entumecimiento psicomotor, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte. Pueden presentarse también ideas e intentos de suicidio.
- b) Esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales.
- c) Esfera familiar: conflictos, empeoramiento en las relaciones interpersonales o repercusiones en otros miembros de la familia.
- d) Esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnias), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito.

5.1.2.2 Diagnóstico. Las siguientes tablas presentan los criterios para depresión según los sistemas de clasificación diagnóstica CIE 10 y DSM IV-TR:

Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo, CIE-10.

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.
- C. Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

Síndrome Somático

Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos, de aquí denominados “somáticos” tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se usan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

- (1) Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes, en actividades que normalmente eran placenteras.
- (2) Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.
- (3) Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- (4) Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- (5) Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas)
- (6) Pérdida marcada de apetito
- (7) Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes)
- (8) Notable disminución la libido.

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, CIE-10. OMS.

Autor. American psychiatric association.

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10:

- **Episodio depresivo leve.** - Están presentes los criterios generales, al menos dos síntomas del criterio B y uno o más de los síntomas del criterio C para que la suma total de síntomas sea al menos. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

- **Episodio depresivo moderado.** - Están presentes los criterios generales, al menos dos síntomas del criterio B y síntomas adicionales del criterio C, hasta sumar un mínimo de seis síntomas en total. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
- **Episodio depresivo grave (sin síntomas psicóticos).** - Deben estar presentes los criterios generales, los tres síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de ocho síntomas en total. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes; en especial, la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son comunes las ideas y las acciones suicidas, y se presentan síntomas somáticos importantes. El episodio grave sin síntomas psicóticos incluye episodios aislados de depresión mayor y depresión vital, pero excluye alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.
- **Episodio depresivo grave (con síntomas psicóticos).** - Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. Los criterios son dos: i) ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia (es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondríaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio; ii) estupor depresivo. Si cumple cualquiera de los dos criterios más los criterios de episodio depresivo grave se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Los episodios depresivos graves con síntomas psicóticos pueden incluir episodios aislados de depresión mayor con síntomas psicóticos, psicosis depresiva psicógena, depresión psicótica y psicosis depresiva reactiva.

Criterios para el Episodio Depresivo Mayor, DSM-IV-TR

A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de dos semanas y representen un cambio respecto del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

Nota: no incluye síntomas que se explican claramente por una condición médica general, estado de ánimo incongruente, delirios o alucinaciones.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el sujeto (ej. Sentirse triste o vacío) u observado por otros (ej. Apariencia llorosa). Nota: en niños y adolescentes puede ser humor irritable

(2) Marcada disminución del interés o del placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros)

(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo de peso (ej. variación del 5% del peso corporal en un mes), o bien una disminución o aumento del apetito casi todos los días. Nota: en niños considere no alcanzar la ganancia de peso esperada

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días (observado por otros, no simplemente la sensación subjetiva de cansancio o de estar enlentecido).

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. Abuso de drogas, medicamentos), ni a una enfermedad médica general (ej. Hipotiroidismo)

E. Los síntomas no son mejor explicados por un duelo. Es decir que, tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por un marcado deterioro funcional, preocupación insana con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Autor. American psychiatric association.

5.1.2.3 Tratamiento. En el tratamiento se lo puede clasificar de acuerdo a la gravedad.

5.1.2.3.1 Psicoterapia de depresión leve. Para pacientes adultos con depresión leve, se deben realizar intervenciones psicoterapéuticas de menor intensidad (psicoeducación) como primera opción, En la depresión leve-moderada, se recomienda considerar un tratamiento psicológico breve (como terapia cognitivo conductual o la terapia de solución de problemas), de seis a ocho sesiones durante 10-12 semanas. La terapia psicodinámica de corto plazo se considera para todas las personas con depresión leve a moderada, con una duración entre 16-20 sesiones en 4-6 meses. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

5.1.2.3.2 Psicoterapia y manejo en la depresión moderada y grave. En los pacientes con depresión grave, se debe iniciar primero el manejo antidepresivo y, cuando se observe respuesta, iniciar la intervención en crisis* con apoyo del psicólogo, para pacientes adultos con depresión moderada o grave, se recomienda una combinación de medicamentos antidepresivos y psicoterapia. El tratamiento psicológico de elección en la depresión moderada-grave es la terapia cognitivo conductual o terapia interpersonal (TIP), de 16 a 20 sesiones durante cinco meses. Para las personas que reciban terapia interpersonal (TIP), la duración del tratamiento debe ser entre 16-20 sesiones en 3-4 meses. Para aquellas con depresión moderada a grave, se debe considerar proveer dos sesiones por la semana durante las primeras 2-3 semanas y 3-4 sesiones de seguimiento a lo largo de los 3-6 meses siguientes para todas las personas con depresión. Las estrategias de abordaje de episodios depresivos graves son la terapia cognitivo conductual o interpersonal en conjunto con fármacos antidepresivos. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

5.1.2.3.3 Tratamiento farmacológico. Como se mencionó, el tratamiento farmacológico solo se lo administra a pacientes con depresión moderada o grave. Las únicas excepciones son las depresiones leves con antecedentes de depresión moderada o grave o con síntomas que persisten a pesar de otras intervenciones. La selección inicial del tratamiento farmacológico son los inhibidores selectivos de la recaptación serotonina (ISRS) son los antidepresivos con mayor evidencia y con mejor balance riesgo-beneficio, por lo que deben considerarse la primera elección de tratamiento. Fuerte a favor La primera línea de tratamiento farmacológico para los adultos con diagnóstico de depresión puede ser con fluoxetina o sertralina (ISRS). Se considera como alternativa a la amitriptilina (ATC) o mirtazapina (NaSSA), siempre y cuando sean consideradas también las características del cuadro clínico del paciente y sus preferencias. la primera línea de tratamiento son fluoxetina,

sertralina o mirtazapina. En caso de necesitar un cambio de antidepresivo se sugiere usar como segunda línea de tratamiento las alternativas de la primera línea que no fueron prescritas entre fluoxetina o sertralina (ISRS), amitriptilina(ATC) o mirtazapina (NaSSA). La tercera línea de tratamiento incluye a otros antidepresivos tricíclicos (ATC), otros inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y a inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina. La cuarta línea de tratamiento son los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). (Ministerio de Salud Pública, 2017)

5.1.3 Ansiedad. Es una reacción normal ante situaciones de peligro o de amenaza. Es probablemente la emoción más fundamental. No solo es experimentada por todos los seres humanos, también se observan reacciones de ansiedad en todas las especies animales. Los estados de ansiedad varían según su intensidad, desde la inquietud ligera hasta el terror y el pánico. La duración de estas sensaciones puede también variar, y oscilar entre el nerviosismo de un instante y la angustia permanente. (R&A Psicólogos, 2018)

Existe una significativa variabilidad en la prevalencia de los trastornos de la ansiedad, con diferencias notables entre muestras de la población general. Por ejemplo, recientemente, en E.E.U.U. de Norteamérica, la tasa de prevalencia anual de trastornos de la ansiedad en la población general es del 12,6%; los más frecuentes son la "fobia social" y la "fobia específica" (con tasa de prevalencia global que oscila entre 10 y 11%). La tasa de prevalencia del trastorno de angustia es de 1,3% en la población y la tasa de prevalencia global del trastorno de ansiedad generalizada es de aproximadamente del 5%. Se estima que la prevalencia anual del trastorno obsesivo - compulsivo es del 2,1%. Todos los trastornos de la ansiedad (con la posible excepción del obsesivo-compulsivo) se encuentran con más frecuencia en las mujeres que en los hombres (por ejemplo, el trastorno de angustia se diagnostica dos veces más en mujeres que en hombres). Aunque la mayoría de los trastornos de la ansiedad (por ejemplo: angustia y obsesión - compulsión) se inician habitualmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta, algunas veces comienzan durante la infancia; por definición, desde luego, la ansiedad "por separación" se inicia en etapas infanto - juveniles. (CAMPANA, 2013)

5.1.3.1 Síntomas. Las personas con ansiedad suelen ir a lo largo de todo el día tensos y con preocupaciones excesivas, aunque no exista nada suficientemente importante que lo justifique. Estas preocupaciones anticipan el desastre y pueden abarcar cualquier tema (salud, dinero, pareja, familia, trabajo), aunque cada paciente suele tener un grupo de temas más frecuentes. La intensidad de las preocupaciones puede llegar a bloquear la toma de

decisiones cotidianas y a interferir de forma severa en la vida diaria. Físicamente aparece dificultad para relajarse o concentrarse y para el descanso nocturno. Todo esto tiende a facilitar la presencia de fatiga, dolores de cabeza, contracturas y tensión muscular elevada, como múltiples posibles síntomas inespecíficos digestivos, respiratorios o cardíacos que afortunadamente no corresponden a otras enfermedades. (Pastrana, 2016)

5.1.3.2 Diagnóstico. Para efectuar el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, los especialistas se basan en los criterios diagnósticos del DSM-V o del CIE-10, dos clasificaciones de las enfermedades consensuadas por especialistas de diferentes nacionalidades y reconocido prestigio.

- Criterios diagnósticos American Psychiatric Association.

F. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
G. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses (Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem):
7. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
8. Fácilmente fatigado.
9. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
10. Irritabilidad.
11. Tensión muscular.
12. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
H. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
I. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).
J. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración

negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Fuente. Manual of mental disorders, Fourth edition.

Autor. American Psychiatric Association

Para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada CIE 10

A. Un período de al menos 6 meses de notable ansiedad, preocupación y sentimientos de aprensión (justificados o no) en relación con acontecimientos y problemas de la vida cotidiana

B. Por lo menos 4 de una lista de 22 síntomas, y al menos un síntoma del 1 al 4:

Síntomas autónomos

1. Palpitaciones o golpeteo del corazón o taquicardia
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sequedad de boca no debida a fármacos o deshidratación

Síntomas toracoabdominales

5. Dificultad para respirar
6. Sensación de ahogo
7. Dolor o malestar en el pecho
8. Náuseas o malestar abdominal
9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento
10. Sensación de irrealidad (desrealización) o de sentirse fuera de la situación (despersonalización)
11. Sensación de ir a perder el conocimiento o el control, o de volverse loco
12. Miedo a morir
13. Síntomas relacionados con el estado mental
14. Síntomas generales
15. Oleadas de calor o escalofríos
16. Adormecimiento o sensación de hormigueo

Síntomas de tensión

17. Tensión muscular o dolores y parestesias

<p>16. Inquietud y dificultad para relajarse</p> <p>17. Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión o de tensión mental</p> <p>18. Sensación de nudo en la garganta o de dificultad para tragar</p> <p>Otros síntomas no específicos</p> <p>19. Respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos</p> <p>20. Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco, debido a la preocupación o ansiedad</p> <p>21. Irritabilidad persistente</p> <p>22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones</p>
<p>C. El trastorno no satisface todos los criterios para trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno hipocondríaco.</p>
<p>D. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: el trastorno no se debe a un trastorno orgánico específico, tal como hipertiroidismo, un trastorno mental orgánico o un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, como un consumo excesivo de sustancias de efectos anfetamínicos o abstinencia a benzodiazepinas</p>

Fuente. Manual of mental disorders, Fourth edition.

Autor. American psychiatric association.

Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada DSM IV CIE 10

<p>A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar) que se prolonga más de seis meses.</p>
<p>B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.</p>
<p>C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de seis meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inquietud o impaciencia. -Fatigabilidad fácil. -Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco. -Irritabilidad. -Tensión muscular. -Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje 1: por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

K. Estas alteraciones no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Fuente. Manual of mental disorders, Fourth edition.

Autor. American psychiatric association.

5.1.3.3 Tratamiento. Abordaje no farmacológico de los trastornos de ansiedad generalizada: Las técnicas para el manejo de la ansiedad permiten al paciente controlar sus preocupaciones y miedos a través de la distracción y del cuestionamiento de sus bases lógicas para sustituirlas por modos más racionales de pensamiento. (Hernández Sánchez)

- a. Entrenamiento en relajación. Puede reducir la ansiedad si el paciente lo practica con regularidad, pero con frecuencia es difícil convencer a los pacientes para que lo hagan. El entrenamiento en relajación en grupo puede mejorar la motivación.
- b. Animar al paciente a realizar actividades de ocio y a retomar las actitudes que han sido beneficiosas para él en el pasado.
- c. Identificar y superar preocupaciones exageradas
- d. Buscar soluciones para tratar de afrontar estos pensamientos negativos cuando se presenten
- e. Tratamiento de la hiperventilación: Para cortar un episodio agudo el paciente debe respirar en una bolsa para aumentar la concentración alveolar de dióxido de carbono.

Con este método también demostramos al paciente que algunos de los síntomas se deben a la hiperventilación.

f. Para evitar otros episodios de hiperventilación deben entrenarse para respirar de forma lenta y controlada, primero supervisándolo y después en su casa

5.2 Consumo de sustancias psicoactivas

5.2.1. Consumo de alcohol. El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es uno de los principales factores de riesgo para la salud de la población en todo el mundo y tiene una repercusión directa sobre muchas de las metas relacionadas con la salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incluidas las de la salud materno-infantil, las enfermedades infecciosas (infección por el VIH, hepatitis virales, tuberculosis), las enfermedades no transmisibles, la salud mental, los traumatismos y las intoxicaciones. (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

El inicio del consumo de alcohol se sitúa en la adolescencia temprana para la mayoría de los individuos. La adolescencia es reconocida como una etapa crítica, por ser una etapa de transición, donde muchos adolescentes tienen problemas para manejar tantos cambios a la vez y pueden desarrollar conductas de riesgo, como lo es el consumo de drogas, esto debido a la inexperiencia, al sentimiento de invulnerabilidad y al interés de experimentar con nuevos comportamientos. (Ahumada-Cortez, Gámez-Medina, & Valdez-Montero, 2017)

Cada año se producen 3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,3% de todas las defunciones. El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD), provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 13,5% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol. Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos. (salud, 2018)

El consumo de alcohol varía ampliamente en la población general de las Américas; la prevalencia del último mes varía de 9,5% en El Salvador a 52% en Argentina y Uruguay. Las tasas de uso más altas (más del 50%) se encuentran tanto en América del Norte como en América del Sur. (Ahumada, Araneda, & Clarke, 2019)

El alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol

conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades. El consumo nocivo de alcohol también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Asimismo, el consumo nocivo de alcohol genera una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad. (salud, 2018)

El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito. Una proporción importante de la carga de morbilidad y mortalidad atribuibles al uso nocivo del alcohol corresponde a los traumatismos, sean o no intencionados, en particular los resultantes de accidentes de tránsito, actos de violencia y suicidios. Además, los traumatismos mortales atribuibles al consumo de alcohol tienden a afectar a personas relativamente jóvenes. (salud, 2018)

5.2.3. Consumo de tabaco. Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar. (OMS, 2018)

Los efectos nocivos del humo del tabaco sobre los pulmones son casi inmediatos (3). El humo del tabaco reduce la función pulmonar y causa dificultad para respirar debido a la inflamación de las vías respiratorias y la acumulación de mucosidad en los pulmones. Los síntomas respiratorios inmediatos son tan solo una parte del daño que el tabaco causa en los pulmones. (Organización Mundial de la Salud 2019, 2019)

El consumo de tabaco es la principal causa prevenible de cáncer y de muertes por cáncer. Puede causar no solo cáncer de pulmón, sino también cáncer de boca y garganta, laringe, esófago, estómago, riñón, páncreas, hígado, vejiga, cuello uterino, colon y recto, y un tipo de leucemia. Todos los años, 660 000 personas en los EE.UU. reciben un diagnóstico de un

cáncer relacionado con el consumo de tabaco y 343 000 mueren por esta misma causa (CDC, 2016)

A lo largo de los últimos años se ha logrado acumular una gran cantidad de evidencia sobre la abrumadora carga económica que el tabaquismo impone a la sociedad. Se estima que el costo económico del tabaquismo asciende a US\$ 1,4 billones anuales a nivel mundial, y que aproximadamente 40% corresponde a países de bajos y medianos ingresos. Esto puede llegar a representar pérdidas para los países de hasta 1% de su producto interno bruto (PIB). (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

La mayoría de las personas que comienzan a fumar lo hacen en la adolescencia, en parte para identificarse con los adultos. El tabaquismo resulta muy accesible tanto por la multiplicidad de lugares de venta, como por el precio, con campañas de publicidad que identifican valores especialmente atractivos para el joven. Al mismo tiempo es una de las adicciones físicas más intensas. La Organización Mundial de la Salud, identificó estos factores y propuso estrategias para controlar esta epidemia a nivel mundial: aumentar el precio de los cigarrillos, prohibir -o regular- la publicidad, generar ambientes cerrados libres de humo de tabaco (sólo fumar afuera), prohibir que las empresas tabacaleras patrocinen eventos, incorporar información fuerte del daño del tabaco en el atado de cigarrillos, entre otros. (DIRECCION NACIONAL DE PROMOCION DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, 2018)

6 Metodología

6.1 Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, de enfoque cuantitativo y de corte transversal.

6.2 Área de estudio

El presente estudio se desarrollará en la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja en ciudad de Loja-Ecuador; en el periodo noviembre 2018- marzo 2020

6.3 Universo

La población consta 839 estudiantes que pertenecen a la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja en ciudad de Loja-Ecuador; en el periodo septiembre 2019-marzo 2020

6.4 Muestra

Estudiante de la carrera de medicina de los ciclos primero, segundo y tercer ciclo de la Universidad Nacional de Loja en ciudad de Loja-Ecuador; en el periodo septiembre 2019 - marzo 2020

6.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

6.5.1 Criterios de Inclusión

- Estudiantes que estén cursando el primero, segundo y tercer ciclo de la carrera de medicina en la Universidad Nacional de Loja
- Estudiantes mayores de 18 años de edad.
- Estudiantes que deseen participar de la investigación y firmen el consentimiento informado.

6.5.2 Criterios de Exclusión

- Estudiantes que presenten alguna enfermedad concomitante que les impida participar en el estudio.
- Estudiantes que en el día de recolección de datos se encuentren ausentes.

6.6 Métodos, Instrumentos y Procedimientos

6.6.1 Métodos. Para la recolección de información se recurrirá a la utilización del instrumento adaptado por el responsable para determinar el estado de salud mental y hábitos nocivos de los participantes; usándose un lenguaje comprensible y acorde al grupo en estudio.

6.6.2 Instrumentos. El presente proyecto de investigación se llevará a cabo mediante la estructuración del consentimiento informado el cual estará elaborado según lo establecido

por el comité de evaluación de ética de la investigación (CEI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), mismo que contiene una introducción, propósito, tipo de intervención, selección de participantes, principio de voluntariedad, información sobre los instrumentos de recolección de datos, procedimiento, protocolo, descripción del proceso, duración del estudio, beneficios, confidencialidad, resultados, derecho de negarse o retirarse, y a quien contactarse en caso de algún inconveniente (Anexo 1). Además, se aplicará el instrumento General Health Questionnaire (G.H.Q.-28) (Anexo 2) para determinar ansiedad y depresión, este test fue ideado en 1972 por Daniel Goldberg recomendada por la validación española, este consta en la parte superior de la hoja espacios en blanco en los cuales se colocarán los datos de identificación correspondientes como el nombre, número de cédula, edad, sexo que son necesarios para el estudio. En el resto de la hoja se enumeran cada uno de las interrogantes que nos permitirán, obtener una puntuación, el instrumento consta de cuatro partes, divididos en componente A, B, C y D. La interpretación es sencilla y automática. En cada una de las subescalas se cuenta el número de respuestas en cualquiera de las dos columnas de la derecha subrayada o rodeada con un círculo, desechando las dos columnas de la izquierda; se anotan y se suman para dar una puntuación total. Mediante la suma de los puntos de todos los componentes, se obtendrá un valor total mediante el podremos, podremos saber frente a qué caso de alteración nos encontramos.

Para los hábitos nocivos, dentro del consumo de alcohol se usará el cuestionario AUDIT (Anexo 3), 1. este test fue desarrollado y validado por la Organización Mundial de la Salud como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. el cuál consta 10 ítems, el cual evalúa la frecuencia consume alguna bebida alcohólica, las consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal, con qué frecuencia ha tomado 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día, con qué frecuencia en el curso del último año que ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado, con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido, con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior, si algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que dejen de beber; el instrumento se valorará mediante la puntuación, si la misma es < 7 puntos se considera que no tiene problemas relacionados con alcohol y por lo tanto no tiene factor de riesgo cardiovascular, mientras que en el estudio se tomará que un puntaje > 8

puntos, como ya problemas relacionados al consumo de bebidas alcohólicas por lo que constituye un factor de riesgo cardiovascular en la población adolescente.

Para la valoración del consumo de tabaco, se usará el cuestionario para prevalencia del cuestionario conocida internacionalmente como Test de Fageström, (Anexo.4), la cual fue creada en el año 1978 el doctor Karl Fagerström y posterior mente fue validada por la comunidad médica. Los indicadores de máxima prioridad se elaboran a partir de las tres preguntas que evalúan la prevalencia del consumo de tabaco. La primera pregunta (P1) evalúa el consumo actual, desde la segunda pregunta se evalúa la frecuencia de consumo de los fumadores. Es imprescindible que estas preguntas se incluyan en las encuestas con las que se desee examinar las tasas básicas de prevalencia del consumo de tabaco.

6.6.3 Procedimiento. El presente estudio se llevará a cabo luego de la correspondiente aprobación del tema de investigación por parte de la gestora académica de la Carrera de Medicina, posteriormente se solicitará la pertinencia y la asignación del director de tesis. Una vez asignado el director, se harán los trámites pertinentes dirigidos al Decano de la carrera de medicina para obtener la autorización de recolección de la información de los estudiantes, además del consentimiento informado que debe estar firmado por los estudiantes que desean participar del proyecto, mencionando que la participación del estudio no tendrá riesgos para los sujetos. De ellos se espera obtener la disponibilidad y voluntariedad, para que puedan formar parte del estudio. Luego se les informará el propósito del estudio; consecutivamente se procederá a la socialización del consentimiento informado y su respectiva autorización.

Con la autorización mediante el consentimiento informado de los pacientes se procederá a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, G.H.Q.-28, AUDIT y Fageström, que se describieron anteriormente. Para ello se le otorgará a cada participante la encuesta estructurada, además del registro que será llenado por cada participante.

6.7 Plan de tabulación y análisis de datos. Luego de la recolección de información con el instrumento, se procesarán y almacenarán los datos obtenidos en el programa (EXCEL) y SPSS versión 25, luego de lo cual se representarán gráficamente los resultados obtenidos en tablas de frecuencia, porcentajes o mediante cuadros.

Luego de ello se procederá al análisis de los resultados obtenido.

6.8 Recursos

6.8.1 Recursos humanos:

Muestra: Estudiantes que estén cursando la carrera de medicina en la Universidad Nacional de Loja en ciudad de Loja-Ecuador; en el periodo 2019.

Autoridades: de la Universidad Nacional de Loja (UNL), específicamente Decano de la Facultad de la Salud humana (FSH), y Directora de la Carrera de Medicina.

Tesista: Juan Carlos Chamba Abad

Director de tesis: Docente de la carrera de Medicina Humana.

6.8.2 Recursos materiales:

6.8.2.1 Equipos, suministros, reactivos e instalaciones

6.8.2.1.1 Suministros:

- Impresora (propio)
- Material de escritorio (propio)
- Textos/bibliografía (biblioteca de la Universidad)
- Laptop (propio)
- Transporte (Publico)

6.8.2.1.2 Instalaciones:

- Área de la salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

6.7 Variables de estudio

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Definición	Tipo	Valores
Edad	Tiempo transcurrido medido en años desde el momento del nacimiento.	Biológico	Edad		Cuantitativa	Grupo etario - 18 - 20 años - 21 - 23 años - > 24
Sexo	Conjunto de particularidades y rasgos físicos que diferencia a los miembros del sexo masculino y femenino	Biológico	Sexo		Cualitativa	- Femenino - Masculino
Trastorno ansioso-depresivo	Define los pacientes que sufren tanto de ansiedad como de depresión, "pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado.	Psicológico	Depresión	Trastorno de salud mental que se caracteriza por depresión persistente o pérdida de interés en las actividades, lo que puede causar dificultades significativas en la vida cotidiana.	Cuantitativa	Encuesta General Health Questionnaire (G.H.Q.-28)
			Ansiedad	Preocupación y miedo intensos, excesivos y continuos ante situaciones cotidianas	Cuantitativa	Encuesta General Health Questionnaire (G.H.Q.-28)

Sustancias psicoactivas.	son todas aquellas que se introducen en el organismo por cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras), que producen una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y modifican la conciencia, el estado de ánimo.	Biológico	Alcoholismo	El alcoholismo es la incapacidad de controlar el consumo de alcohol debido a una dependencia física y emocional.	Cuantitativa	Encuesta AUDIT
			Tabaquismo	Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo de tabaco.	Cuantitativa	Test de Fageström

7 Cronograma

TIEMPO	2019																2020																			
	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL							
ACTIVIDAD	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del proyecto																																				
Revisión Bibliográfica																																				
Aprobación del Proyecto																																				
Recolección de Datos																																				
Organización de la información																																				
Tabulación y análisis de datos																																				
Redacción de informe																																				
Revisión de informe final																																				
Presentación informe final																																				

8 Presupuesto.

Concepto	Cantidad	Costo unitario (usd)	Costo total (usd)
Viajes técnicos			
Viajes	30	1.50	45.00
Pasajes	40	1	40.00
Materiales y suministros			
Hojas papel A4	100	0.10	10.00
Lápices	20	0.50	10.00
Esferos: rojo, azul y negro	30	1	30.00
Sobres manila	25	1	25.00
Recursos bibliográficos y software			
Libros	10	20	200.00
Programas informáticos	2	200	500.00
Equipos			
Computadora	1	700	700.00
Impresora	1	300	350.00
Total			<u>1910.00</u>

8 Bibliografía

- Organización de los Estados Americanos. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas*. Washington: Inter-American Drug Abuse Control Commission.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Informe sobre el control del tabaco en la Región. *OPS*.
- Ahumada, G., Araneda, J. C., & Clarke, P. (2019). Informe sobre el consumos de la drogas en las Americas. *Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)*.
- Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., & Valdez-Montero. (2017). EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA. *Ra Ximhai*.
- CAMPANA, H. (2013). EPIDEMIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD. *REVISTA DE LA UNIVERSIDAD DE MENDOZA*.
- CDC. (2016). *El cáncer y el consumo de tabaco*. Obtenido de CENTRO DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES : <https://www.cdc.gov/spanish/signosvitales/cancer-tabaquismo/index.html>
- Consejo General de la Psicología de España. (20 de 11 de 2018). *Nuevo informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018*. Obtenido de Consejo General de la Psicología de España: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7690
- DIRECCION NACIONAL DE PROMOCION DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. (2018). *Tabaco*. Obtenido de DIRECCION NACIONAL DE PROMOCION DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/tabaco>
- FEAFES. (2018). *La "Guía de estilo" de FEAFES, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y personas con enfermedad mental*. Obtenido de FEAFES: <https://www.feafesapaem.org/>
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. (2018). *Fundación de Ayuda contra la Drogadicción*. Obtenido de Fundación de Ayuda contra la Drogadicción: <http://enfamiliafad.org/para-familias/comunidad/noticias/466-barometro-juvenil-de-vida-y-salud-fad-mutua-madrilena>
- Hernández Sánchez, M. M. (s.f.). TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y TRANSTORNOS DE ADAPTACION EN ATENCION PRIMARIA. En M. M. Hernández Sánchez, *Guía de Actuación Clínica en A. P.*

- INEC. (2013). *encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares Urbanos y Rurales 2011-2012*. Quito.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2018). Obtenido de Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Mariantonia Lemos, M. H.-P.-M. (2018). Estrés y Salud Mental en Estudiantes de medicina: Relación con Afrontamiento y Actividades Extracurriculares. *iMedPub Journals*.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente*. Quito: Editogran - Medios Públicos EP.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia*. España: Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- MSP. (2015). La depresión requiere mayor atención del sistema sanitario. *redaccion medica*.
- OCDE/UE 2018. (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle (Resumen en español). *OECD Publishing*. Obtenido de <https://doi.org/10.1787/fd41e65f-es>
- OMS. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- OMS. (2018). *Depresión*. Obtenido de ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS. (7 de 2018). *Tabaquismo*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/topics/tobacco/es/>
- OPS/OMS. (2017). *ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA FORTALECER EL CONTROL DEL TABACO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS 2018-2022*. Washington.
- OPS/OMS. (2018). *INFORME SOBRE EL CONTROL DEL TABACO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS*. Washington.
- Organización Mundial de la salud. (2017). *Depresión y otros Trastornos mentales comunes*. Ginebra: OMS Producción Servicios, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud 2019. (2019). NO DEJES QUE EL TABACO TE QUITE LA RESPIRACIÓN . *OMS*.
- Organizacion mundial de la salud. (2019). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Obtenido de Organizacion mundial de la salud: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/

- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2015). *Las 10 principales causas de defunción*.
Mundial: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud - Capítulo Ecuador*.
Quito.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *a. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. *Organización Panamericana de la Salud*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *OPS insta a aumentar la inversión en salud mental*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14999:mental-health-spending-must-increase-in-order-to-meet-current-needs-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es
- Pastrana, J. I. (2016). *Trastornos de ansiedad y estrés*. Madrid.
- Pérez-Padilla, E. A. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Rev Biomed*.
- R&A Psicólogos. (2018). *Ansiedad / terapia psicológica*. Obtenido de R&A Psicólogos:
<https://www.ryapsicologos.net/salud-y-trastornos-mentales/ansiedad/>
- Rosales-Aguilar, M. (2018). Consumo de bebidas con cafeína y sus efectos en estudiantes de Medicina de la Universidad Autónoma de tijuana. *Revista iberoamerica de las ciencias de la salud*.
- Salud, C. N. (2015). *Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto*.
mexico: CENETEC.
- salud, O. M. (2018). *ALCOHOL*. Obtenido de Organización Mundial de la salud:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- VASSILIS KAPSAMBELIS. (2012). *MANUAL DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA Y PSICOPATOLÓGICA DEL ADULTO*. Paris: Fondo de Cultura Económica.

10 Anexos

10.1 Anexo 1 Consentimiento informado.



**Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana**

Consentimiento Informado.

Juan Carlos Chamba Abad, estudiante de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja me encuentro investigando Trastorno ansioso-depresivo y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja. Informaré e invitaré a participar de esta investigación, considerando que no tiene ningún riesgo hacerlo. Para participar es necesario que sea autorizado por usted. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me avisa para darme tiempo a explicarle.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Tanto si elige participar o no, continuarán normalmente y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y decidir que abandonará la investigación, aun cuando haya aceptado antes.

Se necesita valorar su estado emocional y sus hábitos respecto al consumo de sustancias, deberá llenar un registro escrito de valores asignados a cada una de las escalas asignada para cada variable.

Se considera importante que debe saber que no se compartirá la identidad de aquellos que participen en este proyecto y que la información que se recoja en el transcurso de la investigación se mantendrá confidencial.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactarme por medio del teléfono celular 0986007242, o al correo electrónico jchambaa@unl.edu.ec.

He sido invitado a participar en la investigación “**Trastorno ansioso-depresivo y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja**”. Entiendo que tendré que responder a cada uno de los indicadores mostrados en el cuestionario preparado por el tesista. Sé que no se me recompensará económicamente. Se me ha proporcionado el nombre del investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre, número telefónico y su correo

electrónico.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente que participaré en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del participante _____

Cédula del participante _____

Firma del representante participante _____

Fecha _____

10.2 Anexo 2 Instrumento: Cuestionario



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

Cuestionario General Health Questionnaire (G.H.Q.-28 items)

Apreciado estudiante, mi nombre es Juan Carlos Chamba Abad, soy estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja. A continuación, le voy a realizar unas preguntas, a fin de saber si Ud. ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor conteste a TODAS las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido Ud. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales. Es importante que trate de responder a TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración. Las respuestas colocadas en el presente cuestionario serán utilizadas únicamente para fines de investigación en salud, se le agradece de antemano su participación.

Nro.	5. Nombre:
	6. Número de cédula:
	7. Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	8. Edad:

1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Peor que lo habitual
- Mucho peor que lo habitual

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesita un reconstituyente?

- No, en absoluto

ÚLTIMAMENTE.

- No más de lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

B. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual

- Mucho más que lo habitual

2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha notado constantemente agobiado o en tensión?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

5. ¿Se ha asustado o tenido pánico sin motivo?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual

- Mucho más que lo habitual

C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

- Más activo que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Bastante menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

- Más rápido que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Más tiempo que lo habitual
- Mucho más tiempo que lo habitual

3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

- Mejor que lo habitual
- Aproximadamente lo mismo
- Peor que lo habitual
- Mucho peor que lo habitual

4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

- Más satisfecho
- Aproximadamente lo mismo
- Menos satisfecho que lo habitual
- Mucho menos satisfecho que lo habitual

5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

- Más tiempo que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos útil que lo habitual
- Mucho menos útil que lo habitual

6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual

- Mucho menos capaz que lo habitual

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

D. 1. ¿Ha pensado que Ud. es una persona que no vale para nada?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

- Claramente, no
- Me parece que no
- Se me ha cruzado por la mente
- Claramente lo he pensado

5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual

- Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?

- Claramente, no
- Me parece que no
- Se me ha cruzado por la mente
- Claramente lo he pensado

A. _____

B. _____

C. _____

D. _____

Total. _____

10.3 Anexo 3 Cuestionario AUDIT



Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

Cuestionario AUDIT

11. ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica? Si la respuesta es nunca pase a la pregunta 9 y 10.

- Nunca
- Una o menos veces al mes
- De 2 a 4 veces al mes
- De 3 a 4 veces a la semana
- 4 veces o más a la semana

12. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- 7, 8 o 9
- 10 o más

13. ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

14. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente

- A diario o casi a diario

15. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

16. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

17. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

18. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

19. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?

- No
- Sí, pero no en el último año
- Si, en el último año

20. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que dejen de beber?

- No
- Sí, pero no en el último año
- Si, en el último año

10.4 Anexo 4 Test de Fageström



Universidad Nacional de Loja
 Facultad de la Salud Humana
 Carrera de Medicina Humana
 Test de Fageström

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE CONSUMO DE TABACO

OBJETIVO: El presente cuestionario tiene como finalidad recoger información para medir el consumo de tabaco. Este cuestionario es anónimo, de manera que usted tiene toda la libertad para responder con honestidad

1. ¿Usted fuma?

Si ()

No ()

Si la respuesta es “SI” continúe con el cuestionario. Si la respuesta es “NO” deje los espacios en blanco.

Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?

(3) Hasta 5 minutos

(2) De 6 a 30 minutos

(1) De 31 a 60 minutos

(0) Más de 60 minutos

2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?

(1) Sí

(0) No

3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?

(1) El primero de la mañana

(0) Cualquier otro

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- (0) Menos de 10 cigarrillos/día
- (1) Entre 11 y 20 cigarrillos/día
- (2) Entre 21 y 30 cigarrillos/día
- (3) 31 o más cigarrillos

5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?

- (1) Sí
- (0) No

6. ¿Fuma, aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?

- (1) Sí
- (0) No