Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

UNAM IZTACALA

“SALUD Y RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA EN FUNCIÓN DE INDICADORES DE ANSIEDAD Y BIENESTAR”

“Reporte de investigación”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

ANA LAURA PARADA LÓPEZ

Director	Lic.	Omar Moreno Almazán
Dictaminadores:	Dra.	María del Rocío Hernández-Pozo
	Lic.	Enrique Berra Ruíz

IZTACALA

Los Reyes Iztacala, Edo. De México, 2013

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

En estos momentos en los que concluye una de las etapas más hermosa que he vivido, no puedo dejar de agradecer a Dios por darme la oportunidad de desarrollarme personal y profesionalmente en esta disciplina. Así también a mis padres que con amor, paciencia, apoyo incondicional y siendo siempre un ejemplo de vida y superación, me han dado todo sin pedir nada a cambio y me han enseñado que todo lo que se emprende, cuando se hace con amor, compromiso, responsabilidad y ética da grandes frutos, mis amados padres: María López Hernández y Paulino Parada Sánchez. No puedo dejar pasar la oportunidad de mencionar los nombres de mis eternas cómplices, confidentes y más leales amigas, sin ellas, la vida no sería igual, sin ellas, sin su capacidad de sonreír a pesar de la adversidad, de disfrutar las cosas cotidianas y pequeñas que nos da la vida, sin su convicción y amor, yo no estaría hoy día aquí, mis amadas hermanas L.A.E. María Isabel Parada López y Dra. Beatriz Parada López.

A toda mi familia por todo el cariño, que ha sido soporte en la adversidad y sonrisas en los tiempos buenos; pero este día en especial a mi tía, mi segunda madre: Lic. Angélica Tomasa López Hernández por enjugar mis lágrimas en los momentos en que más necesite de amor y de saber que soy valiosa, no por un estatus social o académico, si no por ser yo misma. A mis queridos primos, mis hermanos: Lic. Félix Abel Ortiz López, por dejarme estar cerca de ti y estas siempre cerca de mí, en estos últimos años el conocerte y ver que eres un hermoso ser humano, noble, tierno, comprensivo y dispuesto siempre a apoyar cuando más se requiere de una palabra, de una mano de ayuda y Lic. Carlos Ortiz López por todos los buenos momentos a lo largo de los años, tus chistes, tu sonrisa y tus consejos llenos de cariño.

Sé que todas las palabras que pueda decirte, no describen ni cercanamente el profundo amor que siento por ti, la plenitud, la felicidad que vivo a tu lado, que vivimos acompañándonos, comprendiéndonos, apoyándonos y descubriendo lo bella que es la vida y saber que toda esa tristeza y soledad de años pasados ya no está; que juntos nos espera una futuro hermoso. Gracias Ing. Edgar Aquino Nolasco, es una gran dicha saber que no sólo tenemos planeado un futuro juntos, sino también vivir esta etapa de culminación de estudios al mismo tiempo, te amo.

La vida entera se me iría dando las gracias por todo lo que hermoso que se me ha concedido y por todas las personas que para bien o mal he conocido, personajes que han entrado y salido de esta historia; pero también esas personas que llegaron y cambiaron mi vida, llenándola de amor, de esperanza, dándome motivos para seguir adelante y buscar superarme no solo en lo profesional, también como ser humano. Es un gran honor para mí, saber que puedo estar cerca de ustedes: Dra. María del Rocío Hernández-Pozo, sus palabras, su confianza, su cariño, son sin duda alguna una fuente de inspiración para mí, no sé, de que otra forma expresarle lo mucho que la quiero, respeto y admiro. Mtro. José

Manuel Meza Cano gracias, por confiar en mí, por siempre tener una expresión de cariño y de apoyo, por ser siempre esa palabra amable, ese vínculo de confianza y amistad que a pesar de la distancia, surgió y que hoy me honra saber que puedo decir que eres uno de mis grandes y más queridos amigos. Mtra. María del Refugio Caballero Merlín y Mtra. Irma Yolanda Ortiz Acosta, gracias por confiar en mí, tan valiosa misión de transmitir los pocos conocimientos que tengo a chicos que están por decidir su futuro profesional y poder conocer lo hermosa que es la docencia.

Mi querida Universidad Nacional Autónoma de México, en tus espacios sobre todo virtuales, tus catedráticos, me han dado una formación integral que involucra pasión, ética y el profundo deseo de servir a la sociedad; mi querida Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca que a través del Centro de Educación Continua, Abierta y a Distancia acercas educación de calidad a cada rincón del estado de Oaxaca. Universidad Regional del Sureste A.C., que dirigida con ética, responsabilidad social y apertura por el rector Dr. Alonso Arango Smith y el director de la Facultad de Medicina y Cirugía Dr. Gonzalo Heras Baroja, nos abriste las puertas para iniciar con este trabajo, en un marco de apoyo, camaradería y un profundo compromiso para con la investigación.

Este objetivo de vida, no hubiera sido posible sin la valiosa guía de mis tutores; profesionales y grandes seres humanos que con paciencia, compromiso, me han enseñado que la psicología no sólo es una disciplina, también es una forma de vida, es un medio para luchar por mejorar las condiciones de vida de la sociedad; han inculcado en mí el profundo amor a esta ciencia y el compromiso de siempre poner en alto el nombre del sistema que me permite estudiar, el SUAyED. Gracias a nuestro anterior coordinador el Dr. Arturo Silva Rodríguez, a todos mis tutores, pero muy en especial a Ing. Jorge Víquez Rodríguez, Dra. Sandra Cerezo Reséndiz, Mtro. Gustavo Montalvo Martínez, Dr. Hector Ochoa Díaz-López, Mtra. Assol Cortés Moreno, Lic. Oscar Iván Negrete Rodríguez, Lic. Liliana Moreyra Jiménez, Mtro. David Enríquez Negrete, Mtro. Ricardo Sánchez Medina, Mtra. Consuelo Rubí Rosales Piña, Mtra. Elizabeth Montecillos Peña, Lic. María Eugenia Espinoza, Lic. Mariana Téllez Rodríguez y Mtra. Gabriela Méndez Flores y a uno de mis dictaminadores, a quien no tuve el honor de conocer como alumna, pero a través de mis compañeros, sé que es un excelente profesor Lic. Enrique Berra Ruiz. No puedo concluir estos agradecimientos sin mencionar a mi director de tesis, a un gran coordinador de asuntos estudiantiles, a quien desde el día que lo conocí, en una visita de tutores en un mes de abril de hace ya algunos ayeres, con su alegría, atenciones, velando siempre por el bienestar de nosotros los alumnos y buscando siempre el desarrollo de la educación a distancia, ha puesto no sólo empeño y compromiso, también su vida en esta noble labor que en lo personal me inspiro en muchas ocasiones a seguir adelante y no rendirme; mil gracias cDr. Omar Moreno Almazán, por siempre tener una sonrisa, una orientación amable y por nunca dejarnos a los alumnos solos en este camino.

También agradezco a la administración del CECAD y a todo el personal y ahora compañeros de trabajo, por siempre orientarme, por siempre tener una sonrisa amable, apoyo y palabras llenas de cariño para su servidora: Lic. Ricardo Chávez Cárdenas, Lic. Viridiana Garzón Rodríguez, Lic. César Castillo García, Lic. Cinthya Fernández Sarao, Ing. Víctor Ojeda Meixueiro, Lic. Edgar Joel Pérez Bandala, Ing. Carlos de Jesús Osorio Vásquez, Lic. Xóchitl Pérez Vásquez, Lic. Judith Asunción Díaz Pablo y Lic. Elizabeth Pérez Pérez, Irving Leonel Gutíerrez Neri.

No puedo concluir, sin antes recordar, comprender y ver, que nunca estuve sola en este camino de vida y de estudios, ya que siempre estuvieron presentes personas que con sus palabras, con su compañía, con su apoyo me hicieron feliz, a su lado conocí el verdadero significado de la amistad Víctor Jiménez Martínez, Carlos Pérez García, Valentín Jarquín Hernández, Patrica Reyna Lescas, Lilina Llazmín Ibañez Castaneira, Miriam Procopio Chavéz y María del Carmen Casillas; así también una mujer valiosa, tierna, muy sabia y que no sólo procura la vida humana, también la de otros seres, además de ser una excelente tutora Lic. Eva Norma Ortiz García y sin importar el tiempo y distancia saber que siempre cuento contigo, una amistad de años y mi más querido amigo Levy Méndez Martínez.

A todos mis tutorados, pacientes y alumnos, no me cansaré nunca de decir que soy yo la que aprende más de ustedes, que ustedes de mí. A todos mis queridos amigos, compañeros y colegas de la licenciatura, a todos mis compañeros del Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia, los admiro y respeto profundamente, sólo puedo decirles que a pesar de sentirnos cansados, enfadados, de sentir frustración, a veces de no comer bien, no hacer ejercicio, de renunciar poco a poco ver a nuestros amigos, familiares y actividades que nos gustaban, todo por dedicar todos los esfuerzos a la licenciatura, nunca se rindan, no pierdan la esperanza, no olviden que somos UNAM, que somos afortunados por estar estudiando en este sistema que nos brinda conocimientos valiosos, que nos da la oportunidad de desarrollar nuestras potencialidades, que tenemos la oportunidad invaluable de corroborar que todos esos mitos sobre la educación a distancia poco tienen de verdadero. Somos agentes de cambio social plenamente capacitados y tenemos los conocimientos necesarios para desarrollar condiciones de bienestar de forma ética, eficiente, acorde a los más altos valores de nuestra alma mater; ¡Somos orgullosamente UNAM! ¡Somos orgullosamente SUAyED!

Muchas gracias

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 6
2. LA JUVENTUD UNIVERSITARIA EN MÉXICO Y LA FORMACIÓN DE MÉDICOS 8
3. ANSIEDAD: ANTECEDENTES Y DESARROLLO EN ESTUDIANTES 13
3.1. Teorías biológicas: modelo biomédico 15
3.2. Teorías conductuales 17
3.3. Teorías cognitivas 19
3.4. Estudio de la personalidad y la ansiedad 23
3.5. Ansiedad escolar 25
4. EL CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES UNIVERSITARIOS 31
4.1. Definición, desarrollo y consecuencias del consumo de alcohol 31
4.2. Panorama nacional e internacional sobre el consumo de alcohol en jóvenes 37
4.3. La perspectiva Cognitivo - Conductual del consumo de alcohol 44
4.4. Consumo de alcohol en estudiantes 46
5. BIENESTAR SUBJETIVO Y SALUD EN ESTUDIANTES: VISIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA POSITIVA 54
5.1. Origen y desarrollo de la psicología positiva 54
5.2. El bienestar subjetivo: consideraciones preliminares y situación actual en investigación 56
5.3. Bienestar subjetivo en jóvenes 61
6. METODOLOGÍA 64
6.1. Planteamiento del problema 64
6.2. Justificación 65
6.3. Tipo y diseño de investigación 66
6.4. Objetivo 67
6.5. Pregunta de investigación 67
6.6. Hipótesis 68
6.7. Muestra 69
6.8. Lugar 70
6.9. Recursos y materiales 70
6.10. Consideraciones éticas 72

6.11. Análisis de datos 74
6.12. Procedimiento 74
7. RESULTADOS 77
8. DISCUSIÓN 101
9. CONCLUSIONES 104
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 107
ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo para obtener el grado de Licenciada en Psicología, corresponde a la modalidad de titulación denominada: ***Reporte de investigación***, en el cuál "se reporta y describen los resultados de la participación del egresado en una investigación de carácter institucional (…) registrado y avalado ante el H. Consejo Técnico de la Facultad, el Consejo Interno de Investigación, la Jefatura de la Carrera o alguna otra instancia de Investigación reconocida por la UNAM" (Silva, Moreno & Téllez, 2012).

La inquietud en la postulante de aprender, estudiar e intervenir en los procesos de estrés y ansiedad en estudiantes de medicina, surge durante los módulos prácticos del campo de profundización en procesos en Psicología de la Salud (que se cursó como porción flexible) y se complementó en el campo de profundización en procesos en Psicología Clínica (porción fija). En este sentido, durante el 7° semestre de la licenciatura en el Seminario de Investigación II – Diagnóstico y Evaluación de Problemas de Salud en Individuos, del campo de profundización en procesos en Psicología de la Salud, la Dra. María del Rocío Hernández – Pozo extendió una invitación a la postulante para desempeñar funciones de recolección de información en el proyecto de investigación PAPIIT IN306209 titulado "Tendencias emocionales, comportamiento de riesgo para la salud y desempeño académico en estudiantes" (Anexo 1 y 2). Derivado de las funciones como becaria, se extendió la participación de la postulante y se concedió la oportunidad de desarrollar un estudio que constituyera el presente escrito.

Cabe mencionar que la inclusión de estudiantes en proyectos de investigación responde a las necesidades actuales de la población, a la vanguardia, a la "sociedad del conocimiento", que tiene por objetivo preparar a la sociedad para ser generadora y receptora de conocimiento, siendo la educación superior un mecanismo para esta transición, impulsando la ciencia y la tecnología, teniendo como principales metas: a) la generación de material que difunda los resultados de investigación; b) la promoción de una cultura científica y tecnológica, siendo entendido como una práctica cotidiana de los individuos involucrados en el proceso; c) la consideración constante de los recursos humanos que hacen posible el desarrollo de la investigación, dichos recursos son los investigadores y

profesores que impulsan e involucran activamente a la comunidad estudiantil en actividades relacionadas con la investigación y su correspondiente difusión (Pacheco & Lima, 2009).

De esta forma también se cumplen los planteamientos del modelo científico – practicante de formación de psicólogos clínicos. Dicho modelo desde la perspectiva de Boulder considera a la psicología como un grupo de profesionistas en formación capaces de producir sus propias investigaciones, del mismo modo, como un grupo abierto, receptivo y consumidor de los estudios hechos por otros profesionales de esta disciplina. Lo anterior tiene como función que el psicólogo clínico sea un profesional sensible y hábil, capaz de contribuir al crecimiento del cuerpo de conocimiento clínico, al entender y traducir sus experiencias en hipótesis e identificar el modo en que dichos planteamientos puedan ser sometidos a prueba. Dicho modelos es aplicable a la investigación y a la práctica clínica particular (Phares, 1999).

El presente estudio se llevó a cabo en colaboración con la Universidad Regional del Sureste A. C. del estado de Oaxaca, la ser la institución universitaria que permitió el acceso a la comunidad estudiantil y sus instalaciones para el levantamiento de información, todo bajo la supervisión y colaboración del rector de la institución, el Dr. Benjamín Alonso Smith Arango y el director de la Facultad de Medicina y Cirugía el Dr. Gonzalo Heras Baroja; siempre en un ambiente de trabajo constante y un marcado interés por el desarrollo de investigación en la institución (Anexo 3).

En el presente estudio, se pretendió explorar desde un enfoque cuantitativo de investigación, la influencia que tienen algunas variables psicológicas, sobre la probabilidad de consumo de alcohol en estudiantes de la licenciatura en Medicina y Cirugía; así como conocer sobre otros indicadores y comportamientos relacionados con la salud en dichos estudiantes, tales como índice de masa corporal (IMC), tensión arterial y actividad física.

2. LA JUVENTUD UNIVERSITARIA EN MÉXICO Y LA FORMACIÓN DE MÉDICOS

La juventud puede ser definida como una etapa de desarrollo o un estadio de transición evolutiva entre la adolescencia y la etapa adulta; el cual está caracterizado por la puesta al límite de las capacidades con las que cuenta el individuo, la búsqueda y experimentación de emociones intensas, el establecimiento de relaciones que permiten el desarrollo e inclusión en una sociedad, la práctica de diversos repertorios conductuales y cognitivos en función de la cultura, la sociedad y el grado de aceptación experimentado por el individuo joven (Coleman & Hendry, 2003).

Algunos aspectos más, que caracterizan a esta etapa evolutiva pueden ser: a) un mayor interés por entablar relaciones sociales que no impliquen compromisos; b) sensación de comodidad al estar en grupos sociales que brindan un sentido de pertenencia a sus vidas[1]; c) un mayor grado de aceptación y apreciación por las personas y los contextos de ocio que les brindan placer y permisividad; d) carencia de marcos ideológicos significativos; e) adquisición de habilidades y competencias que les permitan ingresar a la vida universitaria y laboral, etcétera (Méndez, s/f).

En nuestro país, el IX Censo de Población y Vivienda 2010 (INEGI, 2010) reporta que la población joven, es decir, en un rango de edad de 15 a 29 años compone el 26% de la población, siendo un total de 29 706 560 habitantes, de los cuales 15 157 260 son mujeres y 14 539 000 hombres, en el estado de Oaxaca los jóvenes son el 26.6% de la población total. La población joven en México dedica su tiempo a diversas actividades, entre ellas los estudios y el trabajo (Tabla 1), pero sólo el 15.5% cuenta con estudios superiores (licenciatura o equivalente) o los está cursando y el 0.4% con estudios de posgrado (maestría, doctorado o especialidad).

[1] Se entiende como *grupo social* a dos o más personas que poseen algún grado de identidad en común y los cuales interactúan entre ellos en una forma regular de acuerdo a ciertas pautas establecidas (…) tienen un sentido compartido de pertenencia al mismo basado en valores, afinidades e intereses similares, que los diferencia de aquello que no son miembros del grupo (Gilbert, 1997, p. 144).

Tabla 1. Ocupaciones de los jóvenes en México

Edades	Estudia	Trabaja
15 – 19 años	54.1 %	25.8 %
20 – 24 años	17.5 %	54 %
25 – 29 años	2.8 %	65.9%

***Nota: recuperado de INEGI (2010).**

Datos del INEGI (2005) nos indican que en nuestro país en el período escolar 2002 – 2003 había 129 mil estudiantes inscritos en educación superior, con un total de 125 existencias[2] hacia el final del curso; en dicho período escolar se registró un total de 343 mil alumnos egresados de estudios superiores y 204 236 con título y cédula profesional. En el estado de Oaxaca se registró un total de 3 866 alumnos inscritos en educación superior, con un total de 5 360 egresados (siendo el 86% de instituciones públicas y el 14% de instituciones de educación privada) y 2 102 titulados (el 92.1% de instituciones de educación pública y el 7.9% de instituciones de educación privada).

En este contexto, los jóvenes como un proceso normal de desarrollo y adaptación a la sociedad, adquieren habilidades y competencias que les permitirán no sólo integrarse adecuadamente a la sociedad, también ser útiles e ingresar a la vida laboral, siendo la Universidad un medio socializador que les permite llevar a cabo dicho proceso cumpliendo cuatro funciones primordiales:

2.1. Tiene una función cultural ya que permite a los estudiantes la adquisición y transición de conocimientos, objetivos sociales, valores, ideas y creencias.
2.2. Tiene una función de selección, establecimiento y clasificación gradual de competencias.
2.3. Desempeña una función integradora a la sociedad mediante la consigna consecutiva y gradual de deberes y derechos con los que cuenta el universitario.
2.4. Preparación de los jóvenes estudiantes para el ingreso a la vida laboral, a la aportación de conocimiento y trabajo a la sociedad (Méndez, s/f).

[2] Alumnos al final del ciclo escolar. Es el resultado de restar de la inscripción total las bajas que hubo durante el ciclo escolar.

A la par de las funciones anteriormente mencionadas, la Universidad se ha visto envuelta en un proceso de incremento impresionante en la demanda de estudiantes que desean ingresar o continuar con sus estudios (o bien personas adultas que desean continuar o concluir con sus estudios), ya que se ha presentado una creciente valoración de los estudios Universitarios como un medio de *movilidad social.* Cabe mencionar que desde una perspectiva estructural la escuela provee al individuo de un estatus social, sin dar relevancia a los antecedentes familiares, socioeconómicos, promoviendo la *movilidad social* ascendente de las familias a través del logro, lo cual desde la visión de la educación moderna se debe al alto énfasis sobre la función pedagógica de crear *descontinuidades,* es decir, que el hijo de un campesino u obrero logre ser un abogado, y el hijo de una persona analfabeta logre ser un culto. Los anterior se fundamente en cinco supuestos principales: 1) la sociedad se haya estratifica; 2) el esquema de estratificación admite la movilidad; 3) la educación desempeña un importante papel en esta movilidad; 3) la educación constituye un estatus al que se puede acceder y 5) el desempeño de un determinado papel está íntimamente vinculado con la educación (Salomón, 1980).

Dicha masificación de los estudios según Zabalza (2004) ha permitido que la visión anterior y elitista de la educación Universitaria valla desapareciendo paulatinamente, siendo el objetivo actual extender la educación a la mayor parte de la población posible, lo cual sin duda ha generado grandes mejores en el sistema educativo, pero también ha acarreado algunos problemas como el brindar atención y educación de calidad a grupos más grandes y heterogéneos, se ha presentado una feminización de la educación superior, es decir, una mayor presencia de mujeres, especialmente en las disciplinas relacionadas con las humanidades, el derecho, la sanidad y las ciencias sociales, lo cual también requiere atención especializada para la prevención de situaciones de acoso y/o abuso por parte de compañeros y profesores; con el aumento de estudiantes también se ha repercutido en la calidad pedagógica al no poder desarrollar estrategias de atención más individualiza y a la mayor necesidad de atención psicológica para los alumnos por la dificultad de atender a cada uno, una mayor percepción de competitividad y decremento en la motivación, derivado de las altas exigencias del ambiente universitario y la constante practica selectiva (desde el ingreso, incluso para el acceso a programas educativos de posgrado y becas).

En nuestro país, la Universidad se ha posicionado como una institución fundamental en cuanto a educación, cultura, socialización, investigación, entre muchos otras funciones en pro del desarrollo social. En este sentido 10 son las carreras que concentran el 44% de estudiantes universitarios matriculados en la actualidad: derecho, contaduría, ingeniería mecánica, ingeniería en sistemas computacionales, ingeniería civil, ingeniería electrónica, educación básica, administración de empresas, psicología y medicina (Gómez, en prensa).

El presente estudio se centra en los estudiantes de medicina, dicha disciplina ha sido central en el desarrollo de las ciencias médicas, los servicios de salud y de atención a la población. En este sentido para 1998 en el país se habían identificado 64 escuelas de medicina, para el año 2000 en el país se habían identificado 78 escuelas de medicina a nivel nacional, de acuerdo a la agenda de la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina el 22% de dichas instituciones son de la iniciativa privada. Cabe mencionar que el 56% de la matrícula de estudiantes de medicina, se concentra en el Distrito Federal, Michoacán, Jalisco, Puebla, Nuevo León y Oaxaca (Flores, Sánchez, Coronado & Amador, 2001).

El interés por el estudio de procesos psicológicos potencialmente negativos en los estudiantes de medicina, deviene de las características propias de su rama de conocimiento, ya que la literatura indica que los médicos ya sea los que ejercen la profesión, los que se encuentran en formación en la escuela, en el internado de pregrado, servicio social y las residencias médicas de especialidad, se encuentran sometidos a condiciones académicas y laborales que pueden poner al límite sus capacidades de afrontamiento, auto-concepto, autoestima y rendimiento escolar y laboral (Celis, Bustamente, Walter & Mongue, 2001). Así también los estudiantes de medicina enfrentan un compromiso más estrecho con la Secretaria de Salud la cual, en vinculación con las diversas escuelas y facultades de medicina, por medio de la apertura de campos clínicos para prácticas, internado de pre-grado, servicio social y residencias médicas, debe responder a la colaboración en pro de la formación de recursos humanos en salud, plenamente capacitados para atender a la población con los más altos estándares de calidad y ética (Secretaria de Salud, 2003).

En el estado de Oaxaca, son dos las instituciones de educación de educación superior las que cubren la demanda de jóvenes con aspiraciones a ser médicos; una de dichas instituciones de la Universidad Regional del Sureste A.C., la cual plantea que el médico egresado de sus filas sea un “profesionista que está dotado de conocimientos sobre: la estructura y funcionamiento normal del cuerpo humano, además reconoce sus alteraciones, manifestaciones clínicas y medios de diagnóstico; de las estrategias para prevenir enfermedades y realizar fomento a la salud; de los agentes nocivos y factores de riesgo capaces de condicionar la patología en el cuerpo, la mente y la sociedad humana, así como de sus mecanismos de control; de los principio de bioética, los principios filosóficos y humanísticos de la profesión médica; del método científico y de la elaboración de protocolos de investigación; de las técnicas de estudio para la actualización médica continua; de la legislación que compete a la profesión médica, así como el conjunto de normas que la rigen” (URSE, s/f), con lo cual devela el compromiso que tiene la institución en la formación de médicos. Dicha institución abrió las puertas para la aplicación del presente protocolo.

En los capítulos siguientes se expondrán algunas variables psicológicas que pueden afectar la vida académica de los estudiantes de medicina, así también sus procesos de adaptación a la universidad y promover el desarrollo de hábitos de riesgo para la salud.

3. ANSIEDAD: ANTECEDENTES Y DESARROLLO EN ESTUDIANTES

La ansiedad puede ser definida como “un estado de incomodidad, malestar, tensión, desplacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto” (Jarne, Talarn, Armoyanes, Horta & Requena, 2006); debido a las causas que originan la ansiedad y el impacto potencialmente negativo que tiene en el desempeño y salud del individuo se ha ido posicionando como uno de los principales motivos de consulta dentro de los centros en los que se brinda atención psicológica (Gutiérrez, 2010). Las consecuencias de la ansiedad no necesariamente son negativas en todos los casos, ya que al presentarse en niveles moderados y controlables por el individuo, puede promover un mejor funcionamiento y desempeño en sus actividades cotidianas.

En nuestro país cerca del 14.3% de la población de 18 a 65 años, residente en zonas urbanas ha presentado algún trastorno de ansiedad en algún momento de su vida(Medina, *et al.*, 2003), dichos trastornos constituyen un fenómeno complejo, en el cual están implicados factores fisiológicos, psicológicos y sociales, caracterizándose por un patrón de activación fisiológica que es acompañado por manifestaciones motrices desorganizadas y disfuncionales, un estado emocional desagradable, pero que puede fungir como un factor motivacional para desempeñar una determinada conducta (Miras & Onrubia, 2002). Un Trastorno de ansiedad es entendido como un conjunto de comportamientos o de síntomas que en la mayoría de los casos son acompañados por una sensación de malestar que interfiere con la actividad del individuo (CIE 10 en Gutiérrez, 2010); todo ello puede ser originado por las exigencias de la vida moderna, caracterizada por un alto nivel de competitividad, hacinamiento, contaminación, ruido, violencia, crisis sociales, económicas y personales, así como la interacción de todos los anteriores factores con la historia de desarrollo, la estructura biológica, el aprendizaje y los repertorios conductuales relacionados con el afrontamiento y la ansiedad con los que cuenta el individuo.

Antes de continuar, cabe mencionar que hay otras emociones que pueden impedir el adecuado funcionamiento de la persona, como lo son el miedo y las fobias, sin embargo,

a pesar de que la activación de mecanismos entre dichas emociones y la ansiedad sea semejante, hay algunas diferencias que permiten un mejor abordaje de cada una de ellas (Tabla 2).

Tabla 2. Diferenciación entre ansiedad, miedo y fobia.

Variable / tipo de emoción	Miedo	Ansiedad	Fobia
Respuesta fisiológica	Activación vegetativa	Activación vegetativa	Activación vegetativa
Respuesta psicológica	Huida y/o afrontamiento	Alteraciones cognitivas y conductuales	Huida y/o afrontamiento
Estímulo provocador	Concreto, real y peligroso	Difuso subjetivamente peligroso, a veces inconsciente	Concreto, subjetivamente peligroso
Tipo de respuesta	Reactiva y transitoria	Generalizada y duradera	Reactiva y transitoria
Respuesta de los otros	Compartida	No compartida	No compartida

***Nota: tomado de Jarne *et al.*, 2006.**

Los signos o sintomatología que caracteriza a la ansiedad patológica o trastorno de ansiedad pueden ser catalogados de dos formas: a) la sintomatología que surge súbitamente a raíz de una crisis o de un evento que puede ser detectado por la persona y que genera una sensación de pérdida de control, temor y está marcada por la percepción del individuo, b) por otra lado se pude clasificar la sintomatología que surge paulatinamente a lo largo de un período amplio de tiempo (Gutiérrez, 2010). En ambos casos se presenta la activación vegetativa de diferentes sistemas: cardiovascular, respiratorio, digestivo, muscular (taquicardia, opresión cordial, hiperventilación, sequedad en la boca o un incremento en la salivación, etcétera), lo cual acentúa la percepción del individuo de malestar; dichas manifestaciones pueden darse en tres niveles:

a. Área cognitiva: pensamientos relacionados con el temor, la percepción de peligro, sentimientos pesimistas, preocupación por el futuro, malestar difuso, la literatura indica que se puede presentar un funcionamiento deficiente de la memoria, la atención y la concentración.
b. Área conductual: expresiones de irritabilidad, inquietud, temblores e incluso discusiones frecuentes con otras personas, tensión familiar y ambiental.
c. Área somática: hiper-activación vegetativa (Jarne *et al.,* 2006).

A este respecto, existen diversas teorías explicativas sobre el origen y desarrollo de la ansiedad, las cuales deben ser vistas como complementarias en la comprensión de dicho fenómeno de estudio; a lo cual Gutiérrez (2010) elaboro una revisión literaria y concluyo que dichas teorías se pueden englobar principalmente en:

3.1. Teorías biológicas: modelo biomédico

En el estudio de las ciencias de la salud, tales como la medicina, la biología y la psicología existen diversos modelos cuyo objetivo es delinear los parámetros para el estudio de los procesos de salud – enfermedad. En este sentido el modelo biomédico (el cual ha sido predominante en las ciencias médicas durante décadas), se basa principalmente en dos postulados: el reduccionismo biológico y el dualismo cartesiano, el primero hace referencia a la consideración de que todo problema de salud tiene un origen biológico, es decir, puede ser explicado por el incorrecto funcionamiento de los procesos fisiológicos, desequilibrios bioquímicos o por la acción en el organismo de agentes externos como virus y bacterias; por otra parte el dualismo cartesiano hace referencia a la concepción del cuerpo y mente como entidades distintas e independientes entre sí, la mente es vista como un ente abstracto relacionado únicamente con pensamientos y sentimientos por lo no que puede tener ninguna influencia sobre el cuerpo y la salud (León, Medina, Barriga, Ballesteros & Herrera, 2004).

En este contexto la investigación sobre las estructuras y procesos fisiológicos involucrados en la ansiedad obtiene conocimiento del estudio de los mecanismos que se activan por fármacos como los ansiolíticos; autores como Sue, Wing y Stanley (2010),

exponen los resultados de diversas investigaciones en las que a través de neuro-imágenes por medio de Tomografía por emisión de positrones (TEP) e Imagen por resonancia magnética (IRM), se ha identificado la hiper-activación de la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal ante estímulos ansiogenos. En esta misma línea se ha buscado establecer una relación entre la influencia genética y los trastornos de ansiedad; los hallazgos indican que el gen trasportador de la serotonina (5HTTLPR) y de la dopamina (DRD4) pueden estar vinculados con la ansiedad; ya que los sujetos que reportan *alelos*[3] de menor tamaño refieren una menor actividad del neurotransmisor (serotonina) y un aumento de las respuestas asociadas al miedo y la ansiedad en la amígdala, así también una mayor reactividad en dicha estructura cerebral se asocia a conexiones más débiles con la corteza cingulada, lo cual incrementa la respuesta de la amígdala, estructura que está relacionada con la memoria emocional de la persona.

Los mismos autores comentan que se ha hallado una asociación entre las respuestas de ansiedad y los neurotrasmisores GABA (glutamato), el cual está relacionado con la regulación del aprendizaje y la extinción del miedo en la amígdala; así también, las benzodiacepinas las cuales son fármacos administrados en tratamientos de los trastornos de ansiedad actúan sobre los neurotrasmisores GABA presentes en la amígdala. De esta manera podemos complementar lo expuesto por Gutiérrez (2010) quien nos dice que las enfermedades sistémicas (entre las cuales se considera a los trastornos mentales dentro del modelo biomédico) se deben a la inadecuada producción o comunicación de neurotrasmisores (por ejemplo las característica genéticas de la serotonina y la dopamina anteriormente mencionados) o el funcionamiento inadecuado de algunas zonas cerebrales (como la amígdala, el hipocampo, Fig.1)

[3] Una de las posibles formas de un gen. Una célula diploide tiene habitualmente dos alelos de un único gen (uno procedente de cada progenitor), que ocupan la misma posición relativa (locus) de cromosomas homólogos. Un alelo es a menudo dominante sobre el otro (conocido como recesivo) y este alelo dominante condiciona las características físicas particulares de cada organismo (Oxford University, 1998).

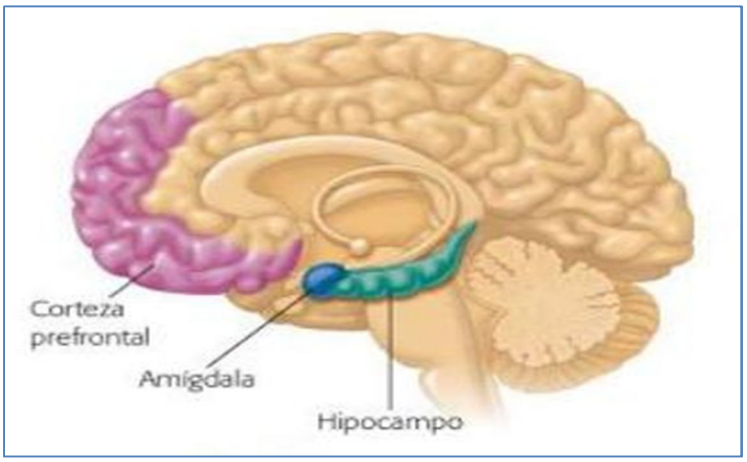


Fig.1. Bases neuroanatómicas de la angustia y trastornos de ansiedad. Tomada de Wing y Stanley (2010).

3.2. Teorías conductuales

Dentro de dichas teorías, se ha estudiado la ansiedad con base en los procesos de aprendizaje (principalmente desde el condicionamiento Pavloviano o Clásico), centrándose en el reforzamiento y la asociación entre estímulos que originalmente eran neutros para el individuo, como a través de la asociación con otros estímulos pueden cobrar un valor ansiogeno[4] (Gerrig & Zimbardo, 2005).

En este sentido a decir de Turner (1993, pp. 183 - 185) el estudio de la ansiedad desde este sistema teórico, tuvo como principales precursores a Gant (1944), Masserman (1943) y Pavlov (1927, 1941). Sin embargo fueron los estudios realizados por Wolpe (1958) los que permitieron el desarrollo de técnicas terapéuticas para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (específicamente la desensibilización sistemática), así como transpolar los hallazgos de la investigación con animales a los seres humanos y el ampliar la base empírica que apoya la idea que las reacciones de ansiedad pueden condicionarse a los estímulos contextuales en los animales. Dichos autores dirigieron parte de su trabajo en el estudio de la *neurosis inducida experimentalmente* la cual se dio con animales en laboratorios, los cuales asociaban estímulos aversivos (como descargas eléctricas) con la manifestación conductual deseada (acercarse a un plato de comida al oír un ruido

[4] Factor que genera ansiedad (Consuegra, 2004, p. 24).

especifico), por lo cual desarrollaron patrones conductuales típicos de la ansiedad ante la comida.

No podemos continuar sin antes abordar de manera breve el Condicionamiento Clásico ya que esto nos permitirá comprender más claramente, como es a través del aprendizaje que un individuo puede desarrollar respuestas ansiosas. Con base en la revisión de Chance (2001), fue hacia el año de 1927 de I. Pavlov finca las bases del Condicionamiento Clásico, al buscar estudiar los procesos de digestión en animales. En dichos estudios, registro los diferentes tipos de respuesta y los estímulos que las evocaban, identificando los *reflejos innatos* (característicos de todos los individuos de una misma especie, con variaciones entre individuos, no son aprendidos), los *reflejos condicionados* (se adquieren a través de la experiencia y el aprendizaje y su mantenimiento y estandarización a diversas situaciones depende de múltiples factores), *estímulos incondicionados* (su valor para el sujeto viene dado por lo que representa, por ejemplo al satisfacción de necesidades fisiológicas básicas como el hambre, este tipo de estímulos evocan a las respuestas incondicionadas) y los *estímulos condicionados* (los cuales adquieren su valor, por la asociación o apareamiento con los estímulos incondicionados, por ejemplo el sonido de una campanita con la aparición de comida).

Pero ¿cómo se puede saber que ha ocurrido el aprendizaje desde el condicionamiento clásico?, hay diversas formas de corroborar si una respuesta o repertorio conductual o aprendizaje ha sido instaurado en el sujeto: 1) latencia de respuesta, 2) ensayos de prueba, 3) medición de la intensidad y amplitud de la respuesta condicionada y 3) el condicionamiento de huella. No ahondaremos en cada una de ellas, ya que nos desviaríamos profusamente del tema de interés que es el estudio de la ansiedad desde la teoría conductual. En este sentido un ejemplo clásico del condicionamiento Pavloviano y la instauración de la respuesta ansiosa es el experimento que llevo a cabo Wolpe (1925 en Turner, 1993) en el cual demostró que los miedos y las fobias que presentan los niños en los primero años de vida no son respuestas heredadas sino aprendidas. El experimento que se realizó en una serie de ocho ensayos de laboratorio en los cuales se ponía una rata blanca frente a Albert, quien al intentar acercarse a la rata y tocarla, recibió como estímulo condicionado (aversivo) el ruido del golpe de una barra de acero con un martillo de

carpintero; tras los ensayos Albert no intentaba acercarse a la rata, incluso las respuestas ansiosas que presentaba se extendieron hacia estímulos parecidos a la rata blanca, como conejos blancos, algodón, lana y personas con cabello canoso (Fig.2).

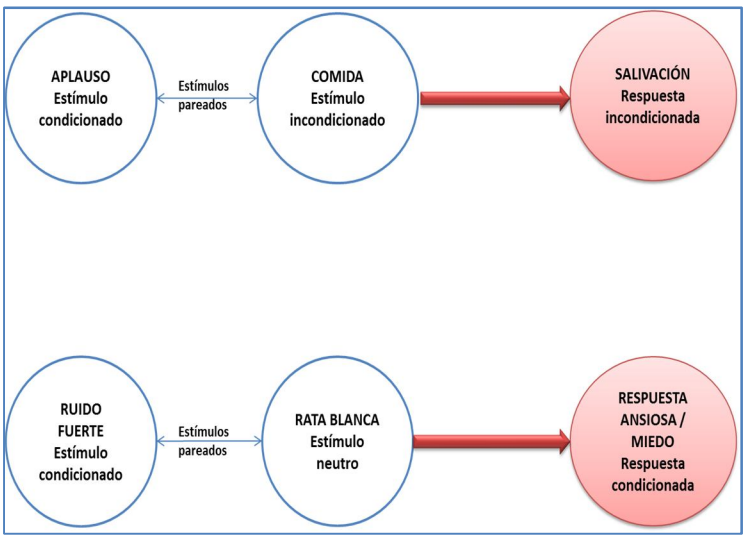


Fig. 2. Ejemplos de condicionamiento clásico.

3.3. Teorías cognitivas

Feixas y Miro (1993) exponen que las teorías cognitivas en el estudio de la conducta surgen como una alternativa en el estudio de la conducta, bajo las consideraciones de autores como Kelly, Ellis, Beck y Bandura (principalmente), se sostiene que cada persona es capaz de modificar conscientemente sus pensamientos con relación a una situación, experiencia o ambiente en cuestión, formulando una construcción mental alternativa que le proporcione un nuevo sentido y percepción del mundo y de sí mismo, dichos postulados tienen incluso algunos antecedentes en la filosofía griega con la premisa de que “no son los sucesos mismos los que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de esas cosas” (Enchiridion de Epicteto).

En el enfoque cognitivo se puede hallar un lenguaje diverso, sin embargo, uno de los modelos de mayor aplicabilidad ha sido el formulado por Beck, quien propone el

término *esquemas*[5] los cuales son la organización activa que nos permite identificar estímulos rápidamente, categorizarlos y seleccionar estrategias para obtener información y con base en ellos resolver problemas para alcanzar determinadas metas. Sin embargo dichos esquemas se encuentran alterados en las personas que presentan algún trastorno psicológico. En este sentido los esquemas estas constituidos por pensamientos, los cuales pueden ser *irracionales*, a lo cual Ellis dentro de la Terapia Racional Emotiva (Tabla. 3, 4 y 5**)**, expone que dichos pensamientos pueden ser precursores de comportamientos disfuncionales en el individuo (Feixas & Miro, 1993).

Ante las premisas anteriores Gutiérrez (2010) expone que la ansiedad se origina en los pensamientos inadecuados, los cuales son aprendidos (o extraídos de la experiencia y aprendizaje previo del individuo), lo cual puede tener un impacto negativo en la memoria a corto plazo, sesgos de codificación de información o recuperación de la misma, lo cual hace que la persona centre su atención en los estímulos que percibe como amenazadores, lo cual a su vez incrementa la frecuencia de pensamientos irracionales, disfuncionales y automáticos, los cuales se pueden caracterizar por: a) excesiva responsabilización de uno mismo por los fracasos experimentados, sin considerar los factores ambientales o situacionales involucrados; b) dificultad para generar alternativas de acción y resolución de problemas; c) dificultad en la discriminación y elección de soluciones; d) deficiente toma de decisiones; e) adopción de estilos de afrontamiento evitativo (por ejemplo posponer determinadas actividades); f) preocupación excesiva o no realista, así como una percepción de falta de control (sesgo cognitivo característico del TAG[6]); g) excesiva atención en las reacciones y conductas propias, sin atender el contexto o tarea a realizar; h) percepción de "ser pequeño" o no contar con los recursos de afrontamiento necesarios; i) imaginar situaciones amenazantes o pensamientos de temor hacia el futuro (Lara, 2007).

Para las teorías cognitivas, la ansiedad tiene un procesamiento de información peculiar, con las características anteriormente mencionadas, al hacer una analogía entre el funcionamiento mental y los sistemas computacionales, se sostiene que el individuo

---

[5] Estructura cognitiva conformada de abstracciones que elabora el individuo con respecto a su aprendizaje previo, con relación a experiencias anteriores, sus creencias, expectativas y que permite el procesamiento de información (Feixa & Miro, 1993).
[6] Trastorno de ansiedad generalizada.

ansioso recibe, selecciona, trasforma, almacena y recupera información, pero dichos procesos pueden ser erróneos lo cual origina o agrava el problema, constituyendo una estructura cognitiva disfuncional (Gutiérrez, 2010).

Tabla. 3. Características de los pensamientos racionales e irracionales

	Descripción
Pensamientos racionales	- Son probabilísticos, preferenciales o relativos ("me gustaría", "yo preferiría", "depende de la situación", "podría ser". - Se expresan en forma de deseos o gustos. - Aunque no se consigue lo que se desea, los sentimientos negativos de malestar o insatisfacción no impiden el logro de nuevos propósitos. - Son objetivos y consistentes con hechos externos. - Flexibles, moldeables a la situación. - Capaces de generar emociones adecuadas. - Ayudar a obtener o alcanzar nuestras metas.
Pensamientos irracionales	- "Antes todo era mejor". - Injustificación. - Son dogmáticos (no los cuestionamos no los ponemos en duda). - Se expresan en forma de obligación, necesidad imperiosa, exigencia o etiquetas ("necesito", "debería", "tengo que", "las cosas son así". - Subjetivo (depende de la visión de cada persona). - No necesariamente tienen relación con los hechos externos. - Inflexible, absolutista, rígido (no permiten "medias tintas"). - Generan emociones inadecuadas (comúnmente desagradables). - Provocan cambios en la conducta. - Entorpecen nuestras metas.

***Nota: tomado de Vergara-Lope y González-Celis (2011, p. 68).**

Tabla. 4. Tipos de pensamientos irracionales

	Descripción
Pensamiento extremista de "todo o nada"	Usted ve las cosas en categorías de blanco o negro. Si su rendimiento no es perfecto, se considera a sí mismo (a) un fracaso total.
Generalización excesiva	Considerar un hecho negativo aislado como una pauta que no tiene fin.
Descalificar lo positivo y concentrarse en lo negativo	Niega las experiencias positivas insistiendo en que, por una u otra razón "no cuentan". De este modo, puede mantener una creencia negativa que su experiencia cotidiana contradice. Saca un detalle negativo aislado sin contexto y se fija exclusivamente en él, de manera que su visión de la realidad se oscurece, como una gota de tinta que tiñe el vaso de agua clara.
Sacar conclusiones precipitadas	Realiza una interpretación negativa, aunque no existan hechos que apoyen de manera convincente su conclusión: - Lectura del pensamiento: concluye arbitrariamente que una persona está reaccionando de manera negativa con usted, pero no se toma la molestia de comprobarlo. - Adivinar el futuro: anticipa que las cosas saldrán mal y está convencido (a) de que su predicción es ya un hecho establecido.
Maximizar (catastrofizar) o minimizar	Exagera la importancia de las cosas o reduce las cosas de manera inadecuada hasta que parecen insignificantes (sus propias cualidades deseables o las imperfecciones de otra persona).
Razonamiento emocional	Asume que sus emociones negativas reflejan necesariamente la forma en que las cosas son en realidad: "lo siento así, por tanto, debe ser verdad".
Reglas y "deberías"	Intenta motivarse a sí mismo (a) mediante "deberías" y "no deberías", como si tuviera que ser hostigado (a) y amenazado (a) antes de pretender hacer algo. Los "tendría que" y "habría que" son también ofensas. Su consecuencia emocional es la culpabilidad. Cuando dirige las afirmaciones de "bebería" hacía otros (a), siente enfado, frustración y resentimiento.
Etiquetar	Está es una forma extrema de sobregeneralización. En lugar de describir su error, añade una etiqueta negativa a sí mismo (a): "soy un (a) perdedor (a)". Cuando la conducta de otra persona le afecta de manera negativa, le añade una etiqueta: "es una maldita basura". El etiquetado erróneo implica describir un acontecimiento con un lenguaje viciado y cargado emocionalmente.
Personalización	Se ve a sí mismo (a) como la causa de algún acontecimiento negativo externo por el que, de hecho, no ha sido responsable en primer lugar.

***Nota: tomado de Vergara-Lope y González-Celis (2011, p.69).**

Tabla. 5. Lista de ideas irracionales (adaptada de Ellis & Griegner, 1977)

- Es absolutamente necesario ser amado y aprobado por los demás casi en todo momento. - Debo ser infaliblemente competente y perfecto en cualquier actividad que emprenda. - Las personas que me hieren o me hacen daño son malas, perversas y ruines. Debo culparlas y castigarlas con severidad. - Es horrible, terrible o catastrófico que las cosas no vayan por el camino que uno la gustaría que fuesen. - Los sucesos externos causan gran parte de la infelicidad humana y tengo poca capacidad para controlar mis sentimientos o para librarme de la depresión, la hostilidad y sentimientos similares. - Encuentro más fácil evitar enfrentarme a la muchas dificultas y responsabilidades de la vida, que comprometerme con formas provechosas de autodisciplina. - Si algo me parece peligroso o amenazante debo preocuparme y perturbarme por ello. - Mi pasado sigue siendo importante y sólo porque algo hala ejercido una enorme influencia en determinado momento de mi vida, ello tiene que seguir determinando mis sentimientos y conductas del presente. - Las personas y las cosas deberían ser mejores de lo que son y debo considerar horrible y espantoso no encontrar rápidamente soluciones buenas a los problemas de la vida. - Puedo alcanzar la felicidad a través de la inercia y la no acción, o “disfrutando de mí mismo” pasivamente y sin comprometerme. - Todas las cosas deben ser ordenadas y yo debo estar seguro de ello para sentirm bien. - La calificación global que me doy a mí mismo como humano, mi valoración general y auto-aceptación, depende de la perfección de mis acciones y del grado de aprobación que me den los demás.

***Nota: tomado de Feixa y Miro (1993).**

3.4. Estudio de la personalidad y la ansiedad

Gutiérrez (2010) nos proporciona un marco teórico referencial más en el estudio de la ansiedad: la Psicopatología el cual hace una diferenciación entre la ansiedad como *rasgo* y la ansiedad como *estado*, dicha consideración tiene como base el estudio de la personalidad.

La ansiedad como un rasgo de personalidad es estable y consistente a lo largo del tiempo y en una gran variedad de situaciones; por otra parte la ansiedad como estado se

caracteriza por ser el estado de animo de la persona en un momento determinado o ante un estímulo específico; por lo cual el estado de ansiedad es comprendido como un estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de temor y una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo, específicamente con situaciones percibidas como amenazadores con independencia del peligro real que representen para la persona, se puede explicar cómo una predisposición a la detección de ciertos estímulos ambientales o internos, reales o ficticios (Fig.3).

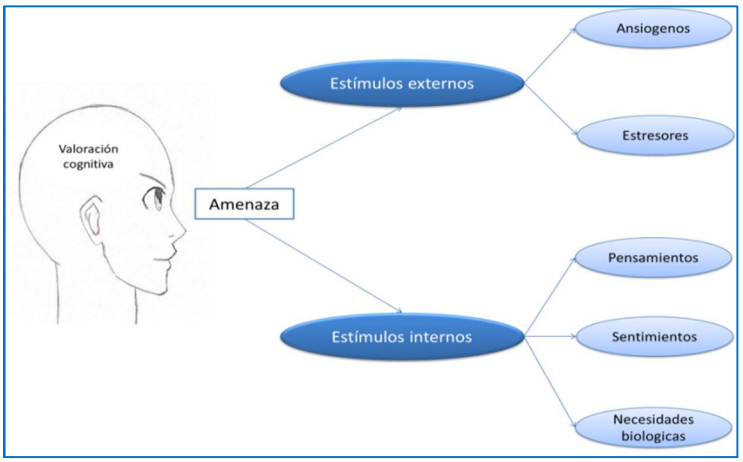


Fig.3. Selección de estímulos potencialmente ansiogenos.

Dentro del estudio de la ansiedad y la personalidad, algunos de los trabajos pioneros en el ramo fueron desarrollados por Cattell y Eysenck. Entre 1948 – 1960 R.B. Cattell a través de una serie de trabajos y la aplicación de pruebas objetivas a grandes grupos heterogéneos evalúo manifestaciones conductuales y fisiológicas características de la ansiedad (poca firmeza en la mano, incapacidad para mirar a los ojos a otras personas, sensación de vacío en el estómago, irritabilidad, tensión muscular, disminución de la concentración, elevada respuesta eléctrica de la piel, etcétera.); dichos estudios contribuyeron en gran medida al diseño de la teoría de los 16 factores de la personalidad, en los que cabe mencionar, los rasgos de ansiedad son un tema recurrente.

A raíz de dichos estudios Cattell y colaboradores hicieron una distinción entre el estado y el rasgo de ansiedad, siendo el primero entendido como la intensidad de la ansiedad experimentada por un individuo en un momento dado y el segundo dependen principalmente de la interacción entre el grado de estrés que represente la situación y la

susceptibilidad del individuo a la ansiedad, por lo que el estado de ansiedad se ve afectado directamente por el estrés situacional, a diferencia del rasgo de ansiedad que es una característica de la personalidad que es consistente a lo largo del tiempo y en diversas situaciones.

3.5. Ansiedad escolar

Considerando que la ansiedad puede originarse de la interacción entre factores internos y externos al individuo, el ingreso a la escuela o el cambio de nivel educativo representa un ambiente nuevo para el estudiante, mismo que puede generar ansiedad u otros trastornos psicológicos que pueden impactar negativamente en su rendimiento escolar y calidad de vida. Fue hacia el año de 1895 que Alfred Binet introdujo un primer estudio sobre la ansiedad en los estudiantes; medio siglo después Ángela Medicini argumento que el contexto escolar puede representar en el estudiante situaciones que desborden sentimientos de miedo (Mialaret, 2006). La ansiedad en los estudiantes se puede originar por factores intrínsecos y extrínsecos (Nuñez & González, 1994), que se presentan al ingreso del individuo en el ambiente escolar o bien, con el cambio a niveles superiores de educación (por ejemplo el ingreso a la universidad), algunos de dichos factores pueden ser:

3.5.1. Nuevas formas de organización pedagógica (mayor cantidad y diversidad en contenidos curriculares).
3.5.2. Readaptación al ambiente escolar (instalaciones, medios de trasporte, trámites y reglas administrativas).
3.5.3. Mayor cantidad de profesores.
3.5.4. Cambios en las relaciones alumno – profesor.
3.5.5. Inadecuado vínculo afectivo alumno – profesor.
3.5.6. Mayor carga de trabajo y responsabilidad.
3.5.7. Sensaciones de soledad, frustración, percepción de falta de apoyo familiar.
3.5.8. Mayor rango de “libertad” adquirida por cambio de domicilio (al ingreso a la educación superior) (Mialaret, 2006).

3.5.9. Sentimientos de inseguridad, inadaptación, culpabilidad, falta de control, derivados de la percepción de un excesivo control por parte de los profesores o el ambiente escolar.

3.5.10. Sensación de estar inmerso en un ambiente de mayor competitividad con los compañeros de grupo.

3.5.11. Sentimientos de frustración por no cumplir con los objetivos escolares (Castejón & Navas, 2009).

3.5.12. Una mayor concentración del alumno en su desempeño y no en la tarea o actividad que está ejecutando (Hernández-Pozo, Coronado, Araujo & Cerezo, 2008).

La ansiedad, como se ha mencionado anteriormente se concibe como una sensación difusa y desagradable (con componentes biológicos, conductuales y cognitivos); el cual puede favorecer la conducta del individuo, encaminada a la solución de problema, sin embargo, con base en su frecuencia, magnitud y duración se pueden presentar consecuencias graves para el individuo que frenen su adecuado desarrollo, perturben la estabilidad de sus relaciones con las personas que lo rodean, impacten negativamente sobre su salud y en este caso en particular, impacte negativamente en el rendimiento escolar (Lara, 2007).

Antes de continuar, pero en el mismo contexto del estudio de la ansiedad escolar y el impacto negativo que este tiene sobre el rendimiento de los individuos; el concepto ansiedad está estrechamente vinculado al de *estrés*[7], incluso las líneas de investigación entre la ansiedad escolar y el estrés académico marcan muchas coincidencias entre sí; algunos autores hablan de una difícil diferenciación entre ambos conceptos. Ante tal situación y con base en la revisión literaria de ambos conceptos y la relación que guardan, Cabanyes, Polaino y Pozo (2003), exponen que la ansiedad y el estrés pueden ser concebidos como componentes de un mismo continuo, ya que ambos procesos responden a las demandas, tareas y circunstancias que enfrenta un individuo, sin embargo, tienen funciones diferentes (Tabla.6).

[7] La respuesta adaptativa del organismo ante diversos estresores (Seyle en Sánchez, 2006).

Tabla 6. Diferenciación entre ansiedad y estrés

Estrés	***Ansiedad***
Estado psicofisiológico encaminado a activar todos los recursos del organismo para responder a una determinar demanda o tarea	Respuestas del sujeto cuando se empieza a perder el equilibrio o homeostasis y hay un desequilibrio psicofisiológico evidente.
Respuestas fisiológicas destinadas a mantener la homeostasis del organismo (su equilibrio).	Mecanismo encaminado a restablecer el equilibrio roto por situaciones demandantes para el sujeto. En los extremos de este mecanismo se ubican las sensaciones de frustración y fracaso.

En este contexto Torres, Hernández-Pozo, Castillo y Cerezo (2009), exponen que una vertiente de investigación sobre la relación entre la ansiedad y el desempeño se vincula con la formulación teórica de Hanin con la *Zona óptima de funcionamiento individual* (Fig.4), la cual se origina en el seno de la psicología del deporte. Dicha teoría indica que el individuo tienen una zona óptima de ***angustia estado*** en la cual alcanzan un rendimiento óptimo en la actividad que desempeñan; de lo cual se sostiene que: a) el nivel óptimo de angustia estado, no siempre se ubica en el punto medio del continuo, sino que varía de individuo a individuo; b) el nivel óptimo de angustia estado no es un punto único sino que tiene una ancha banda de niveles, por lo que el entrenador (o maestro) debe encaminar al individuo para que llegue a su zona de ansiedad estado óptimo; c) así también se considera que para que se logre el mejor rendimiento en el deportista (es esta caso estudiante), se necesitan de niveles óptimos de ansiedad y de otras emociones (Weinberg & Goul, 2010).

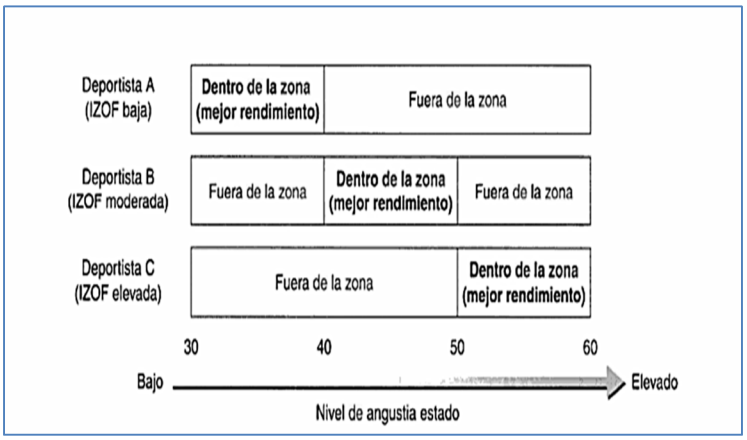


Fig.4. Zona óptima de funcionamiento individual. Tomada de Weinberg y Goul (2010).

Extrapolando dicha teoría Torres, *et al.* (2009), indican que "para que los estudiantes desplieguen un comportamiento académico exitoso, deberán exhibir niveles medios de ansiedad que les servirán para tomar en serio sus estudios y aplicarse en ellos" (p.70); por medio de un estudio con una metodología evaluativa, con una muestra de 81 estudiantes de medicina (31 hombres y 50 mujeres) de entre 18 y 30 años, se buscó medir ansiedad general por medio de indicadores verbales, conductuales y fisiológicos, así como variables sociodemográficas y parámetros institucionales del rendimiento académico de los estudiantes (calificaciones). Los resultados del estudio que busco indagar en lo que los estudiantes se dicen así mismos, su discurso interno, como las emociones entorpecen el rendimiento y ejecución en una prueba computarizada basada en el paradigma Stroop y la reactividad fisiológica pre y post-test, indican que en la muestra se encontró una relación significativa entre la ansiedad (por medio de la prueba Zung, la ERE de eventos estresantes y su relación con índices de interferencia positiva de la prueba computarizada Stroop) y el rendimiento escolar, que los sujetos con mayores y menores niveles ansiedad, tuvieron un promedio académico menor que los sujetos que reportaron un nivel de ansiedad medio.

Así también refieren que las calificaciones escolares no guardaron relación con variables sociodemográficas como edad, orden de nacimiento o el género, contrario a lo que se indica en la literatura, en la cual se exponía que las mujeres reportan niveles superiores de ansiedad que los hombres. Entre las conclusiones que dan los autores de

dicho estudio, se reflexiona sobre la simplicidad de la conceptualización de la ansiedad y la linealidad que siempre se maneja en la relación entre el desempeño y la ansiedad.

Por otra parte Hernández-Pozo, Coronado, Araujo y Cerezo (2008) reportan que otra vertiente en esta línea de investigación, es la relación entre el rendimiento escolar, la ansiedad escolar y el auto-concepto[8], lo cual ha sido motivo de preocupación por parte de los maestros al ver los efectos negativos en el rendimiento escolar de sus alumnos y la afección a su salud. A este respecto el rendimiento académico hace referencia al grado de logro que tiene el estudiante en cubrir los objetivos escolares, lo cual a su vez, puede representar un ansiogeno, es decir, el estudiante puede experimentar ansiedad al intentar alcanzar los objetivos escolares predeterminados. El auto-concepto, también está vinculado en la evaluación que hace el estudiante de su propio desempeño escolar o en alguna situación de evaluación (exámenes).

Por medio de un estudio longitudinal con una muestra de 22 estudiantes de licenciatura (5 hombres y 17mujeres) de entre 20 y 26 años, inscritos en 6° semestre de la carrera y a quienes se les evaluó durante 4 meses (duración de un curso) con medidas iniciales y finales del estudio, así como pre y post-test a la aplicación de pruebas conductuales computarizadas basadas en el Paradigma Stroop, se lograron obtener resultados que indican que los estudiantes que refieren un nivel más bajo de auto-concepto, son los que tienen un promedio escolar más bajo, así también que el auto-concepto y el rendimiento académico muestra una asociación significativa lineal. Con relación a la covariación de variables, se halló que el rendimiento y los resultados de la prueba computarizada Stroop en la muestra refiere que un menor rendimiento académico estaba relacionado con un mayor sesgo perceptual (interferencia negativa[9]), lo cual se traduce en que la prueba Stroop refleja de manera ordenada los niveles de procesos inconscientes de los estudiantes. Entre las conclusiones que dan los autores se insta a seguir desarrollando investigaciones y producción de instrumentos que sean aplicables masivamente y faciliten

[8] Puede definirse como el conocimiento que una persona tiene de sí misma como ser físico, social y psicológico. El auto-concepto abarca tres dimensiones; la primera de ellas es la *cognitiva* que hace referencia a las ideas, pensamientos, experiencia del individuo; la segunda es la dimensión *afectiva* que está vinculada con la autoestima y por último la dimensión *conductual* que está vinculada con la autoafirmación y la búsqueda de reconocimiento por parte de los demás y de sí mismo (Redondo, Galdú & García, 2008).

[9] Los niveles altos de interferencia y latencia negativa en las pruebas computarizadas en el seno del Paradigma Stroop se presentan en personas ansiosas (Torres *et al.*, 2009).

la identificación de casos de estudiantes con ansiedad que requieren de atención, como medida preventiva para la deserción y fracaso escolar.

Teniendo esas consideraciones, la investigación en torno a la ansiedad escolar Hernández-Pozo, *et al.* (2008) exponen que la ansiedad interfiere en el análisis cognitivo del individuo ya que implica una interacción emocional con procesos psicológicos como la vigilia, la atención, la percepción, el razonamiento y la memoria, lo cual impacta negativamente en a) la eficacia para resolver problemas; b) la interacción con otras personas; c) la capacidad de relajación; d) deterioro de la calidad de vida y salud de los estudiantes por el desarrollo de hábitos poco saludables, así también, a largo plazo puede causar un pobre desempeño académico, fracaso escolar, ausentismo, ideación suicida, consumo de tabaco y alcohol e incluso actos de delincuencia (Torres *et al.*, 2009). Por tales motivos se hace patenten la legitima necesidad de investigar sobre la ansiedad en estudiantes vinculada a procesos como el consumo de alcohol y la calidad de vida (o de sus componentes como el bienestar).

4. EL CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

El consumo de alcohol ha estado presente a lo largo de la historia del hombre, generalmente asociado a estados de ánimo positivos, a celebraciones, fiestas, reuniones, la celebración de grandes éxitos, entre otras ocasiones especiales, así como la búsqueda constante de *hedonismo*[10], siendo un comportamiento de consumo socialmente aceptado (Nathan, 1982 y North & Orange, 1995). Sin embargo, y a pesar de ser una conducta socialmente aceptada, el abuso en el consumo de alcohol puede acarrear graves consecuencias para la salud de la persona y de quienes lo rodean.

4.1. Definición, desarrollo y consecuencias del consumo de alcohol

El definir el consumo de alcohol no es una tarea sencilla, dado el complejo proceso que implica, y las múltiples definiciones que han sido emitidas por diversos autores, investigadores e instituciones como la Organización Mundial de la Salud, no nos detendremos a abordar una gama diversa de definiciones del consumo riesgoso de alcohol, ya que hay coincidencias entre definiciones, las cuales son: a) se considera al consumo de alcohol como un trastorno caracterizado por la ingestión de bebidas alcohólicas que interfiere con la salud y con el funcionamiento social y económico del individuo, b) el consumo de alcohol del individuo excede las costumbres dietéticas de la comunidad, c) se caracteriza por una progresiva incapacidad de abstenerse, moderar o detener la ingesta de alcohol una vez iniciado el consumo (Velásquez, 2004, p. 85).

Dentro del estudio del consumo de alcohol y el alcoholismo se han formulado teorías explicativas y métodos de identificación, diagnóstico y clasificación de casos y niveles de gravedad en el consumo, uno de dichas formulaciones fue elaborada por Jellinek en la década de los 60´s (en Coun, 2005, p. 195), quien expuso que el consumo de alcohol se presenta en fases:

[10] Teoría ética basada en la suposición de que el placer personal es la norma de comportamiento y la conducta humana. Teoría psicológica según la cual los hombres actúan con el fin de obtener afecciones agradables y de evitar las desagradables (Warren, 1998, p. 160).

4.1.1. Fase inicial: en dicha fase el bebedor consume alcohol en situaciones sociales, sin embargo, empieza a recurrir con mayor frecuencia al alcohol para “aliviar” la tensión y sentirse bien. Dentro de esta fase hay signos de alerta que permiten la identificación de un incremento en el consumo de alcohol:

4.1.1.1. Aumento del consumo en diversas situaciones.

4.1.1.2. Ingerir alcohol por las mañanas, so pretexto de “curar” la resaca o sentirse bien durante el día.

4.1.1.3. Sentimientos de arrepentimiento: después de un consumo excesivo.

4.1.1.4. Privación del sentido: caracterizado por la incapacidad de recordar lo que paso durante el período de tiempo en que se consumió alcohol.

4.1.2. Fase decisiva: es en este punto que la persona empieza a perder el control sobre su forma de beber.

4.1.3. Fase crónica: en esta fase la persona ha desarrollado dependencia hacia el alcohol, bebiendo de forma impulsiva y constante. Se presentan cambios en sus patrones de conducta alimentaria; la intoxicación por alcohol se presenta con cantidades menores y se presenta un deseo vehemente de beber cuando no lo está haciendo. Se inicia un notable deterioro en las relaciones interpersonales, desatención hacia sus obligaciones, las actividades laborales, recreativas y escolares.

Dentro de la misma teoría Jellineck en el *Diagnostic and statical manual* de la *American Psychiatric Association* (en Nathan, 1982, p. 24), nos indica que hay patrones conductuales que definen el nivel de consumo de alcohol en la persona clasificando el consumo del alcohol como: a) el alcoholismo alfa hace referencia a la dependencia del alcohol para aliviar el dolor físico y el sufrimiento emocional, pero no implica la pérdida de control sobre uno mismo; b) el alcoholismo beta esta comúnmente asociado con enfermedades físicas como la gastritis, variaciones en los índices de masa corporal y la cirrosis hepática, sin embargo, a pesar de que el consumo de alcohol se ha incrementado, no implica una dependencia psicológica o física hacia el alcohol; c) el alcoholismo gama

constituye el incremento en la tolerancia tisular[11]; es en esta fase que se presenta una dependencia psicológica y física al alcohol, así como la presentación de indicadores del *síndrome de abstinencia* al no consumirlo; d) el alcoholismo delta se caracteriza por la pérdida de control que tiene el individuo sobre su consumo de alcohol, sin embargo, aún conservan la capacidad de mantener períodos de sobriedad.

Dentro del estudio del consumo de alcohol, no como un "vicio" como se tenía conceptualizado en siglos pasados, sino como un trastorno y grave problema de salud pública, Rubio y Santo-Domingo (2006) nos indican que se han desarrollado conceptos que permiten identificar el grado de afección en el individuo, algunos de dichos términos han sido aceptados e incluidos en manuales diagnósticos como el DSM IV – TR:

4.1.4. *Abuso de alcohol:* es reconocido como un patrón de conducta desadaptativo, que se caracteriza por un deterioro significativo de las obligaciones personales, un consumo en situaciones de riesgo, asociado con problemas legales o al mantenimiento de consumo a pesar de que la persona tenga conocimiento sobre las consecuencias negativas al respecto.

4.1.5. *Dependencia alcohólica:* presencia de conductas que demuestran la necesidad y pérdida de libertad frente al alcohol; la persona presenta dificultades para controlar su consumo, así como una neuroadaptación al alcohol, como la tolerancia ante su presencia y el síndrome de abstinencia con la ausencia del alcohol. Se le puede clasificar en:

4.1.5.1. *Dependencia psicológica:* se caracteriza por un deseo y necesidad fuerte por consumir alcohol.

4.1.5.2. *Dependencia física:* la necesidad por consumir alcohol, se ve marcada por síntomas físicos, tales como hiperactividad autonómica, dolores, agitación, nauseas, vómitos, entre otros (Nathan, 1982).

4.1.6. *Tolerancia:* se presenta cuando la persona requiere de cantidades mayores de alcohol para conseguir los mismos efectos que tenía en fases iniciales de consumo con pocas cantidades.

---

[11] Facultad de un organismo de soportar, sin presentar efectos nocivos, dosis crecientes de un fármaco, droga, tóxico o en general, cualquier agente, acompañada de una manifestación de efectos decrecientes cuando la administración del mismo es continuada (Grupo Océano, 1999).

4.1.7. *Vivencia compulsiva por beber:* esta sensación aparece incluso en etapas iniciales en el consumo de alcohol, este fenómeno se presenta tras beber la primera copa de licor y la persona no puede evitar seguir consumiendo, lo cual se conoce como una *pérdida de control* o *priming.*

4.1.8. *Remisión temprana:* período comprendido en los primeros doce meses de haber dejado de consumir alcohol.

4.1.9. *Remisión mantenida:* incluye cualquier período de tiempo posterior al año de haber dejado de consumir alcohol.

4.1.10. *Remisión parcial:* la persona aun cuando ha dejado de consumir alcohol con frecuencia, aún mantiene ciertos patrones que descartan la opción de una suspensión del consumo de alcohol.

Dichos autores, también exponen que hay una gama de trastornos que son inducidos o están relacionados con el consumo de alcohol (Tabla 7). Como se ha mencionado anteriormente el consumo de alcohol tiene graves repercusiones para la salud del individuo; consecuencias que a decir de Cid (2005, p. 76 -77) podemos englobar en tres rubros: a) ***Las consecuencias físicas:*** las cuales se centran en el deterioro del Sistema Nervioso Central, caracterizada por la dilatación de los espacios intracraneales, la deficiente administración del oxígeno en el cerebro, la ruptura de las conexiones entre neuronas y la muerte neuronal, lo cual implicas dificultades de aprendizaje, concentración, déficit de memoria y motricidad (Fig. 5). Algunas consecuencias físicas que más impactan al individuo son las relacionadas con el *hígado* ya que este órgano es vital para la metabolización del alcohol en el organismo, pero un consumo frecuente puede generar padecimientos como el *hígado graso* (este cambio es reversible, se presenta en las primeras etapas de consumo de alcohol), *hepatitis alcohólica* (inflamación y muerte de las células del hígado), *cirrosis* (se presenta una cicatrización del tejido del hígado, dichas cicatrices dificultan el flujo sanguíneo, lo cual disminuye la metabolización del alcohol, el azúcar, la producción de proteínas vitales para el organismo y la función de desechar sustancias tóxicas del organismo). Una consecuencia más, es el incremento de 2 a 6 % en el desarrollo de padecimientos como el *cáncer*; el consumo de alcohol se asocia a *atrofias musculares* y la *osteoporosis* (pérdida progresiva de la matriz ósea), así también del déficit de producción

de plaquetas, glóbulos blancos y rojos en sangre, lo cual genera padecimientos como la anemia y una fuerte predisposición a infecciones, así también, incrementa la presión arterial, lo cual a largo plazo puede desarrollar hipertensión en el individuo.

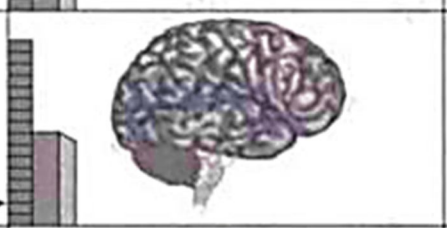
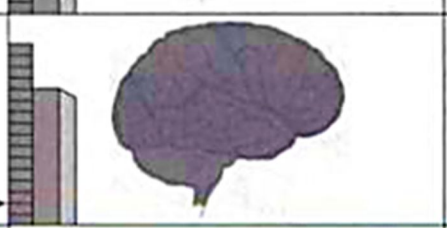
Alcohol consumido	Representación nerviosa	Efecto conductual
2 onzas de whisky de 90 grados 0.05 por ciento de alcohol en la sangre		Afecta a los centros nerviosos superiores; el bebedor pierde inhibiciones, viola las convenciones y cortesías, se relaja
6 onzas de whisky de 90 grados 0.15 por ciento de alcohol en la sangre		Afecta las áreas motoras profundas; el bebedor se tambalea, fanfarronea, está demasiado seguro de sí mismo, actúa por impulso
10 onzas de whisky de 90 de grados 0.25 por ciento de alcohol en la sangre		Afecta los centros emocionales del cerebro; el bebedor muestra deterioro de las reacciones motoras y marcha vacilante; se distorsionan las sensaciones; el bebedor suele ver doble y quedarse dormido.
16 onzas de whisky de 90 grados 0.40 por ciento de alcohol en la sangre		Afecta el área sensorial del cerebelo; se embotan los sentidos; el bebedor cae en estupor
24 onzas de whisky de 90 grados 0.60 por ciento de alcohol en la sangre		Afecta las áreas perceptuales; el bebedor pierde el conocimiento; sólo siguen activas las funciones de respiración y de latido cardiaco
32 onzas de whisky de 90 grados 0.80 por ciento de alcohol en la sangre		Afecta a todo el cerebro; cesan el latido cardiaco y la respiración; **muerte**

Fig. 5. Efectos del alcohol en el SNC. Tomado de Coun (2005).

Tabla 7. Trastornos relacionados con el consumo de alcohol

Trastorno	Descripción
Intoxicación por alcohol	Se presenta después del consumo de alcohol, presentándose cambios en la persona como lenguaje furfullante, nistagmo, déficit de atención, de la memoria o de la conciencia. El CIE 10 contempla en este rubro las "intoxicaciones patológicas" las cuales se dan con un consumo mínimo de alcohol y comportamiento agresivo, y con base en el nivel de alcoholemia, se puede llegar al estupor o al coma etílico.
Alcoholemias	Concentración de alcohol etílico en la sangre. Se expresa en gramos por litro. La determinación de alcoholemia tiene finalidad clínica, pero se utiliza particularmente como prueba objetiva de los estados de embriaguez en el ámbito legal (Grupo Océano, 1999). Las alcoholemias al presentarse en concentraciones de 50 – 100 mg / 100 ml dan como resultados alteraciones mínimas en el individuo, como euforia, excitación, locuacidad, disminución en el rendimiento intelectual y el alargamiento en los tiempos de reacción. En concentraciones de 200 – 300 mg / 100 ml deriva en importantes alteraciones de la coordinación motriz, disartria, obnubilación. Por último las concentración de 300 – 500 mg / 100 ml o mayores, pueden provocar un como etílico en el individuo, depresión respiratoria y en casos extremos la muerte del individuo.
Síndrome de abstinencia	Se presenta en el individuo con un alto consumo de alcohol, al suspender la ingesta, en un lapso de 4 a 12 horas. Los síntomas suelen englobarse en 5 apartados: 1. Hiperactividad autonómica: taquicardia, hipertensión, diaforesis, temblores, fiebre, hiperventilación con alcalosis respiratoria. 2. Alteraciones del sueño: insomnio, aumento de la fase REM. 3. Alteraciones gastrointestinales: anorexia, náuseas y vómito. 4. Manifestaciones psicológicas: ansiedad, agitación, inquietud, irritabilidad, falta de concentración, alteraciones de la memoria y del juicio, alucinaciones. 5. Convulsiones tónico-clónicas. El síndrome de abstinencia puede ir acompañado por estados agudos confusionales, que se presentan entre individuos con una larga historia de consumo, por lo regular hombres de entre 40 a 60 años, comúnmente se le conoce como *delirium tremens.*
Otros	Crisis convulsivas, trastorno amnésico, Síndrome de Wernike – Korsakofff, demencia, trastornos psicóticos, cuadros de ansiedad, depresión, disfunción sexual.

***Nota: adaptado de Rubio y Santo-Domingo, 2006.**

Así también, Cid (2005) expone las b) ***consecuencias psicológicas***, las cuales principalmente se engloban en los *cambios en el estado de ánimo* que experimenta el individuo (agresividad, sentimientos de frustración, enojo y vergüenza), dicho autor también, expone que trastornos como la ansiedad y la depresión forman un círculo vicioso con el consumo de alcohol, ya que estos puede generar que la persona desee beber para sentirse mejor, sin embargo, después de la ingesta presentan nuevamente ansiedad y depresión (Fig. 6). Por último las c) ***consecuencias sociales*** del consumo de alcohol principalmente son los accidentes, delitos y hechos de violencia generados por el consumo excesivo de alcohol, así como una progresiva desatención del individuo con sus obligaciones familiares, laborales y escolares y un notable deterioro de las relaciones interpersonales; lo anterior sin mencionar las claras consecuencias para la salud del individuo que presenta consumo de alcohol.

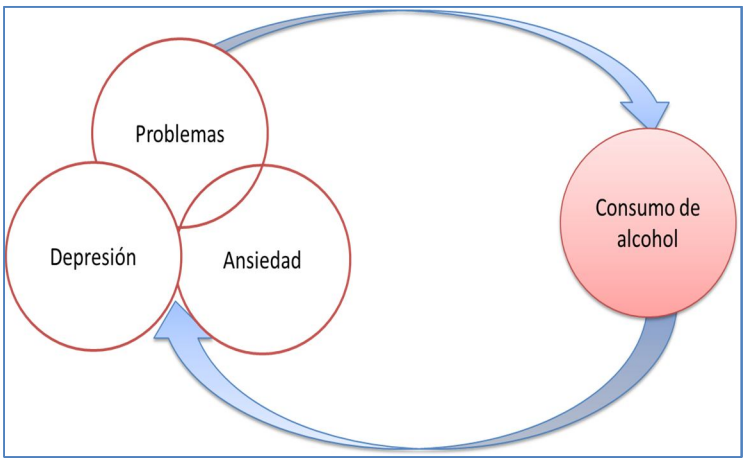


Fig. 6. Relación entre la depresión, la ansiedad y el consumo de alcohol.

4.2. Panorama nacional e internacional sobre el consumo de alcohol en jóvenes

Una vez que hemos considerado las graves consecuencias del consumo de alcohol en las personas, principalmente estudios basados en el alcoholismo en adultos, estos efectos de riesgo para la salud, son de mayor impacto en la juventud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2011) el abuso del alcohol y el alcoholismo: a) causa 2 millones 500 mil muertes cada año, b) se relaciona con las principales causas de muerte de 320 mil jóvenes de entre 15 y 29 años de edad, lo que representa el 9% de defunciones en ese grupo de edad, c) está relacionado con problemas graves de índole social y del

desarrollo, en particular la violencia, el descuido y maltrato de menores y el ausentismo laboral, d) ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad (Fig. 7) siendo el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, el segundo en Europa.

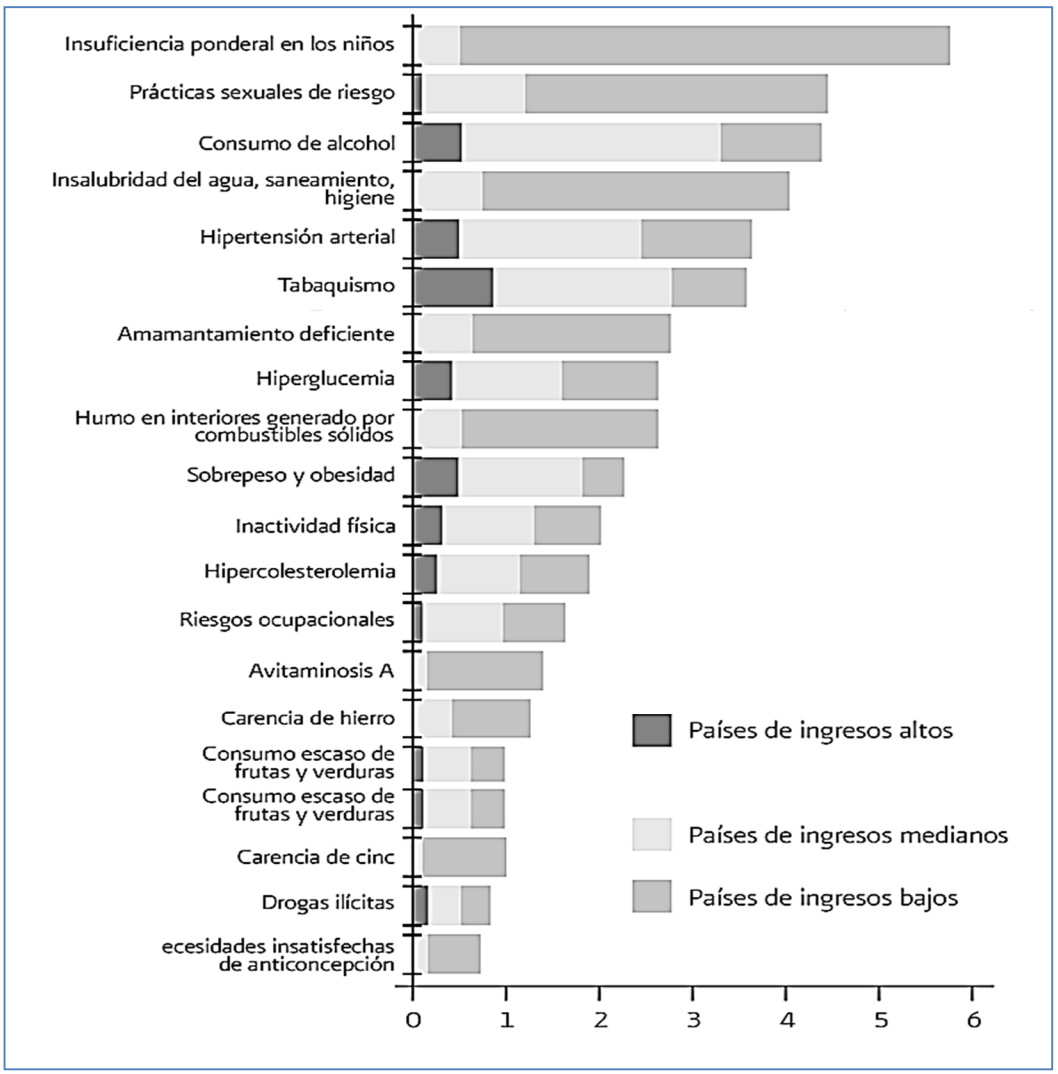


Fig. 7. Porcentajes mundiales de años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD), atribuidos a los 19 factores más importantes, por grupos de ingreso.

En este contexto la Dra. María Elena Medina Mora, directora del Instituto Nacional de Psiquiatría, expone que el consumo de alcohol en México está equiparando el nivel de consumo de países como Estados Unidos, siendo 13.4 millones de personas que consumen alcohol de manera riesgosa en el país, lo cual posiciona a nuestro país como uno de los de mayor consumo en América Latina. Esta situación se ha convertido en un

problema grave de salud pública y requiere de la formulación de políticas públicas de salud de alto impacto (Gómez, en prensa).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (Secretaria de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública, 2006), el 17.7% de los adolescentes que van de los 10 a los 19 años han consumido en alguna ocasión bebidas con alcohol, siendo la ingesta mayor en hombres con un 21% que en mujeres con un 10% con un consumo semanal de hasta 5 copas o más de alcohol, un fenómeno a puntualizar es que el consumo de alcohol en este sector de la población, se incrementa conforme aumenta el rango de edad (Fig.8). Por otra parte en el rango de edad de 20 a 29 años el consumo de alcohol es tres veces mayor en hombres (60%) que en mujeres (20%) con un consumo semanal de hasta 5 copas o más de alcohol, el fenómeno a puntualizar en este sector poblacional es que el consumo de alcohol disminuye conforme el rango de edad es mayor (Fig.9). Lo anterior podría llevarnos a suponer que el rango de edad de mayor riesgo en el consumo de alcohol en la población joven va de los 16 a los 24 años, lo cual, pone en un mayor riesgo a los estudiantes de educación media superior y superior. Cabe mencionar que se recuperaron datos de dichos sectores de población de la ENSANUT, debido a que en el primer capítulo del presente escrito, se considera a la juventud en un rango de edad de los 1os 15 a 29 años.

En este sentido el Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas (Secretaria de Salud & Comisión Nacional contra las Adicciones, 2011) expone que el consumo consuetudinario[12] de alcohol entre los adolescentes está aumentando, ya que replican los patrones de consumo de la población adulta en una taza de un adolescente por cada 5 adultos y con una diferencia de 2 hombres por cada mujer. Así también 4 millones 168 mil 63 millones de mexicanos presentan dependencia al alcohol, de los cuales 3 millones 497 mil 946 son hombres y 670 mil 177 mujeres, cabe mencionar que cada vez más mujeres en adolescencia presentan criterios de dependencia al alcohol (Fig. 10).

[12] 1. Adj.Que es de costumbre. 2. Adj. *Rel.* Dicho de una persona: que tiene costumbre de cometer alguna culpa (RAE, 2010).

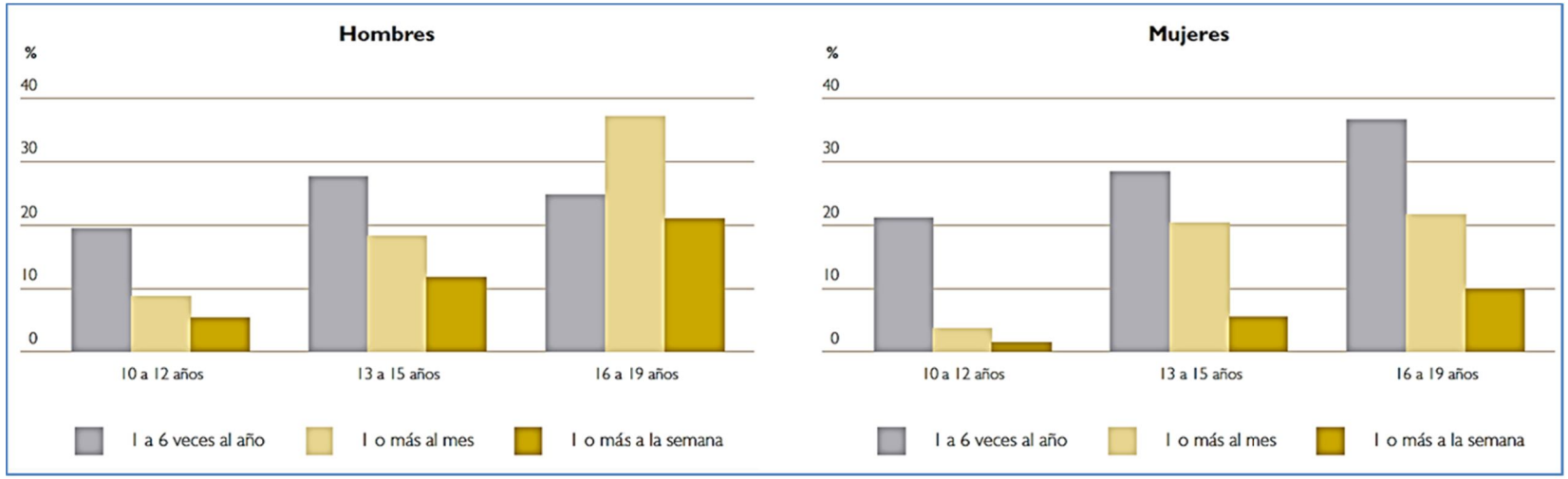


Fig.8. Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años que han ingerido bebidas alcohólicas, según consumo excesivo* por grupo de edad y sexo. ENSANUT (2006).

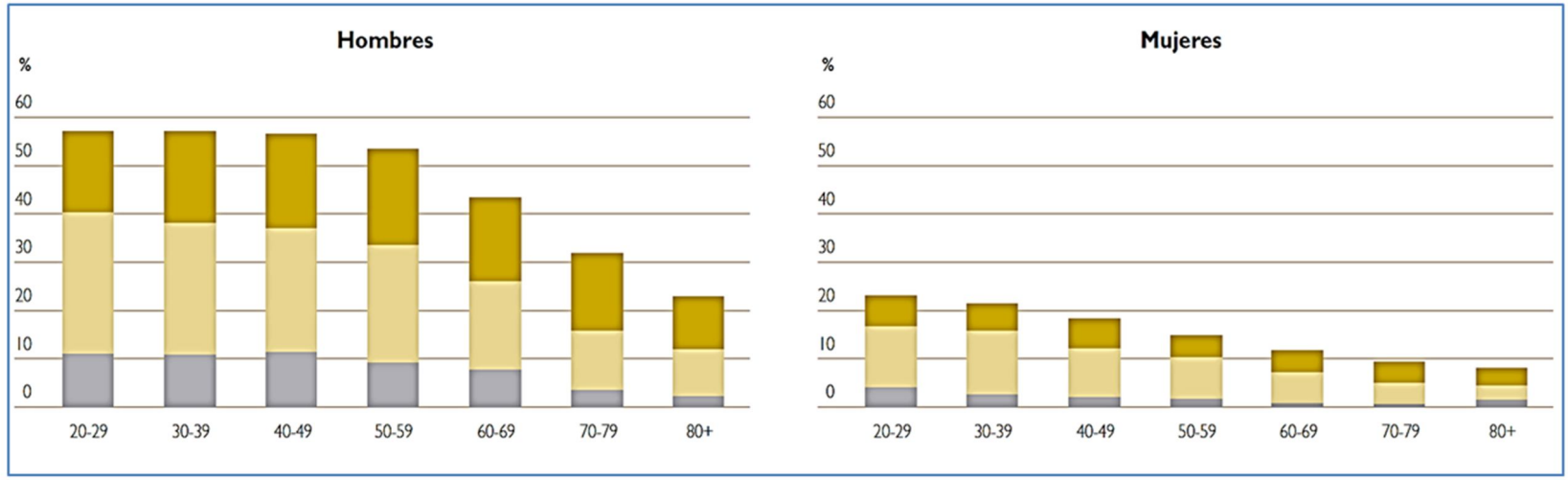


Fig. 9 . Ingesta de alcohol (cinco copas o más por ocasión), según grupo de edad y sexo. ENSANUT, 2006

El mismo plan de trabajo y con base en la Quinta Encuesta Nacional de Adicciones, al considerar a la población que presenta criterios diagnósticos de abuso y dependencia al alcohol, se puede observar que las entidades federativas que presentan índices superiores de este problema en hombres son: Nayarit, Zacatecas, Morelos, Puebla y Michoacán; y en mujeres: Querétaro, Distrito Federal, Campeche, Nayarit y Morelos. En el estado de Oaxaca el porcentaje de consumo de alcohol en hombres es del 10.9% de la población y en mujeres 0.6% (Fig.11).

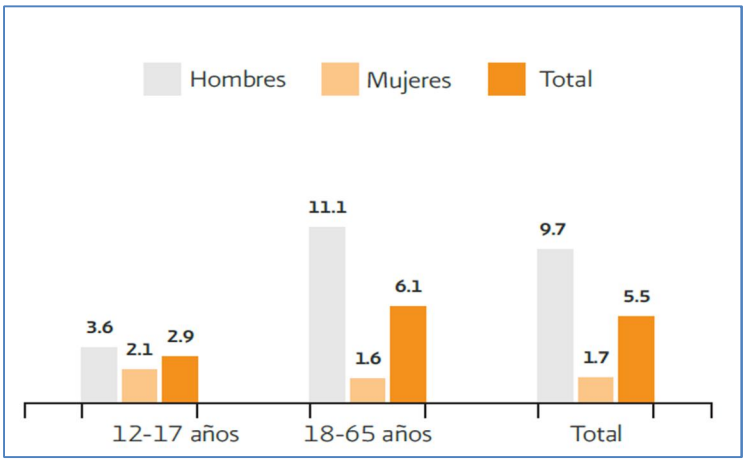


Fig. 10. Población que cumple con el criterio de abuso / dependencia al alcohol. Recuperado de Programa en contra del Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas (SSA, 2010).

En apartados anteriores se exponía las múltiples afecciones que conlleva el consumo de alcohol en el individuo; pero debido a los altos índices de consumo entre la población, se ha ido convirtiendo en un importante problema de salud pública. En este sentido el Programa en contra del Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas (SSA, 2010), nos indica que el consumo de alcohol está asociado a más de 60 padecimientos, cirrosis hepática, desórdenes neuropsiquiatricos, diabetes mellitus, cáncer, daños al corazón, hígado, estómago y sistema nervioso, desnutrición, anemia, en el caso de la mujer durante el embarazo puede producir daños irreversibles al bebé como deformidades de cráneo y cara, retardo de desarrollo físico y mental, bajo peso al nacer, así como estar vinculado a la lesiones intencionales (suicidio, violencia) y no intencionales (accidentes de tráfico, caídas, traumatismo, envenenamientos, etcétera), violencia intrafamiliar, abuso de menores, ausentismo laboral y *deserción escolar*. Los datos oficiales indican que:

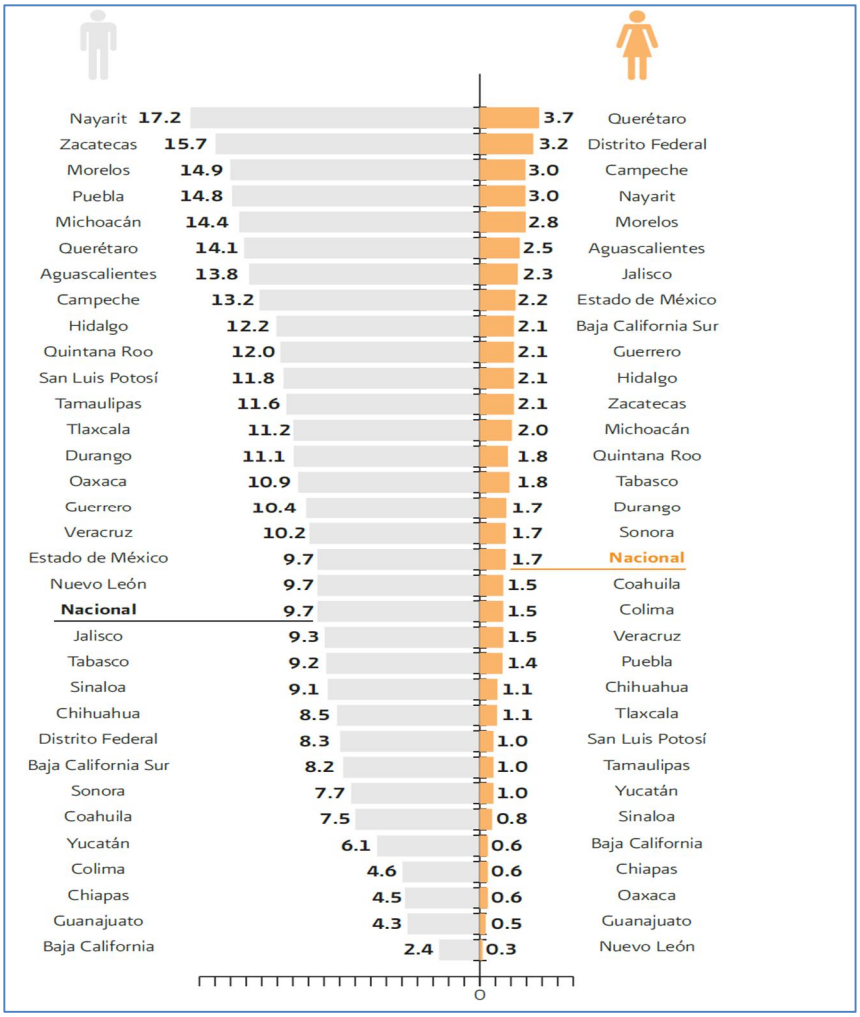


Fig. 11. Abuso y dependencia de alcohol por entidad federativa y sexo. Recuperado de Programa en contra del Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas (SSA, 2010).

4.2.1. El abuso y la dependencia del alcohol se asocian con dificultades frecuentes con la familia (10.8 %), peleas (6%), problemas con la policía (3.7%), detención de persona estando bajo los efectos del alcohol (41.3%), problemas laborales (3.7%) y pérdida del empleo (1.4 %).

4.2.2. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), reporto en 2008 en los Centros de Tratamiento de Menores, la droga de impacto más frecuente a nivel nacional entre las personas que buscaron ayuda especializada, fue el alcohol (36.4%); permaneciendo como una de las principales drogas de inicio de consumo,

del total de adolescentes identificados el 63.2% de quienes iniciaron con alcohol pasaron a una segunda sustancia.

4.2.3. Los Centros de Integración Juvenil, informarón que de 25 mil 143 pacientes que solicitaron ayuda en 2008, el alcohol fue la principal sustancia que motivó la demanda de tratamiento (22.1%).

4.2.4. El Consejo Tutelar de Menores reportó en 2008 que del total del grupo de menores de edad (6 mil 923) que son detenidos por cometer infracciones, el 54.3% mencionó consumir drogas de forma habitual, dentro de este grupo el alcohol fue la segunda droga más utilizada (20.9%).

4.2.5. El Servicio de Urgencias Hospitalarias, registró 17 mil 734 ingresos en 2008, de los cuales el 8.3% se encontraban bajo el efecto de al menos una sustancia psicoactiva al momento del ingreso. La sustancia mencionada con mayor frecuencia fue el alcohol.

4.2.6. La cirrosis es la cuarta causa de mortalidad entre la población (5.6%). Asimismo, los accidentes de tráfico (4.6%), la cirrosis del hígado (3.1%), la violencia (2.9%), son las principales causas de discapacidad en el país. El 9% del total de las enfermedades en México las genera el consumo de alcohol.

4.2.7. El alcohol es el principal causa de los accidentes de vehículo de motor (incluyendo accidentes de tránsito y atropellados). Dentro de estos el grupo de edad de 15 a 26 años ocupa el segundo lugar en las tablas de mortalidad general.

4.2.8. Entre las población mexicana, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (5.1%) y el consumo de alcohol (4.8%), son las principales causas de años perdidos de vida saludable (AVISA) entre la población.

4.2.9. Se estima que casi la quinta parte de los accidentes laborales se relaciona con la ingesta de bebidas alcohólicas y se encuentra entre las 10 principales causas de discapacidad entre los trabajadores, que afectan la productividad del empleado con un alto impacto indirecto a la empresa.

Con base en los datos anteriores, los sistemas de atención en salud, deben atender a diversas características y niveles de consumo de alcohol (Fig. 12).

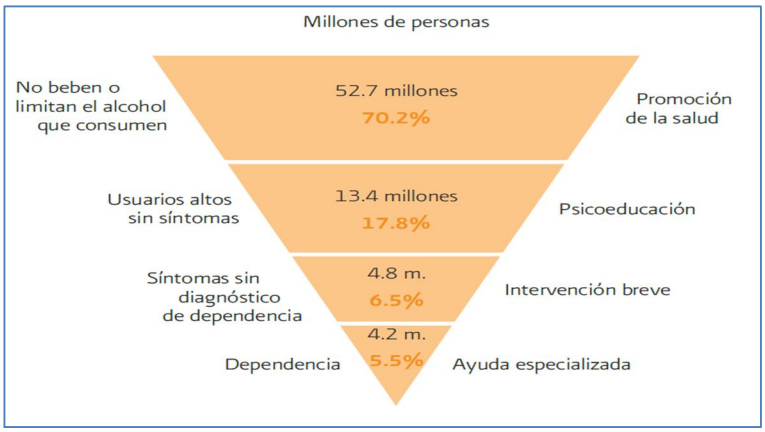


Fig.12.Necesidades de atención por el consumo de alcohol. Recuperado de Programa en contra del Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas (SSA, 2010).

4.3. La perspectiva Cognitivo - Conductual del consumo de alcohol

Los enfoques cognitivo – conductuales devienen de la conjunción de las teorías del aprendizaje (condicionamiento clásico y operante), con las consideraciones e inclusión del estudio de los procesos del pensamiento y la influencia que ejercen sobre la conducta manifiesta de las personas. Los procesos terapéuticos enclavados en este enfoque, tienen como objetivo la identificación de repertorios conductuales y las estructuras cognitivas del individuo que representen un problema o impacto negativo hacia su bienestar (Sarasón & Sarasón, 2003, p. 103).

En este sentido, Campa y López (2012) en el estudio que emprendieron para el diagnóstico de consumo de alcohol en estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, abordan el desarrollo del alcoholismo desde el enfoque cognitivo conductual. A groso modo y para comprender como se desarrolla el alcoholismo nos proporcionan las conclusiones de algunos autores con respecto a las conductas de consumo:

4.3.1. *Phares (1992):* cuando las consecuencias de una conducta son favorables la probabilidad de que esta se repita es alta. Si por ejemplo, una persona consume alcohol y consigue atención por parte de otras personas, el riesgo de continuar consumiendo se incrementa, esto con el fin de que dichos refuerzos se repitan. Los estímulos que se asocian con un reforzamiento incondicionado comienzan a

desarrollar propiedades reforzantes propias, de esta manera la respuesta depende de las asociaciones que hagan los individuos sobre las circunstancias, las cuales en base a su valoración pueden llevar a situaciones negativas o positivas.

4.3.2. *Rotter (1972):* propone que las respuestas de una persona como el consumir alcohol están determinadas por las exceptivas que tiene el sujeto sobre la ocurrencia y valor de los reforzadores que obtendrá de esa conducta; así, por ejemplo si una persona consume alcohol en reuniones y fiestas, su expectativa al respecto será la de mejorar su desenvolvimiento social, obtener seguridad, obtener y entablar lazos afectivos, todos ellos reforzadores positivos que se refuerzan entre sí y al consumo de alcohol.

4.3.3. *Bandura (1986):* expone que la adquisión de conductas (en este caso el consumo de alcohol) está influenciada por las expectativas aprendidas, donde se presenta una valoración entre el estímulo y la respuesta esperada o asignada, así también dependerá de la capacidad de auto-regulación de la persona (capacidad para controlar y regular su conducta) y el aprendizaje por imitación y observación de la conducta de otras personas.

4.3.4. *Lazarus y Folkman (1977):* sostienen que las conductas de consumo puede ser repertorios de conducta adaptativa que la persona pone en marcha, para adaptarse a determinadas situaciones o demandas ambientales, y la percepción que tenga de las respuestas que recibe al respecto son las que reforzarán si esta conducta se incrementa o no.

Por otra parte autores como Reynoso y Selligson (2005) exponen que las creencias al ser configuraciones cognitivas individuales y compartidas por una sociedad a través de la cultura, pueden determinar cómo los individuos perciben el entorno y moldean su conducta para adaptarse al contexto. Así también los siguientes elementos contribuirán al moldeamiento conductual de la persona, principalmente ante un diagnóstico, pero bien se pueden aplicar a las conductas de consumo son: a) *razonamiento dicotómico:* la persona reduce a sólo “si” o “no” las alternativas de conducta o de solución de problema que debe afrontar, b) *sobregeneralización:* en este tipo de pensamiento, las personas generalizan hechos y pensamientos de forma excesiva, c) *dependencia de los juicios de terceros:* las personas con algún diagnostico o que consumen alcohol, en situaciones específicas, pueden

llegar a depender en gran medida de los juicios y opiniones de otras personas (esto puede ser con base en las expectativas y creencias de la persona).

A este respecto Campa y López (2012) comentan que bajo dichas consideraciones, el modelo cognitivo-conductual permite estudiar los factores cognitivos de la persona y como median la interacción del individuo con su contexto, por ejemplo, cuando una persona ha consumido alcohol, tiene expectativas previas sobre los resultados de esa conducta. Bajo la revisión de dichos autores, citan a Fernández-Ballesteros (1993), quien sugiere que es durante el proceso de socialización fuera del núcleo familiar, el sujeto empieza a ganar independencia, lo cual se convierte en momentos de mayor incidencia para que se origine el consumo, primordialmente debido a que es socialmente aceptado en reuniones y convivencias; así también la ingesta de alcohol está basada en actitudes sociales, la cultura produce la necesidad de responder y adaptarse a ciertas situaciones, por ejemplo, la costumbre de brindar en las festividades es socialmente aceptado, lo cual deja pocas o ninguna opción de comportamiento alternativo para el sujeto. Sin embargo, hay que tener en cuenta que hay individuos que responden de formas diferentes a dichos patrones cultures; pero hay un número importante de la población que no logran aprender o desarrollar patrones de consumo adecuados, lo cual puede convertirse en un problema de salud o pauta inadaptativa de consumo.

Todas las consideraciones anteriores nos permiten tener un panorama general de la complejidad de las conductas de consumo de alcohol; lo cual es de suma importancia, ya que la investigación y la literatura actual, apunta a una compleja interacción de factores, algunos de los más estudiados han sido: la presión de grupo, el fácil acceso a las bebidas alcohólicas, la relación que guarda con el rendimiento escolar, variables psico-sociales que pueden promover su desarrollo y origen, etcétera.

4.4. Consumo de alcohol en estudiantes

Como se comentaba anteriormente, el rango de edad de mayor riesgo en el consumo de alcohol en los jóvenes va de los 16 a los 24 años (con base en la revisión estadística previamente expuesta), por tal motivo y el problema de salud pública que representa el consumo de alcohol en los jóvenes, estudiantes y adolescentes, diversos autores se han

dedicado a tratar de comprender e intervenir en el problema a través de múltiples programas de intervención e investigación.

En este sentido autores como Tirado, Aguaded y Marín (2009) a través es un estudio con estudiantes de la Universidad de Huelva, buscaron identificar los factores involucrados en las conductas de consumo de alcohol en la comunidad estudiantil; identificando algunos factores de riesgo y protectores que promueven o atenúan que los estudiantes inicien con el consumo de alcohol (Tabla 8); por otra parte los autores nos hablan de otros tres tipos de factores de naturaleza psico-social que están involucrados en este tipo de conductas : a) los factores personales: los cuales son características internas del individuo, como su forma de ser, patrones de conducta, edad, personalidad, habilidades sociales, actividades, valores, creencias con respecto a las drogas, autoestima, familia, el contexto, la influencia y la presión de grupo, así como la capacidad de toma de decisiones, a lo cual los autores expresan las consideraciones de Bandura (1984), que expone que si el sujeto percibe que el consumo de alcohol resulta una estrategia de afrontamiento adecuado, su tendencia a consumir será mayor, lo cual nos permite concluir que "la realización de la conducta problema dependerá en última instancia, de un proceso de toma de decisiones, de una valoración personal de pros y contras, beneficios y costes que puede proporcionar tal conducta" (p.167). Un factor más a considerar, son los b) factores relacionales: los cuales marcan la interacción que tiene el sujeto con su familia, amigos, el ambiente universitario, con pensamientos y sensaciones como la búsqueda y necesidad de experimentar nuevas emociones, adaptación al mundo social, combatir el aburrimiento y el manejar el tiempo de ocio, ante lo cual, la Universidad se puede posicionar como una alternativa para la inversión de dicho tiempo, con la oferta de actividades extracurriculares y académicas en las cuales los alumnos puedan involucrarse.

En el estudio de Tirado, Aguaded y Marín, (2009), la muestra se compuso de 1200 alumnos con un promedio de edad de 22 años, siendo el 60% mujeres y el 39.9% hombres, se evaluaron factores protectores y de riesgo por medio de una escala elaborada ex profeso para el estudio con un índice de valides Alfa de Conbrach de <0.74; el estudio revelo que el 79.6% de la muestra refirió un alto consumo de alcohol y un 20.3% refirió no consumir, así también el 77.7% de la muestra consume semanalmente, mientras que un 11.1% lo

hacen diariamente. Así también se comprobó parcialmente la idea que a mayor edad, se disminuye el consumo de alcohol; así como la idea de que el riesgo de consumo de alcohol varía según la licenciatura que curse el estudiante; una consideración más que dan los autores es haciendo hincapié en la prevención de las conductas de riesgo a través de desarrollo de actividades extracurriculares y culturales que se oferten para los estudiantes ya que ofrecen una alternativa más para que administren su tiempo de ocio, lo cual en dicho estudio se comprobó, ya que entre mayor involucramiento del estudiante en dichas actividades, menor era el grado de consumo; así también un mayor consumo de alcohol repercutía en la asistencia de los estudiantes a la universidad, disminuyendo esta última.

El ingreso a la Universidad, representa una nueva etapa, que se caracteriza por un desarrollo intelectual, crecimiento personal y moldeamiento de conducta e identidad de la persona, lo cual, a su vez puede representar una *crisis*, un conflicto que tal vez el estudiante no puede afrontar satisfactoriamente, produciendo desordenes del comportamiento, rebeldía, una lucha generacional (con sus profesores principalmente), consumo y abuso de drogas y alcohol; Restrepo, Agudelo, Giraldo y Sánchez (2011) buscaron identificar dichos patrones de consumo de alcohol en estudiantes Universitarios, a través de un *Tamizaje*[13]con la escala AUDIT[14]

[13] Se define como "el uso de una prueba sencilla en una población saludable para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero todavía no presentan síntomas" (OMS, en Galván, s/f).
[14] Alcohol Use Disordes Identification Test de la Organización Mundial de la Salud (Campa & López-Cano, 2012).

Tabla. 8. Factores protectores y factores protectores en el consumo de alcohol.

	Definición	Sobre las conductas de consumo
Factores protectores	"Son aquellos factores psicológicos o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo para desestimular o evitar la aparición de la problemática. O son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo" (Hawtins, 1985).	"Un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas o la transición de nivel de implicación con los mismos" (Clayton, 1992).
Factores de riesgo	"Cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia o ausencia modifica la posibilidad de que se presente un problema determinado en una persona o comunidad" (Hawtins, 1985).	"Un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación con los mismas (mantenimiento)" (Clayton, 1992).

***Nota: adaptado de Tirado, Aguades y Marín (2009).**

Para poder llevar a cabo la identificación de casos correspondiente se designaron *zonas de* consumo, siendo la zona I de bajo consumo, la zona II de consumo de bajo riesgo pero por arriba de niveles recomendados por normas internacionales, la zona III que hace referencia a un consumo de riesgo, y por último la zona IV que marca un consumo excesivo de alcohol. El estudio se llevó a cabo con una muestra de 221 estudiantes Universitarios en un rango de edad de 23 a 36 años. Los resultados obtenidos por dichos autores refieren que en la muestra el 65% se ubica en una zona de consumo I, los cuales requiere de orientación e información sobre las consecuencias del alcoholismo; el 28.2% de la muestra se ubican en la zona II de consumo, lo cual indica que requieren de intervenciones de *educación* para mantener su salud; el 5% de la muestra se ubicó en la zona III de consumo, es decir, requieren de intervenciones de terapia breve para impedir que su consumo de alcohol incremente; por último el 1.5% de la muestra se ubicó en la zona IV de consumo, dichos estudiantes requieren de tratamientos especializados para combatir su consumo de alcohol. Así también dichos autores encontraron que en la muestra, cuando disminuía el consumo de alcohol, las notas escolares de los estudiantes

eran mejores (21% de la muestra); lo cual permite comprobar parcialmente la idea, de que el mayor compromiso académico representa un menor riesgo de consumo de alcohol.

En relación al compromiso académico como factor protector para el consumo de alcohol, en el estudio realizado por Campa y López (2012) en el diagnóstico de consumo de alcohol en estudiantes de sistema presencial de la FES-Iztacala de la UNAM, con una muestra total de 398 participantes, refieren que el 71% de la muestra reconoce consumir alcohol, sin embargo el riesgo de consumo es diferente entre licenciaturas (Tabla. 9), posicionando a Medicina y Cirugía, Psicología y Cirujano Dentista entre las de menor consumo, ante esto, lo autores concluyen que "esta diferencia podría deberse en principio a que los primeros –según el orden de la tabla - tienen actividades más estrictas o en su caso tienen una mayor exigencia de tiempo para sus actividades académicas, lo que les impide o limita un mayor consumo y de manera indirecta a la imagen socialmente exigida por el plan de estudios que deben cumplir , al mismo tiempo la formación de estas carreras del ámbito diagnóstico clínico formalizado, tienen una preparación que les permite entender de una manera más integral el daño a la salud, así como las causas y consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas a nivel orgánico, lo que puede llevar posiblemente a una mayor preocupación sobre su salud, limitando su consumo" (p. 55).

Sin embargo ¿Por qué consumen alcohol los estudiantes de Medicina y Cirugía? Si bajo la premisa establecida por dichos autores indica que por su preparación pueden comprender de forma integral las consecuencias negativas de dicha conducta, a este respecto Díaz, Moreno y Jurado (en Campa & López-Cano, 2012, p.14) mencionan que el consumo de alcohol en estudiantes de medicina, está asociado primariamente con la capacidad de socializar e interactuar, asimismo se relaciona con posibilidades para adaptarse al medio, las cuales generan un comportamiento extrovertido; es percibido como un factor que incrementa las relaciones y la interacción en determinadas situaciones, disuadiendo a la persona de las sensaciones negativas que se pueden llegar a presentar, lo que conlleva a que mantenga dicho repertorio conductual.

Tabla. 9. Población consumidora de alcohol en FES-Iztacala

Carrera	Porcentaje actualmente consumidor	Media de Resultados por Rango		Porcentajes de Categoría de Consumo
		Escala sobre consumo de alcohol	AUDIT	
Médico Cirujano	68%	1.5	1.3	Poco Riesgoso
Cirujano Dentista	60%	1.4	1.1	Poco Riesgoso
Psicología	79%	1.7	1.9	Poco Riesgoso
Biología	88%	1.7	2.1	Riesgoso
Enfermería	54%	1.5	1.3	Poco Riesgoso
Optometría	100%	1.8	2.2	Riesgoso
Media de la población	71%	1.6	1.7	**Poco Riesgoso**

***Nota: tomada de Campa y López-Cano (2012, p. 54).**

Como se ha mencionado anteriormente el consumo de alcohol está relacionado con un impacto negativo en la vida del individuo y así también, de la convivencia pacífica de la sociedad; pero ¿Por qué razón las personas beben, si conocen los efectos dañinos del alcohol?, a este respecto Albarracín y Muñoz (2009) exponen que los jóvenes consumen alcohol en la búsqueda de sensaciones de placer, tranquilidad o incluso exaltación, sentirse mejor, suplir carencias (principalmente de habilidad social) afectivas e intelectuales como la inseguridad y falta de confianza en sí mismo, afrontar sentimientos de soledad, tristeza, carácter débil o buscar un refugio para sus problemas; así también, para lograr el reconocimiento y aceptación de un determinado grupo de personas, solucionar problemas que cotidianamente no pueden resolver. En este sentido, en países como Colombia, se han puesto en marcha programas e iniciativas de diversas instituciones que uniendo esfuerzos buscan diagnosticar, conocer la situación de los jóvenes y con base en la información generada, producir intervenciones efectivas para disminuir el consumo de alcohol en la juventud; uno de dichos programas es el denominado como “invierte en ti”, el cual fue un esfuerzo conjunto de diversas Universidades, coordinadas por la Universidad Javeriana. Dicho programa arrojo las siguientes conclusiones sobre el consumo de alcohol en jóvenes estudiantes:

a. El alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor consumo entre los estudiantes de educación superior.

b. El grupo de amigos y la influencia (o presión) que ejercen es determinante en el consumo de alcohol.
c. La diferencia entre sexos sobre el riesgo de consumo cada vez es menor, es decir, cada vez más mujeres consumen alcohol.
d. La familia aparece como un promotor del consumo: los padres facilitan el consumo porque no consideran que conlleve peligro o riesgo.
e. Se observa que el alcoholismo como una sustancia social y común en las universidades; el riesgo aumenta cuando los centros educativos se encuentran rodeados de establecimientos que facilitan su venta.
f. Existe una vinculación entre sexo y alcohol, lo cual está en relación con embarazos no deseados, abortos y maltrato.
g. Se observa una relación entre el alcohol y consecuencias negativas en lo académico, sobre todo en la pérdida de evaluaciones, inasistencia a clases y evasión del compromiso académico.

Con base en esas consideraciones, dichas autoras, a través de un estudio transversal, buscaron indagar en las prácticas y algunos motivos que impulsan el consumo entre los universitarios. Se contó con una muestra de 198 estudiantes, el 62.2% mujeres y el 37.4% hombres de los primeros años de la licenciatura. Se encontró que los mayores incentivos para el consumo era el experimentar emociones agradables, olvidar los conflictos con otras personas, vivir momentos agradables y la presión de grupo, reportando un consumo moderado en el 88.2%, un consumo mensual en el 50% de la muestra y en un 47.6% el consumo era semanal.

Albarracín y Muñoz (2008) también encontraron que los principales lugares de consumo eran la casa de amigos (48%), la casa propia (34.5%) y los parques (25.9%). Los horarios de mayor consumo eran los intervalos entre clases (algunos estudios más apuntan a que es la conducta de consumo en las noches y fines de semana la de mayor riesgo); el tipo de bebidas que consumían los integrantes de la muestra eran principalmente: cerveza (46.6%), el ron (21.2%), el aguardiente (18.8%), la primera de ellas, se presume su alta predilección entre los jóvenes ya que está fuertemente asociada a eventos, festejos,

promociones en los lugares de venta y las campañas de medios de comunicación de eventos deportivos como el futbol.

Como hemos apreciado el impacto negativo en la salud y rendimiento académico de los estudiantes que consumen alcohol es una realidad, a pesar de que no se ha llegado a establecer una relación causal, ni la direccionalidad de dicha relación, si podemos aventurarnos a concluir que existe. Sin embargo, se han estudiado (en menor grado) otras variables que pueden estar involucradas en el desarrollo de conductas de consumo, uno de dichos factores es el bienestar subjetivo (el cual abordaremos detalladamente más adelante), en un estudio realizado por Palacios y Cañas (2010) en adolescentes y jóvenes estudiantes de Chiapas, comentan que la relación entre bienestar subjetivo y el consumo de alcohol puede ser en dos direcciones, es decir, a menores niveles de satisfacción con la vida será mayor el riesgo de consumir alcohol; así también, puede ser relacionado con el consumo de drogas en términos de satisfacción, sentimientos de felicidad y relajación que experimenta la persona al consumir alcohol o drogas, así también el bienestar que genera la aceptación de grupo y la adaptación al medio en el que se encuentre.

Estos autores también abordan el empobrecimiento de la participación escolar, fracaso escolar, bajo rendimiento académico y las bajas aspiraciones académicas que resultan del consumo de alcohol, por lo que un factor protector podría ser el estimular el compromiso escolar y el logro académico en los estudiantes. El estudio se realizó con 500 estudiantes de educación media superior y con 500 de educación superior, en total 1000 estudiantes conformaron la muestra. De ellos se determinó que el 70.2% de la muestra no consumía alcohol, pero los que si refirieron consumir alcohol se ubicaban en una ingesta por ocasión de 1 a 2 copas el 49% de estudiantes, 3 a 4 copas un 21.4%, 5 a 6 copas un 13.6%, 7 a 9 copas un 7.1% y de un consumo de 10 a más copas un 8.8%. Así también identifican a la permisividad[15] y al bienestar subjetivo como buenos predictores del consumo de alcohol. Este último en términos de a mayores niveles de bienestar subjetivo, es menor el riesgo de consumir alcohol.

[15] La permisividad es "la tendencia a justificar determinados comportamientos que tradicionalmente han sido considerados como *delitos* (por el derecho), *pecados* desde la moral religioso o simplemente *desviaciones sociales*, desde el punto de vista del consenso social mayoritario. (Abad, 2004, p. 95).

5. BIENESTAR SUBJETIVO Y SALUD EN ESTUDIANTES: VISIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA POSITIVA

Tradicionalmente la psicología se ha centrado en el estudio de los trastornos, patologías y problemas psicológicos, en este tenor, el corpus teórico de la psicología es muy amplio en los rubros de la depresión, la ansiedad, los problemas de violencia, entre otros temas; podríamos decir que se sabe mucho de cómo se desarrollan, y como intervenir en ellos, pero ¿Qué sucede con el estudio del bienestar humano?, ¿A caso las personas solo experimentan emociones negativas y por ello, como disciplina nos hemos centrado en el estudio de lo negativo?, preguntas como estas, fueron surgiendo a medida del desarrollo y expansión de la psicología como disciplina independiente.

5.1. Origen y desarrollo de la psicología positiva

A lo largo del desarrollo de la psicología como disciplina independiente y con diversos enfoques y métodos de investigación e intervención "hemos llegado a entender mucho acerca de los orígenes, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, pero relativamente poco acerca del bienestar mental. Hemos llegado a entender mucho acerca de cómo es que los individuos sobreviven y resisten bajo condiciones de extrema adversidad, pero mucho menos acerca de la fortaleza y las virtudes humanas" (Sheldon y King en Morris & Maisto, 2005, p. 20).

En este sentido, algunos de los primeros movimientos y revoluciones en la psicología que no concordaban con centrarnos en el estudio de lo negativo, sino en el estudio y comprensión de las emociones positivas, fue el humanismo. El humanismo tiene como sus principales expositores Abraham Maslow y Carl Rogers, quienes coinciden en la orientación de la psicología hacía la comprensión y la orientación hacia la autorrealización, la expansión del individuo, el desarrollo del ser humano, de sus potencialidades, de sus capacidades dormidas, emociones, afectos y espiritualidad; conciben al ser humano como un ser libre, lleno de potencial, concibiendo al humano sano como un ser feliz, satisfecho

consigo mismo y con la vida, es decir, una visión positiva de la naturaleza humana (Sentis, 2004; Weiten, 2006 y Da Silva, 2002). Estas consideraciones desembocaron en la gran cantidad de psicólogos adeptos al enfoque humanista, pero ¿Qué sucedía en la Psicología Científica, qué provocaban estas premisas en esta disciplina?

El creciente interés por incluir aspectos positivos de la naturaleza humana en investigación e intervenciones fue creciendo, poco a poco se fue apuntando hacia el desarrollo de una psicología que sin dejar de atender el estudio de lo negativo y la reparación del daño, también se ocupará de las virtudes, fue así como surgió la **Psicología Positiva;** Martín Selligman, quien fuera presidente de la American Pshycological Association (APA) en 2002, junto a Mihály Csikzentmihalyi se han posicionado como unos de los principales autores de este enfoque, comentando que la psicología necesita ser una ciencia de lo positivo, que sirva para prevenir enfermedades, que aporte conocimiento en pro del desarrollo de la calidad de vida, retomando aspectos abandonados como la esperanza, la creatividad, la espiritualidad y la responsabilidad (Reig & Garduño, 2005); así también Seligman y Csikszentmihalyi (2000) exponen que tras la Segunda Guerra Mundial la psicología se planteó tres misiones:

1. Curar la enfermedad.
2. Hacer la vida de las personas más plena.
3. Identificar y alimentar el talento.

La psicología positiva busca retomar las dos misiones que la psicología abandono; en palabras de Maslow (en Prada, 2005) la ciencia de la psicología ha tenido mucho éxito en el lado negativo que en el positivo; nos ha revelado mucho acerca de los defectos del hombre, pero poco de sus aspiraciones o su total altura psicológica. Es como si la psicología se hubiera restringido voluntariamente a la mitad de su jurisdicción legítima (p. 3). A este respecto Vásquez, Hervás, Rahona y Gómez (2009) comentan la revisión hecha por Salanova (2009) acerca de la producción científica de 1907 a 2007 en rubros relacionados con la psicología positiva; algunas de las conclusiones de dicho autor fueron que las publicaciones sobre aspectos negativos del ser humano superan por mucho a aquellas que consideran aspectos positivos; es decir, se han publicado cerca de 77 614 estudios sobre estrés, 44 667 sobre depresión, 24 814 sobre ansiedad, versus, 6 434 sobre

bienestar, 1 159 sobre felicidad y solamente 304 versan sobre el disfrute, colocando a estos últimos como en un plano cercano a lo testimonial.

La psicología positiva y los temas que abordan, pueden considerarse como un "reenfoque" de la psicología clínica, que en lo individual estudie la felicidad, el bienestar, el afecto positivo, el optimismo; mientras que en lo colectivo estudie y promueva las virtudes ciudadanas, tales como el dialogo, la tolerancia, el altruismo, la responsabilidad y el trabajo ético; el sentido y el valor de la vida; ya que las emociones positivas juegan un papel primordial en la evolución personal, la sociedad, ampliando su intelectualidad, promover más y mejores relacionales personales y sociales, previéndola de más recursos para afrontar la adversidad y las oportunidades (Frederickson en Hernández-Pozo & Reyes, 2011, p. 6).

Esta disciplina vincula y comparte el interés con el humanismo por el estudio de lo positivo, pero, empleando para ello una metodología rigurosa, es decir, el método científico. Myers (2005) indica que esta disciplina puede ser definida como "el estudio científico del funcionamiento humano óptimo, dirigida a descubrir y promover fortalezas que permitan desarrollarse a individuos y comunidades": sus principales pilares de estudio actualmente son: a) el carácter positivo el cual comprende el estudio y aumento de virtudes como la creatividad, el valor, la compasión, la integridad, el autocontrol, el liderazgo, la sabiduría y la espiritualidad; b) las comunidades y culturas positivas: fomentar una ecología social positiva, familias saludables, vecindarios comunitarios, escuelas eficaces, medios de comunicación socialmente responsables y el dialogo civil y c) el *bienestar subjetivo*: el cual comprende la satisfacción con el pasado, la felicidad con el presente y el optimismo respecto al futuro (p.15).

5.2. El bienestar subjetivo: consideraciones preliminares y situación actual en investigación

En este sentido, Vásquez, Hervás, Rahona y Gómez (2009) exponen que la Organización Mundial de la Salud, ha definido a la Salud como "un estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o de minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana y no el objetivo de la vida" (p. 16); la cual da por hecho

la importancia de la inclusión de aspectos de *bienestar* en la investigación, no sólo en psicología, así como la inclusión de dichas consideraciones en la formulación de políticas públicas, de intervenciones médicas, psicológicas y sociales. Dichos autores, tras una revisión literaria exponen que los estudios de la psicología positiva con relación al bienestar, permiten dividirlo en dos principales vertientes: a) el Hedonismo: define al bienestar como la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo, siendo la idea básica la experimentación de una mayor cantidad de placer posible (orientado a disfrutar de actividades esencialmente nobles), por lo que la felicidad sería la suma de dichas experiencias; b) La vertiente Hedónica: propone que el bienestar no consiste en la maximización de experiencias positivas y la minimización de las experiencias negativas, sino se refiere a vivir de forma plena o dar realización a las potencialidades humanas más valiosas (también se le denomina como eudaimonia). Dichas vertientes componen el ***bienestar subjetivo*** (Fig. 13).

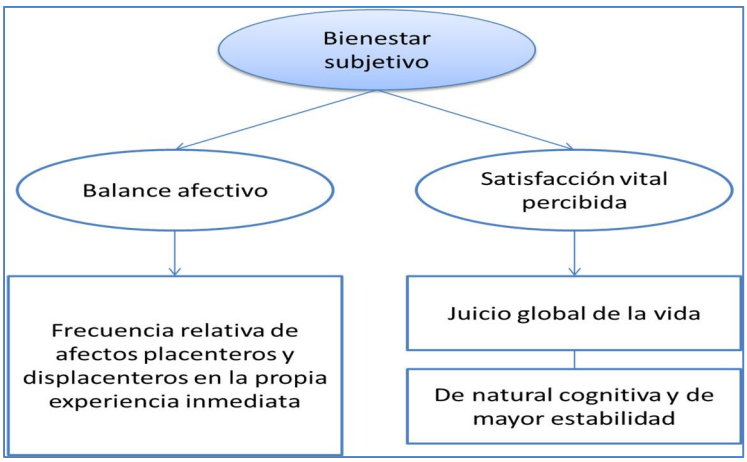


Fig. 13. Componentes del bienestar, adaptado de Vásquez, Hervás, Rahona y Gómez (2009).

A este respecto Selligman (2002) comenta que la concepción eudaimónica (hedónica) del bienestar se centra en el contenido de la vida, en los procesos implicados en "vivir bien", mientras que la concepción hedonista se centra en el resultado específico, concretamente en conseguir la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo; así como una sensación de satisfacción con la propia vida; sin embargo las dos se

consideran como componentes el constructo bienestar, la distinción entre ambas; refiere principalmente la duración de ambas y la significancia que tienen para la persona. En este sentido autores como Reig y Garduño (2005) definen el bienestar subjetivo como la evaluación que las personas hacen de sus vidas, incluyendo una dimensión cognoscitiva (satisfacción en diferentes áreas de la vida) y otra afectiva (frecuencia e intensidad de emociones negativas y positivas), por lo que las personas que gozan de bienestar subjetivo evalúan su vida en términos de mayor felicidad y satisfacción, mientras que las personas que no refieren bienestar subjetivo, tienden a aburrirse con mayor frecuencia, no se divierten y tienden a desarrollar estados ansiosos (Hernández-Pozo & Reyes, 2011); razón por la cual, probablemente se aventuren a buscar nuevas experiencias que les permitan experimentar bienestar.

El panorama general de la producción científica sobre el bienestar subjetivo, no difiere de la precaria situación de las investigaciones empíricas en relación a la psicología positiva en general, Hernández-Pozo y Reyes (2011) en una revisión crítica y meticulosa exponen que la psicología, al desarrollarse fuertemente vinculada con la ciencia médica, fue aplicando y aplica a su quehacer cotidiano terminología como “diagnóstico” de “patología”, “trastornos”, “tratamiento”, “paciente”, entre otros términos; sin embargo, dichas autoras consideran que esto ha generado confusiones y un progresivo estancamiento de la disciplina especialmente en los procedimientos que emplea, ya que no son fármacos que son suministrados a las personas para erradicar algún tipo de virus o infección; la psicología se encamina al cambio de relaciones de contingencia que mantienen un comportamiento poco saludable.

Dichas autoras realizaron una intensiva búsqueda de artículos, producidos en Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, México, Nicaragua y Perú. De la búsqueda hecha en Redalyc, se obtuvieron 104 artículos relacionados con la psicología positiva, específicamente sobre bienestar subjetivo y auto-eficacia; sin embargo al aplicar los criterios de inclusión del estudio a los artículos, los únicos seleccionados fueron 14 (los cuales no validaban ningún instrumento, no repitieron palabras descriptoras con otros artículos y si incluían variables relacionadas con la salud y el bienestar). De la revisión de dichos artículos se concluyó que existen sesgos poblacionales en dichos

estudios, ya que en su mayoría se centran en el estudio de enfermedades crónico-degenerativas y estudiar dichos procesos en mujeres; lo anterior invariablemente limita la comprensión del comportamiento humano.

Una conclusión más a la que llegan las autoras, es la escasa y preocupante producción empírica en América Latina en los rubros de bienestar subjetivo y la auto-eficacia en comparación con la producción mundial; ya que al comparar los resultados arrojados por Redalyc, con los obtenidos en la base bibliométrica Scopus, se halló que de 2000 a 2011 la producción en américa latina fue de 104 artículos versus 187 000 a nivel mundial, de los cuales el 16.37% fueron estudios empíricos. Por otra parte el 25% de la producción de investigación se hace con muestras de estudiantes universitarios, lo cual también mina la comprensión de los procesos salud-enfermedad y el bienestar ya que esto debería realizarse en población clínicamente sana o diagnosticada con algún padecimiento; sin embargo, esto puede deberse a la poca fuerza institucional que tienen los psicólogos en los hospitales.

Ante ese panorama, muchos autores coinciden en lo expuesto por Diener, Kesebir y Lucas (en Hernández-Pozo & Reyes, 2011), quienes proponen que el estudio del bienestar subjetivo y sus componentes es primordial en la construcción de todo tipo de intervenciones, así como de las políticas públicas, ya que permiten que los legisladores estén al tanto de la situación y percepción que tiene la ciudadanía sobre sus condiciones de vida. A este respecto el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) durante el primer trimestre de 2012 aplico en una muestra de hogares mexicanos el módulo Bienestar Autorreportado (BIARE) “sus objetivos son generar información alrededor de temáticas de que han cobrado un creciente interés a nivel internacional y que hasta ahora no habían sido objeto de estudio en la estadística oficial de México. Se trata de mediciones de bienestar subjetivo, es decir, reportes de cómo las personas experimentan su propia vida en contraste con los métodos tradicionales que se concentran en el acceso y disponibilidad de satisfactores asociados con el mantenimiento de cierta calidad de vida (…), lo cual abre una nueva vertiente de análisis de nuestra realidad. Su información permitirá ver, bajo una luz distinta ciertos aspectos de las políticas públicas, privadas y sociales, la academia y los formadores de opinión en temas y disciplinas como: derechos humanos, familia, genero,

inequidad y vulnerabilidad, salud física y mental, Sociología, Antropología, Psicología e Historial Social (…) lo anterior es posible porque el BIARE proporciona una relevante perspectiva adicional de la población adulta mexicana de la segunda década del siglo XXI" (INEGI, 2012). Cabe mencionar que para el diseño del cuestionario BIARE se tomaron en consideración las recomendaciones emitidas por la OCDE y la Encuesta Social Europea.

Los resultados de dicho balance de Bienestar Subjetivo del primer trimestre de 2012 nos indican que en el rango poblacional que va de los 18 a los 29 años, del 100% de la muestra encuestada; el 3.08% se reporta como "no feliz", el 6.32% como "poco feliz", mientras que el 30.68% se reporta "moderadamente feliz" y el 59.92% de la muestra se muestra como Feliz (Tabla 10), por otra parte el total de la muestra encuestada con estudios de licenciatura el 1.9% se refiere como "poco feliz", mientras que el 60.67% se refiere como "feliz" (Tabla 11); sin embargo, cabe mencionar que sería benéfico tomar en consideración cuales son las experiencias y condiciones de vida que permiten que las personas se evalúen como más o menos felices.

Tabla. 10. Balance de bienestar subjetivo en población de 18 a 29 años.

Sexo y grupos de edad	**Nivel de felicidad**			
	No feliz	**Poco feliz**	**Moderadamente feliz**	**Feliz**
Total 18-29 años	3.08	6.32	30.68	59.92
Hombres 18-29 años	2.70	6.30	31.63	59.38
Mujeres 18-29 años	3.47	6.33	29.78	60.44

***Nota: Distribución porcentual de la población por sexo y grupos de edad, según su nivel de felicidad (INEGI, 2012).**

Tabla. 11. Balance de bienestar subjetivo en estudiantes de licenciatura.

Sexo y nivel de instrucción	Nivel de felicidad			
	No feliz	Poco feliz	Moderadamente feliz	Feliz
Total Licenciatura	1.19	3.27	34.87	60.67
Hombres Licenciatura	1.06	3.90	36.23	58.82
Mujeres Licenciatura	1.35	2.55	33.31	62.80

***Nota: Distribución porcentual de la población por sexo y nivel de instrucción (INEGI, 2012).**

5.3. Bienestar subjetivo en jóvenes

Los estudios entorno al bienestar subjetivo en jóvenes, se centran especialmente en los estudiantes de educación media superior y superior; sin embargo, como se comentaba anteriormente la producción empírica es escasa. Sin embargo, rescatamos dos artículos al respecto, el primero de ellos comprende un estudio transversal comparativo cuyo objetivo era determinar y conocer las variables asociadas al Bienestar subjetivo en estudiantes universitarios de México y Brasil, en dicho estudio Vera, Yañez, Grubits y Batista (2011) contaron con una muestra de 3 768 estudiantes de 18 a 26 años, a quienes se les aplico la Encuesta Internacional para Alumnos Universitarios de Dienner (2001); dicha encuesta aborda variables como la satisfacción global con la vida (SWLS), afecto positivo (AFPOS), expresión de emociones positiva y negativas (EEPyW), la percepción de la felicidad (PF), la socialización de las emociones (SE), atención a sentimientos (PSF) y la búsqueda de la felicidades y valores (BFV).

Los resultados de dicho estudio, apuntaron profundas coincidencias entre el bienestar subjetivo de los estudiantes universitarios de México y Brasil, con algunas distinciones entre los grupos étnicos de la muestra. El sector muestral que refirió mayor satisfacción con la vida, son aquellos que presentan menores niveles de estrés, afecto negativo y un mayor nivel de afecto positivo. Por otra parte, la felicidad está directamente

relacionada con las relaciones que tienen con sus familias, amigos, objetivos de vida, relación de pareja y en última instancia sus profesiones y la situación económica mundial, a este respecto, los estudiantes de la UAIM, que pertenecen a grupos indígenas, refieren bienestar encaminado a su situación como estudiantes, ya que perciben que han subido escalas en la sociedad gracias a sus estudios, sin embargo, son los que mostraron una mayor preocupación hacia el futuro económico que pueden experimentar.

En dicho estudio, no se nombra la relación que pudiese existir entre el bienestar subjetivo y las conductas saludables o conductas de riesgo para la salud, sin embargo, un aspecto asociado, al desarrollo de conductas de riesgo para la salud, es precisamente el bienestar que genera las relaciones interpersonales, en este sentido Córdova, Rodríguez y Díaz (2010) en un estudio con estudiantes de educación medio superior, que consumían drogas y que no consumían, se propusieron averiguar que variables del bienestar subjetivo estaban asociadas a esta conductas de consumo o no consumo.

La muestra se constituyó por 1056 jóvenes de los cuales el 26.8% consumían drogas, el 18.75% de la muestra acepto consumir drogas ilegales. El 67.8% de la muestra fueron hombres, mientras que el 28.75% mujeres. Los resultados indicaron que los estudiantes que consumían drogas experimentaban mayores niveles de afecto negativo (sentimientos de culpa, ansiedad, preocupación, estrés, depresión, envidia y enojo), en comparación con los que no consumían drogas, que referían mayores niveles de afecto positivo (alegría, cariño, satisfacción, felicidad y tranquilidad). Por medio de regresión logística, se obtuvieron datos que apuntaron algunos componentes del bienestar subjetivo como buenos predictores en el consumo de drogas, destacando: a) una mayor percepción de capacidad de interacción con grupos de pares, b) depresión, c) satisfacción con la administración del tiempo libre. Lo anterior, en dicho estudio comprobó la hipótesis que entre menor bienestar subjetivo experimente la persona, es mayor el riesgo para iniciar con el consumo de drogas (legales o ilegales).

Como se mencionaba anteriormente la investigación en estos rubros es escasa y principalmente enfocada a la validación de instrumentos para la evaluación del bienestar subjetivo. En los apartados siguientes, nos daremos a la tarea de averiguar las relaciones existentes entre las tres variables expuestas hasta el momento, es decir, el bienestar

subejtivo, el consumo de alcohol y la ansiedad escolar en estudiantes de medicina de Oaxaca.

6. METODOLOGÍA

Una vez que hemos revisado de forma general las variables involucradas en el presente estudio, se continuará con la descripción de los pormenores de la metodología seguida para el mismo. Como se expuso al inicio del presente escrito, está encubado en el proyecto general de investigación ha sido aplicado bajo la dirección de la Dra. María del Rocío Hernández-Pozo en colaboración con la Universidad Regional del Sureste A.C. del estado de Oaxaca. A continuación se exponen los pormenores previos a la aplicación de esta fase inicial del proyecto general.

6.1. Planteamiento del problema

Los estudiantes universitarios al encontrarse inmersos en una compleja interacción de factores ambientales como individuales que representa el inicio de la vida universitaria, así como la adaptación a su etapa de desarrollo, pueden presentar problemas de salud que impacten negativamente su desempeño escolar, calidad de vida y salud. A este respecto las cifras oficiales son poco alentadoras con relación a los alumnos que ingresan a la universidad y los que egresan de ella; pero ¿Qué factores influyen en los niveles bajos de egreso de educación superior? algunas investigaciones apuntan que problemas como la ansiedad escolar, el alcoholismo y el déficit de algunas habilidades o de una baja percepción de bienestar por parte del individuo, pueden ser factores asociados con la falta de compromiso académico, así como del bajo rendimiento escolar, ahora bien ¿Qué influencia tienen dichas variables en los estudiantes de medicina?. A este respecto los estudios realizados en este ramo se han concentrado por varios años en los médicos que se encuentran haciendo su especialidad, poco se había considerado a los médicos en formación y el tema el cual ha sido centro de dichos estudios ha sido el estrés académico. Una de las primeras dudas que emergen es sobre el estudio de la ansiedad, indagar y describir si sus componentes están presentes en la población estudiantil de la licenciatura en medicina; así también conocer la situación actual de dicha población universitaria en el estado de Oaxaca, estado de la republica que por muchos años se ha visto caracterizado por el rezago tanto académico como económico, no se diga en la producción de investigación.

A este respecto, el desarrollo de la ansiedad se ha asociado a un sinfín de variables; en el presente estudio nos centramos en el consumo de alcohol, el bienestar subjetivo e indicadores de salud con el objetivo de poder conocer si ¿dichas variables guardan alguna relación?

De lo anterior, también podemos considerar la escasa producción de investigación que considere aspectos positivos del comportamiento humano, tal es el caso del Bienestar subjetivo, el cual se ha relacionado con el alcoholismo en términos de un mayor nivel de bienestar subjetivo percibido por la persona puede fungir como un factor protector en el desarrollo de conductas de riesgo para la salud; sin embargo algunos autores enuncian que se pueden presentar bienestar en situaciones de riesgo para la salud; esto por factores como la aceptación social y la evasión de problemas cuando se consumó alcohol, tabaco y drogas clasificadas como ilegales. Durante el periodo de búsqueda de información para la construcción del presente escrito se hallaron algunos estudios que vinculan una o dos de las variables que abordamos, sin embargo no se encontró algún estudio previo que vinculen las variables psicológicas, de salud y sociodemográficas en estudiantes Mexicanos de la licenciatura en Medicina y cirugía.

6.2. Justificación

En nuestro país cerca del 26.6% de la población tiene un rango de edad de 15 a 29 años, es decir, es población joven, en edad laboralmente activa y en el período de cursar la educación media superior y superior, a este respecto el número de los cuales cerca del 17.7% de jóvenes alguna vez en su vida han consumido alcohol, el 14.3% han experimentado algún trastorno de ansiedad y el 30.68% ha experimentado niveles moderados de felicidad y bienestar. En este sentido, el consumo de alcohol es uno de los principales problemas de salud pública en México y a nivel internacional, así también es una de las principales causas de mortabilidad y morbilidad en la población joven (OMS, 2010). A este respecto la población joven que se encuentra estudiando con el paso de los semestres disminuye, teniendo un total de 5 360 egresados por ciclo escolar aproximadamente y únicamente 2 102 se titulan (INEGI, 2005). Dadas las bajas tazas de egreso y titulación en la población mexicana se tornan de vital importancia el diseño y

aplicación de estudios e intervenciones que indagan en cuáles son las condiciones de vida de los estudiantes universitarios (Hernández-Pozo, *et al., 2008*), para conocer cuáles son las conductas de riesgo para la salud de los estudiantes; así como si el proceso de adaptación a la vida universitaria es precursor de respuestas emocionales como la ansiedad o si la ansiedad está asociada al bajo rendimiento escolar. Así también la incursión de nuevos paradigmas en el quehacer de la psicología, como los tópicos que propone la psicología positiva; es decir, conocer los niveles de bienestar en los estudiantes de medicina y con qué aspectos de su vida se relacionan, resulta ser un tema de interés ya que estos temas pueden aportar conocimiento sobre el bienestar, la autorrealización, la felicidad, etcétera, pueden enriquecer los programas de intervención intervenciones institucionales (Vásquez, *et al.*, 2009) para prevenir los problemas de salud en los estudiantes.

6.3. Tipo y diseño de investigación

En el campo de la investigación en ciencias sociales, hay una gran gama de diseños y tipos de investigación, el tener presente el diseño y tipo de investigación que se llevará a cabo, persigue dos funciones principales: a) proporcionar respuesta a la pregunta de investigación y b) controlar la varianza de los resultados, así como ser una guía de acciones que el investigador debe llevar a cabo sistemáticamente (Kerlinger & Lee, 1986).

Con base en la revisión hecha por Montero y León (2007), el presente estudio se basa en un enfoque cuantitativo de investigación (p. 850), correspondiendo a una investigación *no experimental*, la cual en palabras de Kerlinger y Lee (1986) “es la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentemente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin intervención directa, de la variación concomitante de las variables independiente y dependiente” (p.504).

Siendo a su vez un diseño prospectivo y transversal que en palabras de Méndez, Namhira, Moreno y Sosa (1990) tienen las siguientes características:

a. De acuerdo al período de tiempo en el cual se capta la información, el estudio puede considerar como *prospectivo*, ya que toda la información se recogerá de acuerdo con los criterios del investigador y para los fines específicos de la investigación, después de la planeación de está.
b. De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado, puede clasificarse como un estudio *transversal*, en el cual se mide una sola vez la o las variables; se miden las características de uno o más grupos de unidades en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de esas unidades (pp. 11-12).

6.4. Objetivo

El presente estudio tuvo como objetivos:

6.4.1. Evaluación del estado general de salud en función de indicadores de ansiedad escolar, consumo de alcohol y bienestar subjetivo en estudiantes de medicina y cirugía.

6.4.2. Averiguar si existe una relación entre el estado de salud, la ansiedad escolar, consumo de alcohol y el bienestar subjetivo en los estudiantes de medicina y cirugía.

6.4.3. Generación de conocimiento sobre la relación entre dichas variables para ser difundida dentro de un proyecto general de investigación y contribuir al corpus teórico de dichas variables.

6.5. Pregunta de investigación

La o las preguntas de investigación tienen como función presentar de forma directa el planteamiento sobre el cual descansa la investigación; sin embargo, la o las preguntas de investigación no siempre reflejan el problema de investigación en su totalidad; sin embargo, deben ser precisas, sobre todo en el estudiante que se inicia con la investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2010, p.37). Por tal motivo, se planean las siguientes preguntas tratando de que sean claras, precisas y acorde al contenido del estudio:

6.5.1. ¿Se presentan indicadores de ansiedad escolar, tendencia alcohólica y bienestar subjetivo en estudiantes de medicina y cirugía?

6.5.2. ¿Están relacionados entre sí la ansiedad escolar, tendencia alcohólica y bienestar subjetivo y con el estado de salud general en los estudiantes de medicina?

6.5.3. ¿Cuál es el estado general de salud de los estudiantes de medicina?

6.6. Hipótesis

Las hipótesis son básicamente las guías del estudio, así también, respuestas tentativas a las preguntas de investigación, pudiendo ser verdaderas o no; ser comprobadas con los resultados de la investigación o no. En este sentido Selltiz (en Herández *et al.*, 2010, p. 94) al hablar de las fuentes donde surgen las hipótesis escribe: "las fuentes de las hipótesis de un estudio tienen mucho que ver a la hora de determinar la naturaleza de la contribución de la investigación en el cuerpo general de conocimientos. Una hipótesis que simplemente emana de la intuición o de una sospecha puede hacer finalmente una importante contribución a la ciencia. Sin embargo, si solamente ha sido comprobada en un estudio, existen dos limitaciones con respecto a su utilidad. Primero, no hay seguridad que de las relaciones entre las variables halladas en un determinado estudio serán encontradas en otros estudios (…). En segundo lugar, una hipótesis basada simplemente en una sospecha no es propicia a ser relacionada con otro conocimiento o teoría. Así pues los hallazgos de un estudio basados en tales hipótesis no tienen una clara conexión con el amplio cuerpo de conocimiento de la ciencia social. Pueden suscitar cuestiones interesantes, pueden estimular posteriores investigaciones e incluso, pueden ser integradas más tarde a una teoría explicativa. Pero, a menos que tales avances tengan lugar, tienen muchas probabilidades de quedar como trozos aislados de información.

Una hipótesis que nace de hallazgos de otros estudios está libre en alguna forma de la primera de las limitaciones. Si la hipótesis está basada en resultados de otros estudios, y es el presente estudio apoya la hipótesis de aquellos, el resultado habrá servido para confirmar esta relación de una forma normal (…). Una hipótesis que se apoya no simplemente en los hallazgos de un estudio previo, sino en una teoría en términos general,

está libre de la segunda limitación: la del aislamientos de un cuerpo de doctrina general" (pp. 94-95).

Por tanto las hipótesis que planteamos en el presente estudio son:

H_1 A mayor ansiedad menores indicadores de salud.

H_2 A mayor consumo de alcohol menores indicadores de salud.

H_3 A mayor bienestar mayores indicadores de salud.

H_4 A mayor ansiedad mayor consumo de alcohol.

H_5 A mayor bienestar subjetivo mayor consumo de alcohol.

H_6 A mayor ansiedad menor bienestar subjetivo.

H_0 A mayor ansiedad mayores indicadores de salud.

H_0 A mayor consumo de alcohol mayores indicadores de salud.

H_0 A mayor bienestar menores indicadores de salud.

H_0 A mayor ansiedad menor consumo de alcohol.

H_0 A mayor bienestar subjetivo menor consumo de alcohol.

H_0 A mayor ansiedad mayor bienestar subjetivo.

6.7. Muestra

En el quehacer de la investigación en ciencias sociales y humanidades, el estudio de diversos fenómenos, se da definiendo poblaciones en las cuales suponemos se presenta el fenómeno de interés a estudiar. Sin embargo estudiar la totalidad de individuos en los que suponemos que se presenta ansiedad escolar, sería una tarea larga, costosa y podríamos arriesgarnos a decir que imposible si no se cuenta con un equipo de alto alcance y los recursos para hacerlo. En este sentido, *muestrear* significa tomar una porción de una población o de un universo (Kerlinger & Lee, 1986, p. 148); dicha muestra es considerada como representativa del universo. Para poder delinear no solo el universo en cuestión, sino la muestra poblacional se definieron los siguientes criterios:

6.7.1. Criterios de inclusión:

a. Alumnos matriculados en la licenciatura de médico cirujano.
b. Alumnos de 2° a 10° semestre.
c. Hombre y mujeres.

6.7.2. Criterios de exclusión:

a. Alumnos que no estuvieran matriculados en la licenciatura en el momento de levantamiento de información.
b. Alumnos que no aceptaran participar en el proyecto.
c. Alumnos de nuevo ingreso (o primer semestre).

El tipo de muestreo *no probabilístico propositivo,* ya que la elección todos los elementos de la muestra son seleccionado con base en el uso de criterios, juicios o intenciones deliberadas para poder obtener muestras representativas al incluir áreas o grupos que se presume son típicos en la muestra (Kerlinger & Lee, 1986, p. 160). Para el presente estudio la muestra fue de 95 estudiantes de medicina, 43 mujeres y 52 hombres, en un rango de edad de 18 a 26 años de 2° a 10° semestre.

6.8. Lugar

Esta primera fase del proyecto general se aplicó en la Universidad Regional del Sureste A.C., del estado de Oaxaca, que se ubica en la capital del Estado. El campus de la universidad en el cual se encuentra la Facultad de Medicina y Cirugía, también aloja a las licenciaturas en Enfermería, Odontología, Idiomas y Bachillerato con Enfermería; así como la rectoría de dicha institución. La aprobación del proyecto por parte del comité institucional de investigación de dicha facultad se llevó a cabo en el mes de noviembre del año 2012, la aplicación de cuestionarios, aplicación de pruebas computarizadas y medidas antropométricas se llevó a cabo en el mes de abril del presente año.

6.9. Recursos y materiales

La aplicación de instrumentos fue una batería de cuestionarios que evalúan consumo de alcohol, ansiedad escolar y ansiedad generalizada, datos sociodemográficos y

del estado general de salud, así como componentes del bienestar; en este apartado se describen algunas características de los mismos (Tabla.12), los formatos empleados en el levantamiento de información se podrán ver en el apartado Anexos.

Tabla. 12. Descripción de cuestionarios y medidas adicionales.

Instrumento	Descripción
Carta de consentimiento informado	A través de este formato se obtuvo el consentimiento de los estudiantes para participar en el estudio (Anexo 4).
Ficha de identificación	Formato a través del cual se obtuvo información sociodemográfica de los participantes de la investigación, elaborada ex profeso para el presente estudio (Anexo 5).
ECA	De Cassady y Johnson (2002) es una escala de ansiedad escolar, con 27 reactivos, con 18 preguntas con puntuación normal y 9 preguntas formuladas en sentido inverso, que evalúan indicadores cognitivos y conductuales de ansiedad en situaciones de evaluación o exámenes, con una confiabilidad Alfa de Cronbach = 0.887 (Anexo 6).
MLQ	De Steger, Fraizer, Oishi y Kaler (2006), es una escala que consta de 10 preguntas que se capturan numéricamente, con una confiabilidad Alfa de Cronbach = 0.84 (Anexo 7).
SWLS	De Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) es un cuestionario de 5 preguntas en donde cada respuesta se captura numéricamente del 1 al 7, con una confiabilidad Alfa de Cronbach =0.80 (Anexo 8).
EHI	De Delle Fave., Brdar, Freire, Vella-Brodrick y Wissing (2011), es un cuestionario que consta de 11 preguntas que cerradas y 6 abiertas, con una confiabilidad Alfa de Cronbach =0.87 (Anexo 9).
Escala Beck de Ansiedad	Escala de 21 reactivos que evalúa síntomas indicadores de ansiedad (Robles, Varela, Jurado & Kaler, 2006), con una confiabilidad Alfa Cronbach =0.87. (Anexo 10).
Consumo de alcohol	De Hernández-Pozo, Mata-Mendoza, Parada-López., Arteaga-García y Melgoza-Alemán (2013), es un cuestionario de 8 preguntas en el cual se recoge información sobre la frecuencia y magnitud de consumo de alcohol; este instrumento fue elaborado ex profeso para el proyecto general de investigación (Anexo 11).
Miedos	De Hernández-Pozo, Calleja, Sánchez, Coronado, Macías y Cerezo (2009) es una lista de 28 reactivos para estudiantes universitarios, con valores del 0= nada y 5=mucho, con una confiabilidad Alfa de Cronbach =0.967 (Anexo 12).
Medidas adicionales	Se tomaron 3 medidas de presión arterial y pulso, así como talla, medida y peso. Esto como indicadores del estado general de salud de los participantes.
Comprobante de asistencia a	Se diseñaron formatos en los cuales se firmaba por asistencia a cada una de las tres sesiones de levantamiento de información, para que los

sesiones	alumnos tuvieran la oportunidad de tener un comprobante de su participación y justificar su retardo o inasistencia a alguna clase (Anexo 14).

***Nota: datos tomados del manual de captura de datos del proyecto general (Hernández-Pozo, 2013).**

Así también se usaron un baumanometro electrónico, báscula calibrada, tallimetro y cinta métrica proporcionados por la Dra. Hernández-Pozo, así como una báscula calibrada proporcionada por la URSE A.C., y un baumanometro electrónico adicional con las mismas características que el proporcionado por la Dra. Hernández-Pozo, que fue facilitado por una compañera y colaboradora en la recolección de medidas adicionales, para la recolección de información sobre variables psicológicas, se emplearon 30 equipos de cómputo para las actividades relacionadas con el proyecto general de investigación, es decir, la aplicación de cuestionarios en archivos Word 2010; así como impresiones de los comprobantes de asistencia. Se empleó una cámara fotográfica Kodak de 8 megapíxeles para la recolección de datos adicionales y evidencia de aplicación. Los equipos de cómputo empleados fueron facilitados por la Universidad Regional del Sureste A.C., otorgando la sala de cómputo 1 de la institución, con capacidad de 32 máquinas, así como asesoría constante por parte del equipo de soporte técnico a cargo del L.I. Abel Rodríguez, así como la colaboración de 3 estudiantes de psicología del SUAyED: Miriam Procopio Chávez, Denise Cruz Contreras e Irma Viviana Amaya Hernández de 1° a 4° semestre para el levantamiento de medidas e indicadores de salud, debido a que era una muestra numerosa y poco el tiempo designado (institucionalmente) para la atención de cada grupo; así también se contó con la valiosa colaboración del Ing. Edgar Aquino Nolasco, externo a la institución quien nos auxilió en el levantamiento de información (previa autorización de las autoridades académicas correspondientes) y la captura de evidencia en fotografía (Anexo 14).

6.10. Consideraciones éticas

Teniendo en consideración los altos estándares de calidad en cuanto a investigación que guardan las instituciones involucradas en el presente estudio, se procuró en todo momento guardar un comportamiento y desempeño ético y responsable. Con base en ello, se consultó el Código de Ética del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología,

2010), y se enuncian los principales artículos bajo los cuales se desempeñó la aplicación del presente estudio.

Parte 2. Normas de conducta.

Art. 47. El psicólogo planea y conduce investigación de manera consciente, tanto con las leyes federales y estatales y regulaciones, como con las normas profesionales que gobiernan la conducción de la investigación, particularmente, con aquellas normas que regulan una investigación donde participen personas y sujetos animales.

Art. 48. El psicólogo diseña, planea y conduce investigación de acuerdo con las normas reconocidas de competencia científica e investigación ética. El psicólogo también planea la investigación de tal forma que minimiza la posibilidad de resultados engañosos. Al hacer esto, cuida su aceptación ética de acuerdo con este Código Ético. Si algún aspecto ético no queda claro, el psicólogo busca a comités para el uso y cuidado animales, a colegas y por medio de otros mecanismos pertinentes.

Art. 49. El psicólogo que conduce investigación lo hace de manera competente y con el resto debido a la dignidad y bienestar de los participantes, ya sean humanos o animales.

Art. 52. El psicólogo se abstiene de hacer uso indebido de las técnicas de valoración, intervenciones, resultados e interpretaciones y toma las medidas razonables para evitar que otros hagan mal uso de éstas. Esto incluye el abstenerse de ceder resultados crudos de pruebas a personas, que no sean paciente o clientes como es apropiado, y a quienes no estén calificados para usar tal información.

Art. 53. El psicólogo documenta apropiadamente su trabajo profesional y científico para facilitar la prestación posterior de servicios por parte de él mismo o de otros profesionales, para asegurar la responsabilidad y para cumplir con otros requisitos de instituciones o de la ley. El psicólogo se abstiene de externar opiniones acerca de individuos a los cuales no ha valorada debidamente, en dictámenes escritos o verbales, medios de comunicación alguno o en cualquier otra forma.

Art. 61. El psicólogo mantiene la confidencialidad debida al crear, almacenar, recuperar, transferir y eliminar registros y expedientes bajo un control, y toda la información obtenida

a partir de la relación profesional, sean éstos escritos, automatizados o en cualquier otra forma. Lo hace con apego a la ley y de manera que permita el cumplimiento de los requisitos del presente Código Ético. Asimismo el psicólogo está obligado a tomar las medidas pertinentes para proteger sus registros electrónicos de cualquier forma de incursión por parte de extraños.

Art. 65. Si un protocolo de investigación aprobado por un comité institucional o cualquier cuerpo colegiado, requiere de la inclusión de identificadores personales, éstos se eliminarán antes de que la información se haga accesible a otros. Si esta eliminación no es posible, antes de hacer la transferencia, o de revisar datos recolectados por otros, el psicólogo tomas las medidas razonables para obtener el debido consentimiento de las personas cuyos nombres aparecen.

Art. 69. El psicólogo hace planes por adelantado para que la confidencialidad de registros, expedientes o datos quede protegida en la eventualidad de su muerte, incapacidad, jubilación o retiro de la práctica.

6.11. Análisis de datos

La base de datos se elaboró en Excel 2010, mientras que el tratamiento estadístico de información se llevó a cabo en el paquete estadístico JMP y SPSS, este último para la descripción por porcentajes de características sociodemográficas de la muestra. En primera instancia se inicia con estadística descriptiva, cuya tarea es poder tener una revisión clara y rápida de los resultados generales, en el presente estudio emplearemos principalmente porcentajes de valores y puntuaciones obtenidos por la muestra, así como de variables sociodemográficas e indicadores de salud general; así como algunas medidas de tendencia central (específicamente la media) de algunos valores. Así como la pruebas estadísticas no paramétricas t Student, HSD de Tukey –Kramer.

6.12. Procedimiento

Como se mencionó anteriormente el método de muestreo fue por *muestreo propositivo* es decir, de la población definida (estudiantes de medicina), al tener acceso a la

URSE, se dividió a la población estudiantil en grupos (Fig. 14), siendo la coordinación académica la instancia que dispuso a todos los grupos que conforman la matrícula escolar), bajo sorteo se seleccionaron los 6 grupos que integraron la muestra. Posterior a la determinación de los grupos que integraron la muestra, la coordinación académica de la universidad procedió a dar aviso de las fechas de aplicación de instrumentos a los estudiantes para que participaran de forma voluntaria. Para justificar faltas o posibles retrasos en clases se diseñaron formatos de asistencia para los alumnos.

Para la aplicación de instrumentos se tuvo acceso a una sala de cómputo con 32 máquinas, así como la ayuda de 4 personas para la atención de los grupos. Al finalizar cada sesión se firmaba de asistencia a los participantes, se atendió a tres grupos por día del 15 de abril al 22 del mismo mes, en un horario de 15:00 a 18:00 hrs (Tabla. 13). Al finalizar todas las sesiones se verificaba que los equipos de cómputo (las sesiones en las cuales se usaron) estuvieran apagados. Al término de la fase de recolección de información, se dio lugar a la elaboración de la base de datos y el tratamiento estadístico de la información.

Tabla. 13. Horario de sesiones con grupo muestra.

Horario	15 abril	16 abril	17 abril	18 abril	19 abril	22 abril
15:00-16:00	Grupo 1	Grupo 4	Grupo 1	Grupo 4	Grupo 1	Grupo 4
16:00-17:00	Grupo 2	Grupo 5	Grupo 2	Grupo 5	Grupo 2	Grupo 5
17:00-18:00	Grupo 3	Grupo 6	Grupo 3	Grupo 6	Grupo 3	Grupo 6

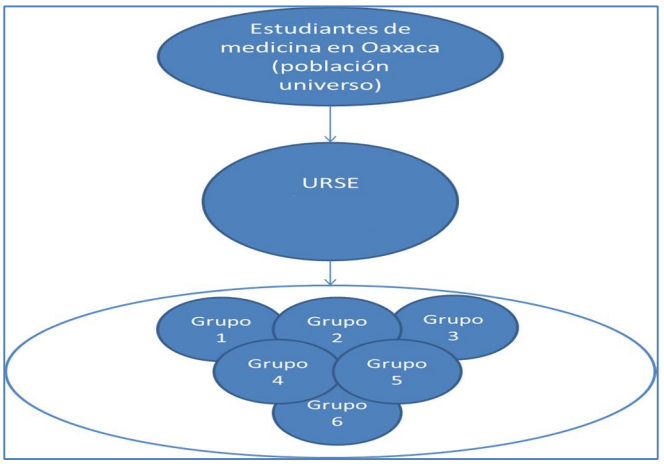


Fig. 14. Gráfico descriptivo del muestro.

7. RESULTADOS

El presente estudio conto con una muestra de 95 estudiantes de medicina y cirugía, de los cuales el 45% eran mujeres y el 55% hombres (Fig.15); el rango de edad de la muestra fue de 18 a 26 años. En el momento de levantamiento de información, la mayor parte de la muestra fueron alumnos de 2° semestre con un 44%, el menor porcentaje de participación se dio con los alumnos de 10° semestre con un 7%, ya que se encontraban cubriendo ciclos de práctica clínica en un hospital de la capital del estado de Oaxaca (Fig.16).

Dentro de los resultados descriptivos sobre el consumo de alcohol, del total de la muestra un 65% refiere consumir alcohol actualmente (Fig. 17); de los cuales el 44% son mujeres y el 56% hombres (Fig. 18), la edad de debut de consumo de alcohol más baja fue de 12 años de edad, la más alta fue de 21 años, de los cuales, un 56% refieres en alguna ocasión haber tenido problemas por su forma de consumo –peleas, detenciones, etcétera – (Fig. 19). Del total de la muestra el 45% refirió no consumir alcohol actualmente; de dicho porcentaje, un 79% refiere que nunca han probado bebidas alcohólicas (Fig. 20), de dicho porcentaje un 74% son mujeres (Fig. 21); por otra parte del porcentaje de estudiantes que refieren no consumir alcohol actualmente un 83% son mujeres y 17% hombres (Fig. 22). Cabe mencionar que independientemente de si consumen o no alcohol, el 37% de la muestra refiere que alguno de sus familiares ha tenido problemas por su forma de consumir alcohol (Fig. 23)

Con relación a los indicadores de salud; con base en el índice de masa corporal (IMC) el 2% de la muestra se ubica en bajo-peso, mientras que el 8% de la muestra se ubica en obesidad (Fig.24), de los cuales el 22% de las mujeres de la muestra se ubican en obesidad y el 18% de los hombres se ubican en obesidad (Fig.25). Con relación a la actividad física que realizan el 24% de la muestra refiere que realiza actividad física intensa (Fig. 26), y el 45% de la muestra refiere que práctica algún deporte (Fig.27). Un indicador más de salud fueron las tomas de tensión arterial y pulso, de dicho indicador el 6% de la muestra se ubica como hipotenso, mientras que el 5% de la muestra mostro datos de pre-hipertensión arterial (Fig.28). Con relación a los indicadores de salud en la muestra un 11% refirió tener algún padecimiento crónico (Fig. 29).

Algunas de las variables asociadas con el consumo de alcohol tienen relación con variables sociodemográficas, tales como las relaciones interpersonales, la administración del tiempo del estudiante especialmente en los casos en los que estudia y trabaja al mismo tiempo, entre muchas otras; entre los integrantes del estudio se halló que el 9% de la muestra estudia y trabaja (Fig. 30), el 53% de la muestra refiere tener pareja (Fig. 31), mientras que el 56% de la muestra refiere ser el primogénito en el orden de nacimientos en su familia (Fig.32), mientras que el 11% refiere ser hijo único (Fig.33). Un aspecto dentro del estudio de la psicología positiva, es la espiritualidad y religiosidad de los individuos, variable de la cual el 82% de la muestra refiere práctica alguna religión o creencia (Fig.34).

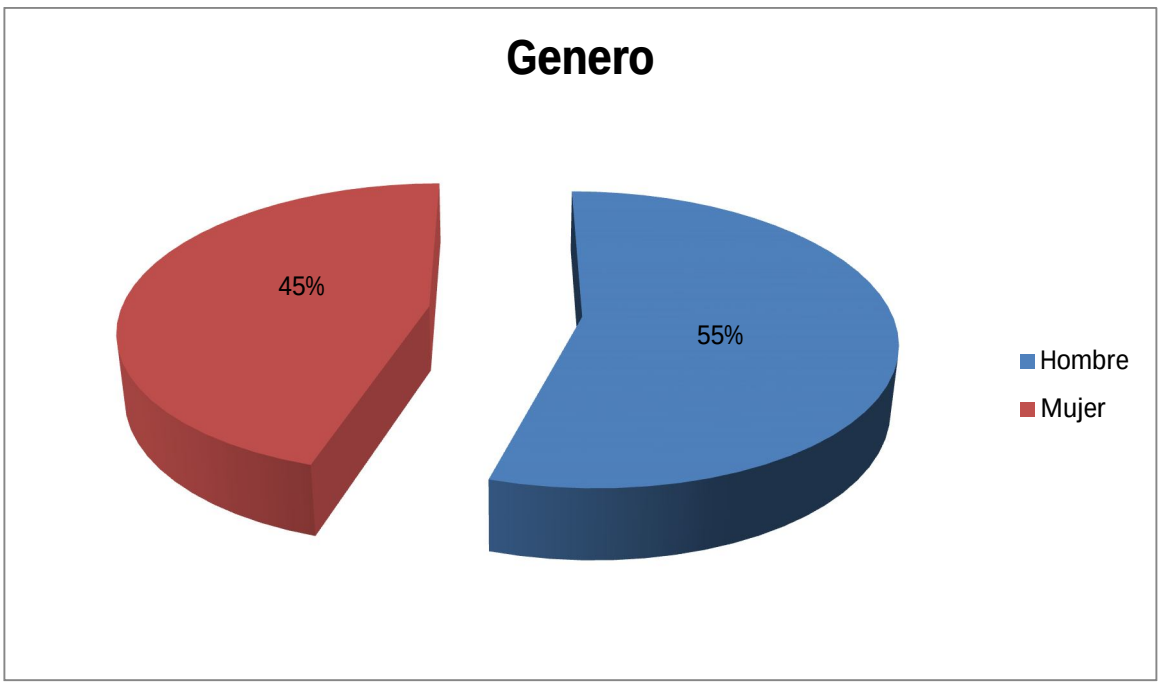


Fig. 15. Porcentajes por género.

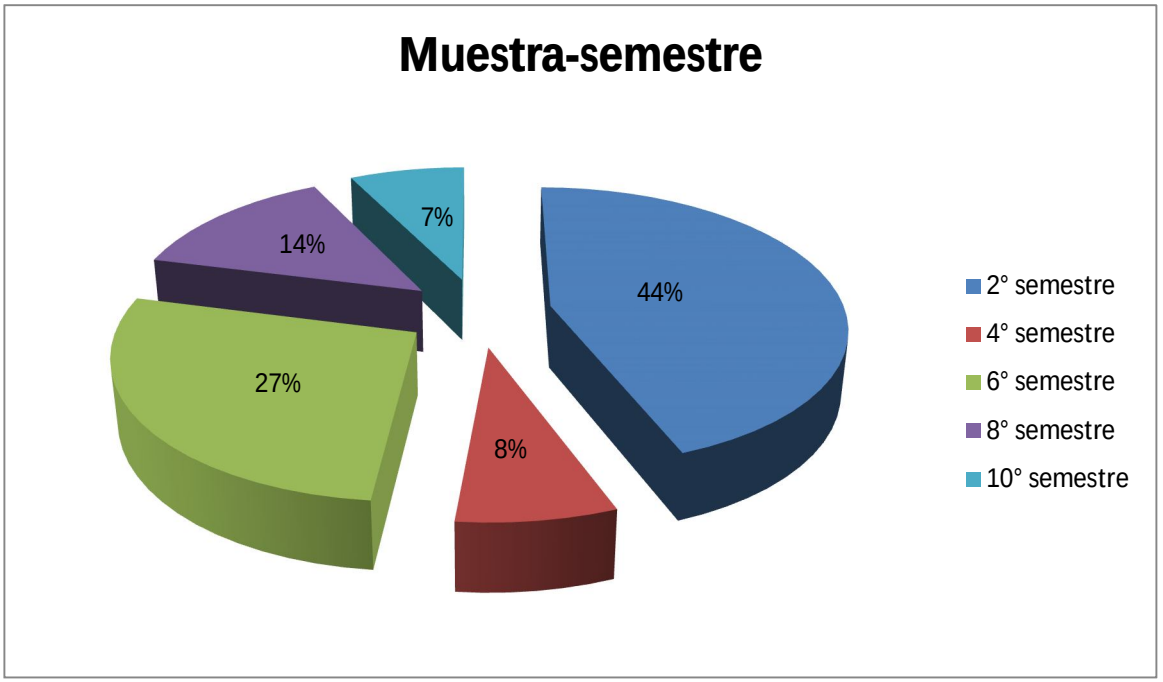


Fig. 16. Porcentajes por semestre y participación.

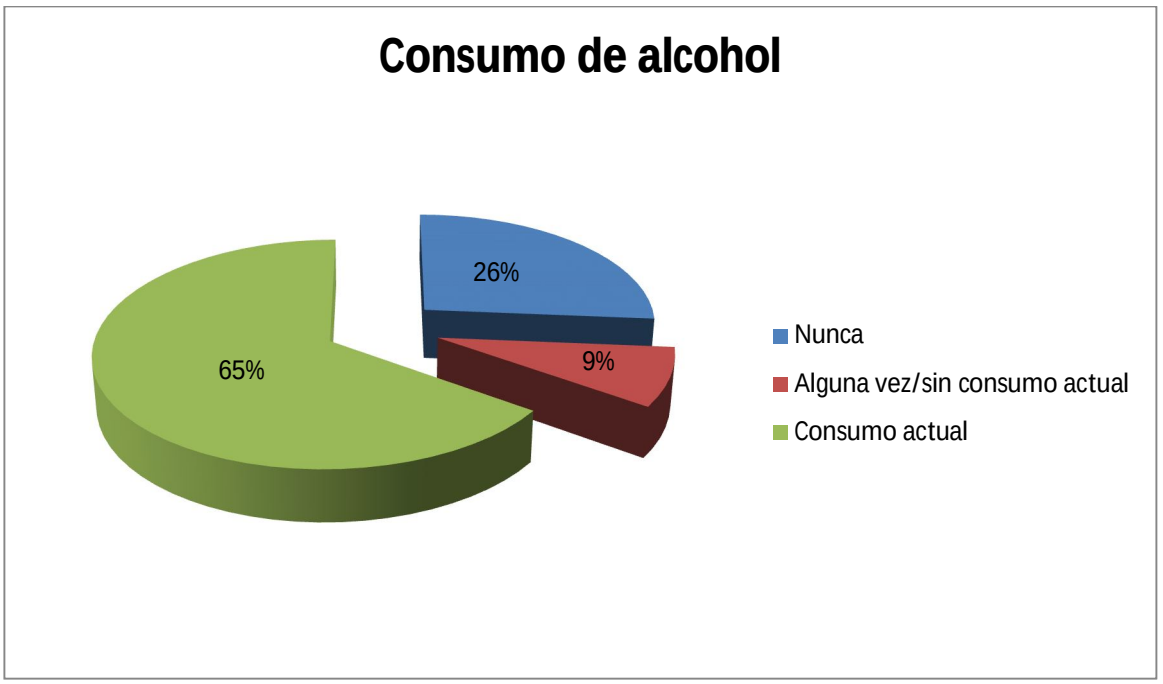


Fig. 17. Consumo actual de alcohol en la muestra.

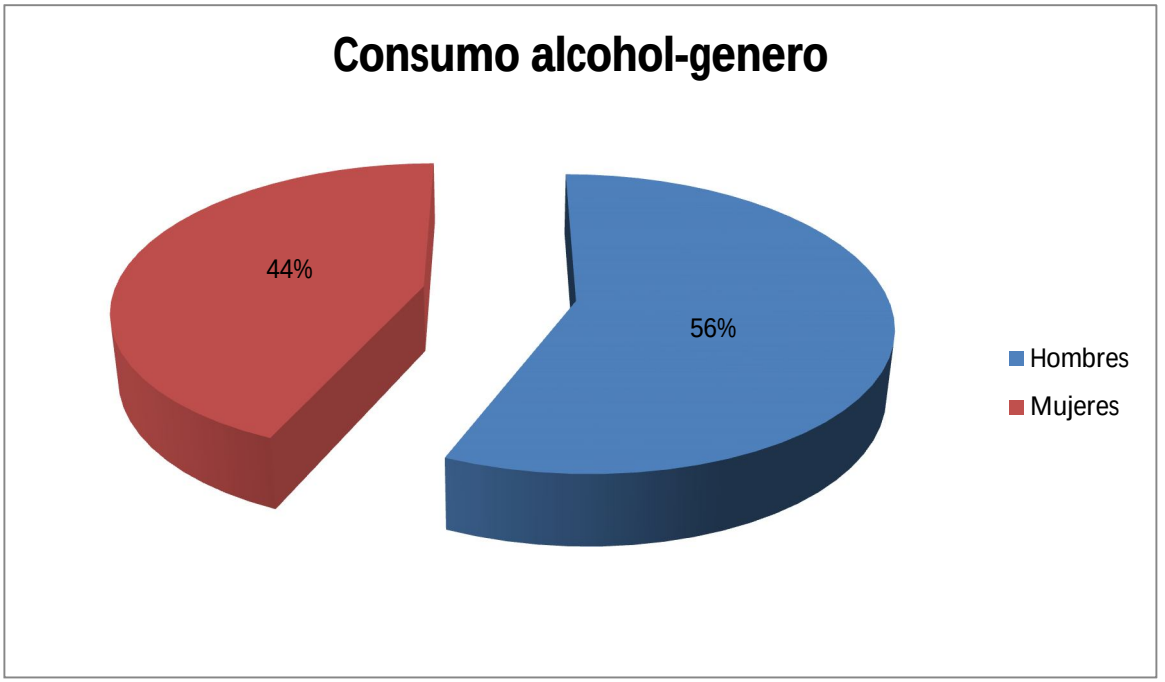


Fig.18. Consumo de alcohol por género.

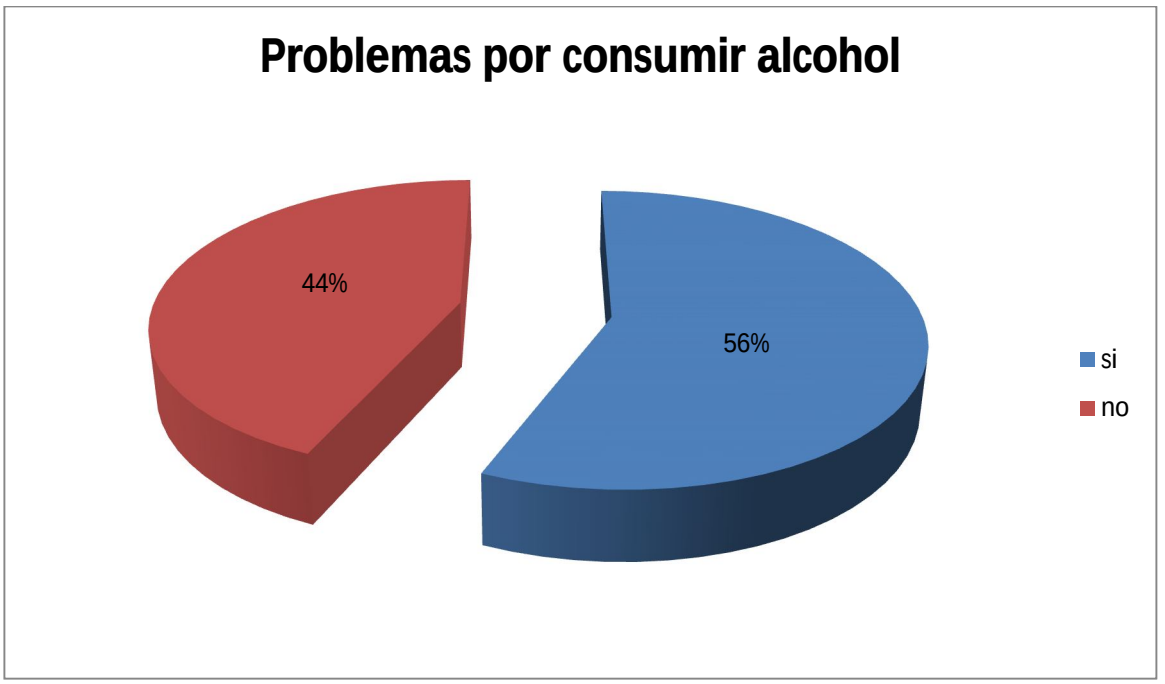


Fig. 19. Porcentajes de la muestra que refieren problemas por su forma de consumir alcohol.

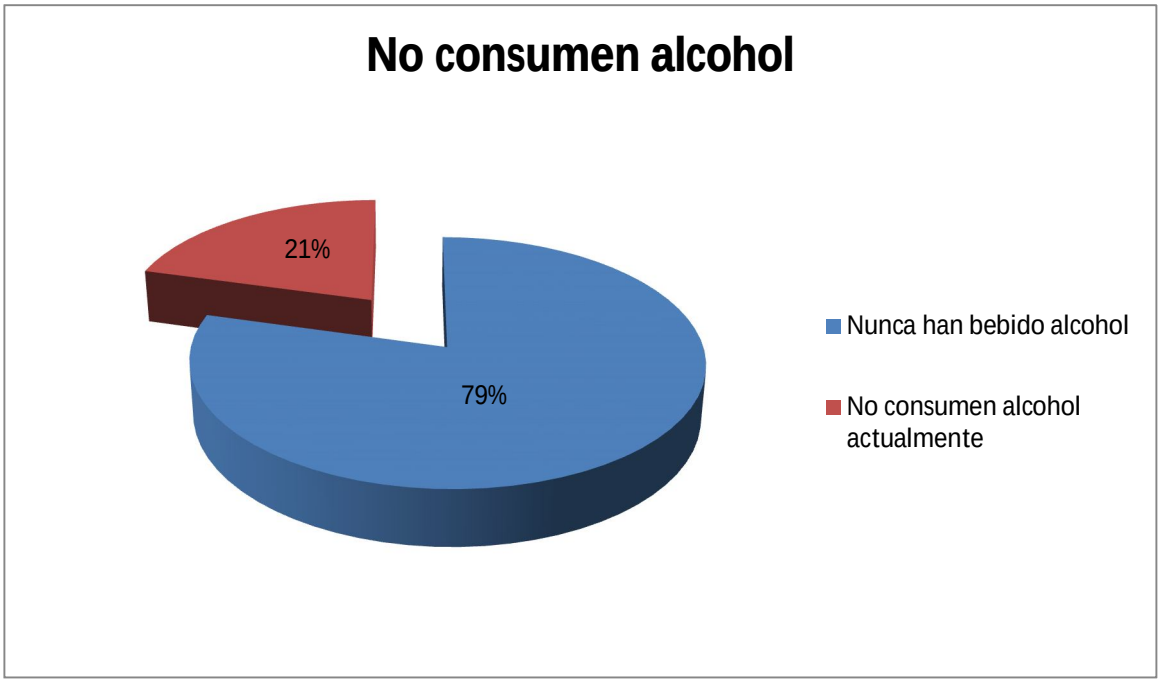


Fig. 20. Porcentaje de la muestra que no consume alcohol.

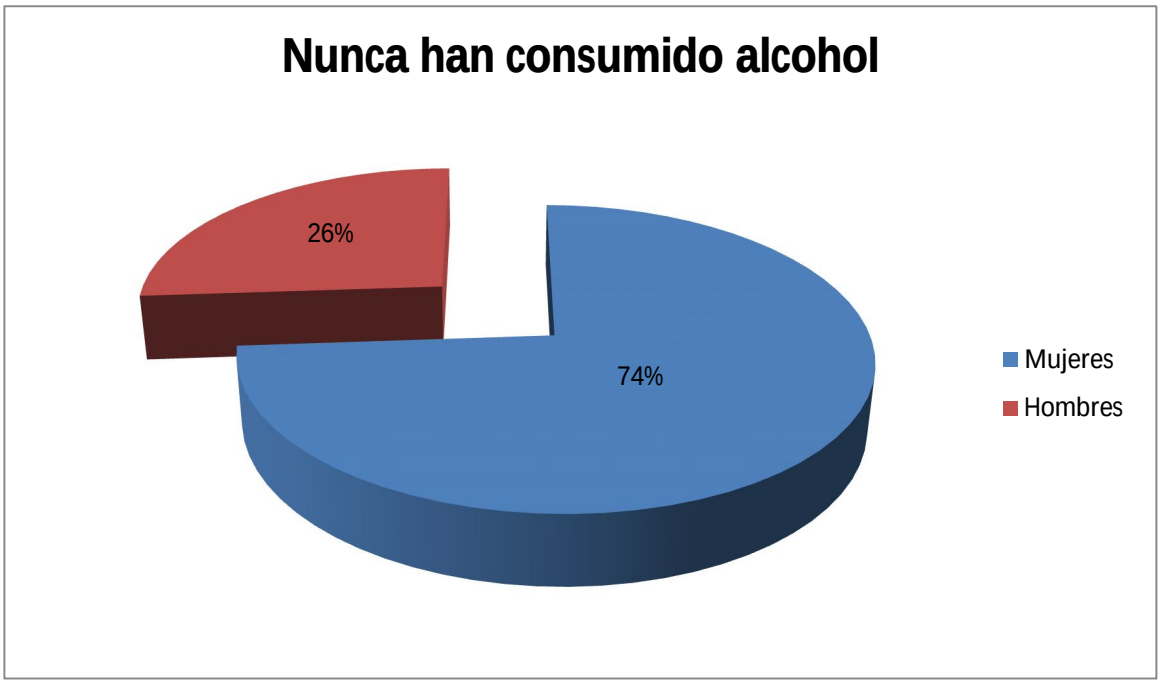


Fig. 21. Estudiantes que nunca han consumido bebidas alcohólicas.

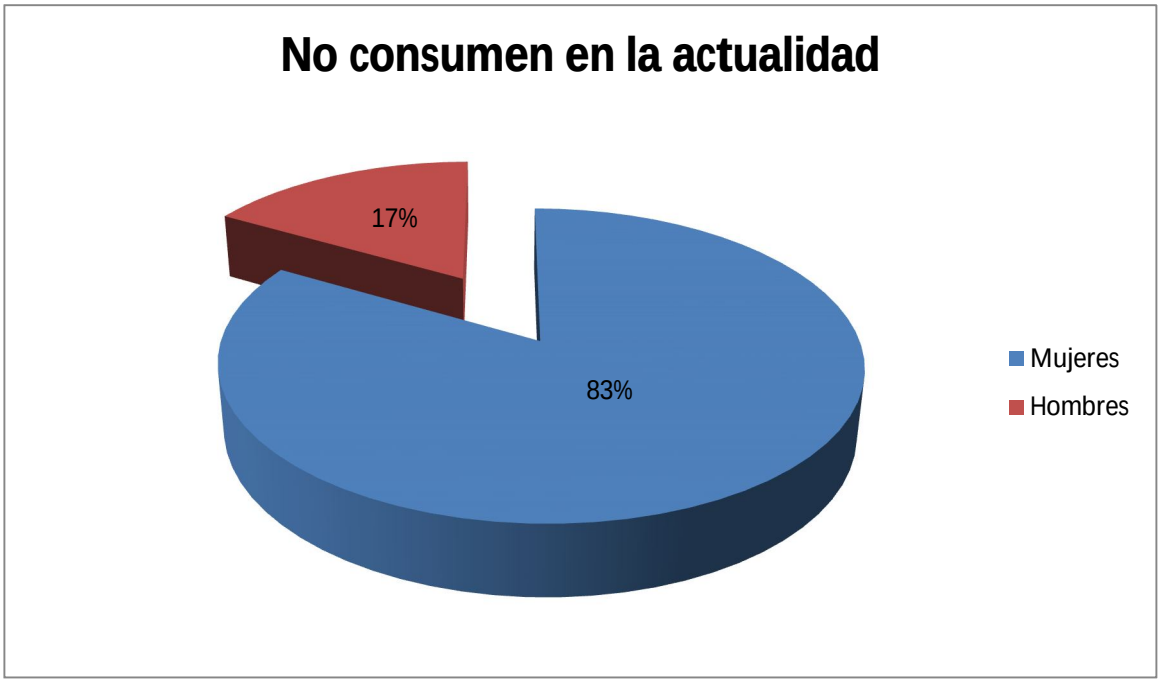


Fig. 22. No consumen alcohol en la actualidad.

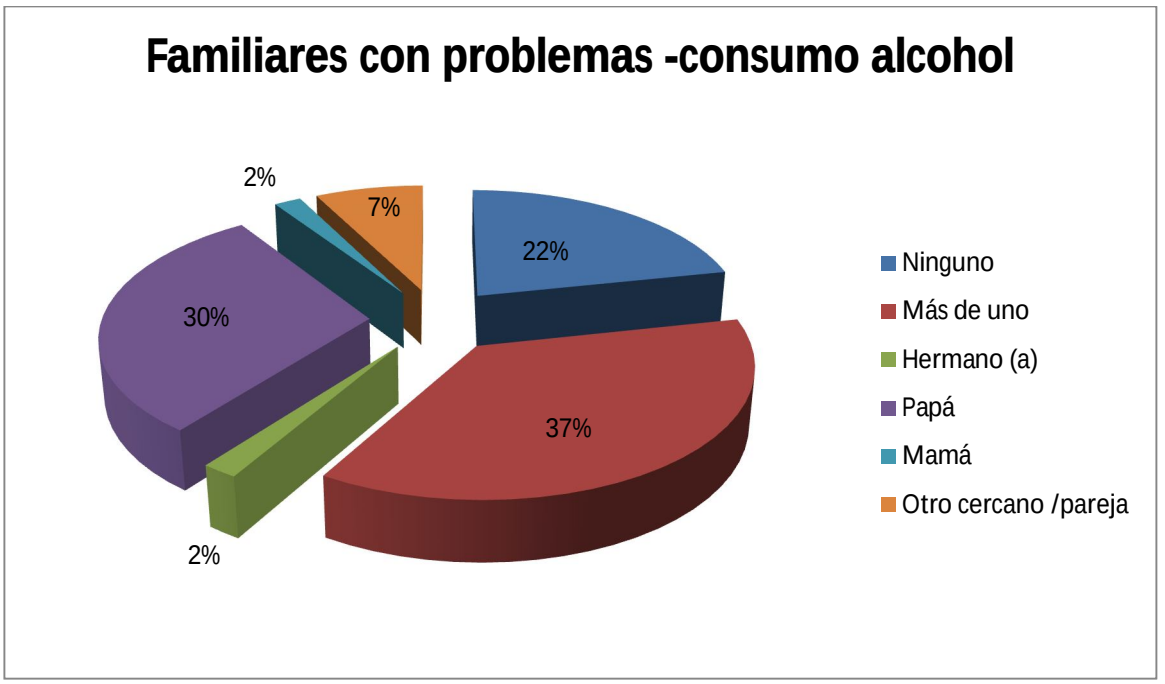


Fig. 23. Porcentajes de la muestra que refiere tener parientes con problemas de consumo de alcohol.

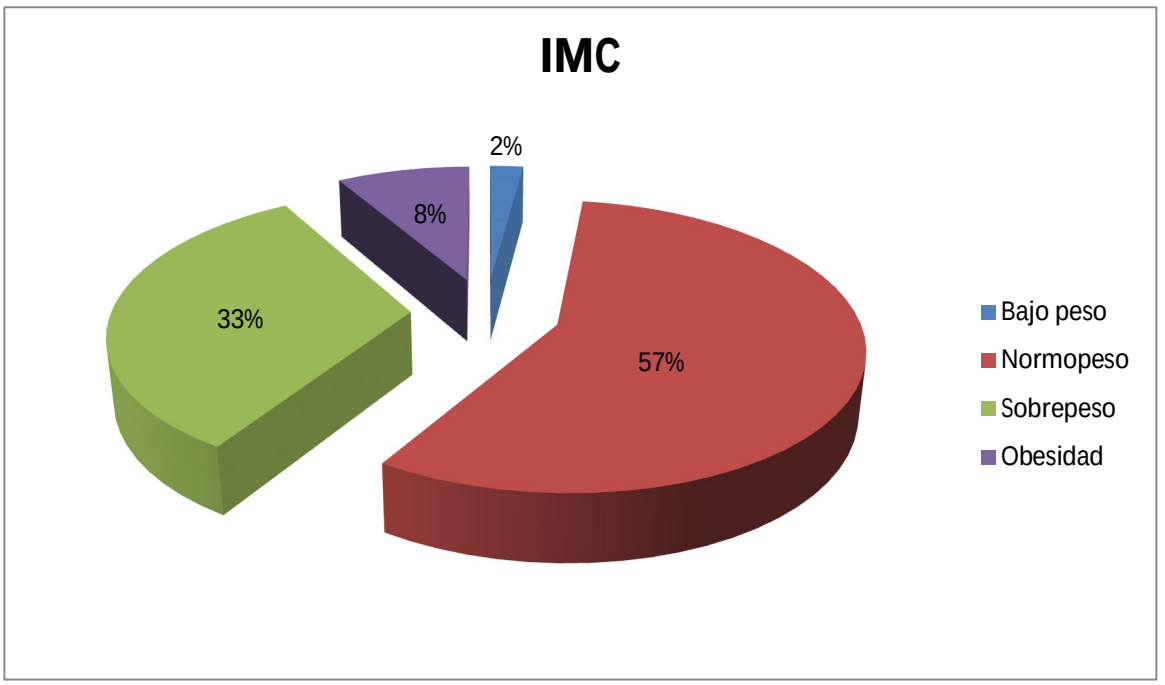


Fig.24. índice de masa corporal de la muestra.

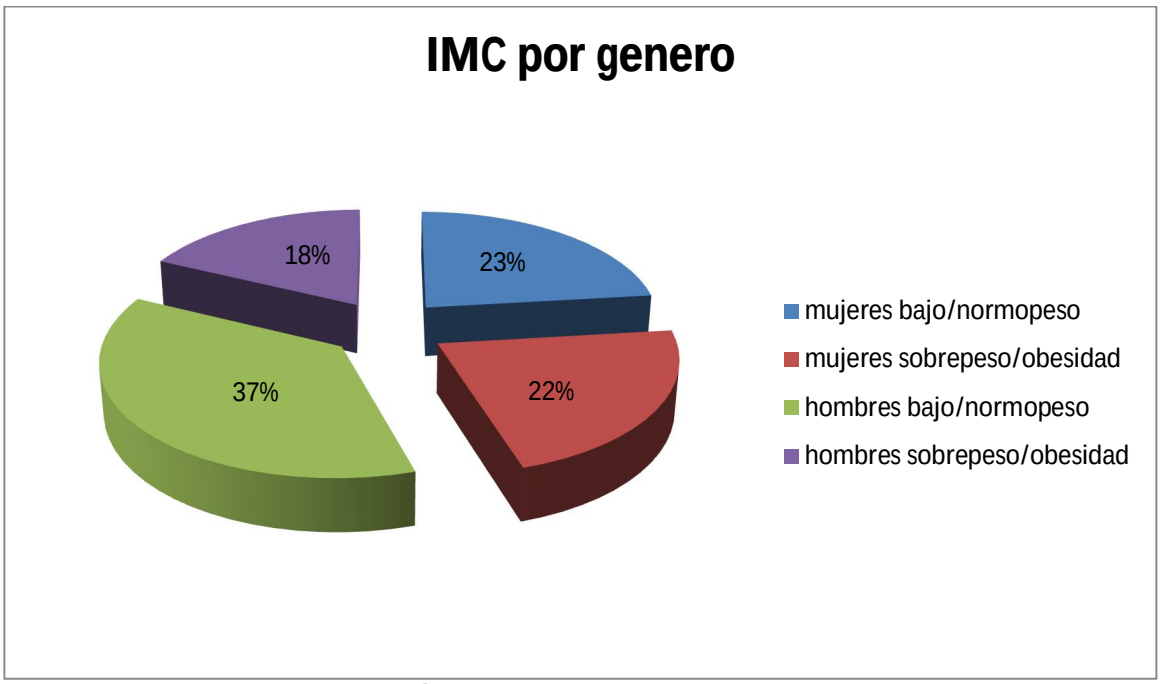


Fig.25. Índice de masa corporal por género.

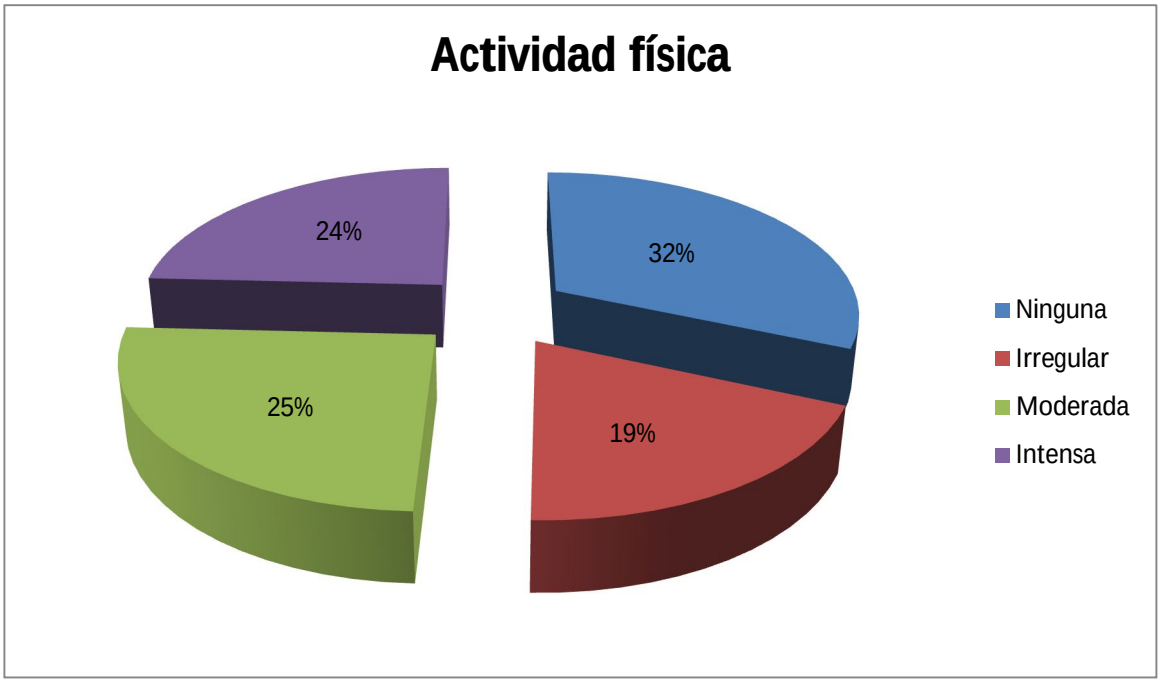


Fig.26 Actividad física que realiza la muestra.

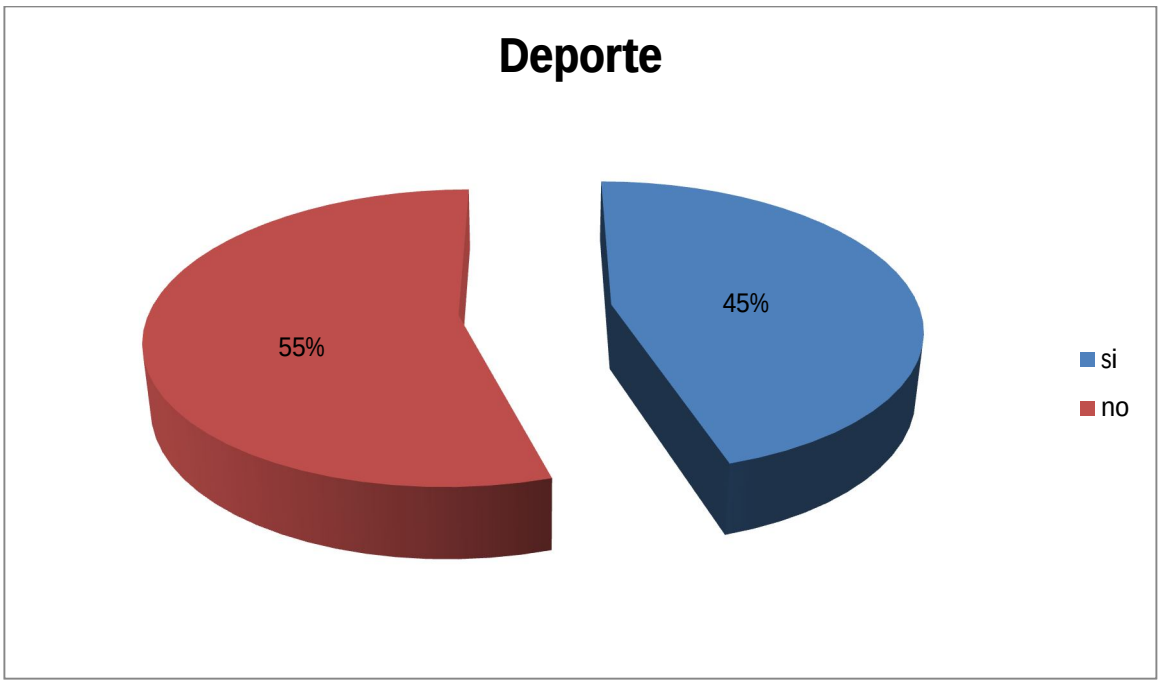


Fig. 27. Practica de algún deporte.

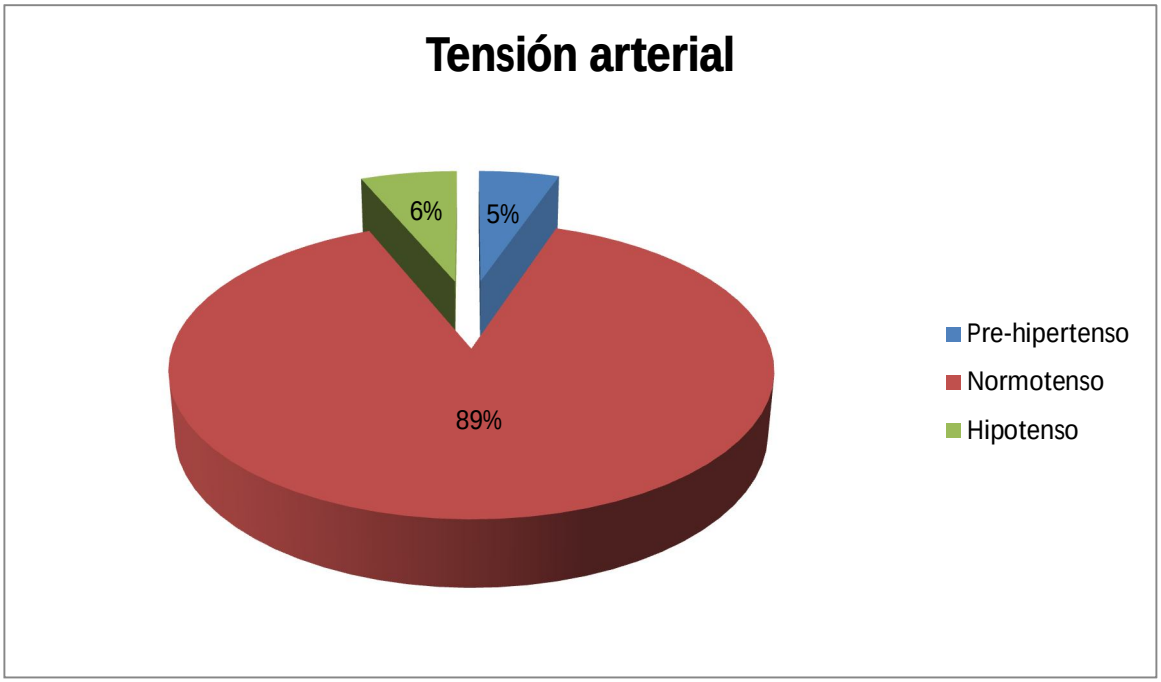


Fig. 28. Medidas de tensión arterial en la muestra

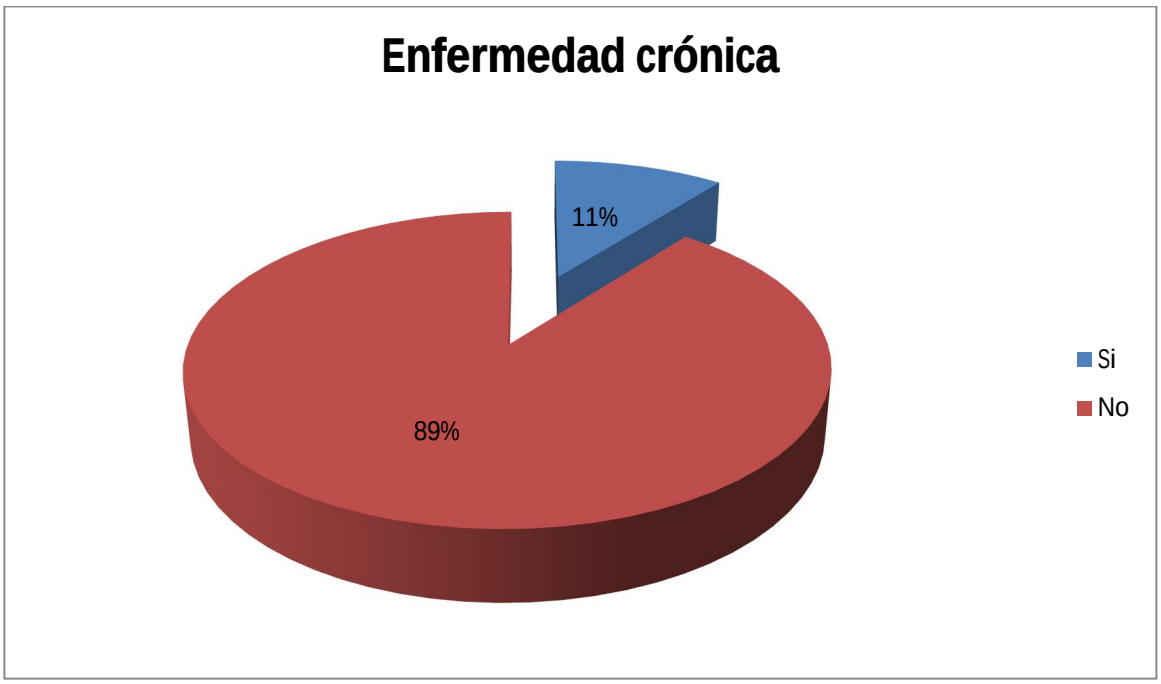


Fig. 29. Enfermedades crónicas que refiere la muestra.

Fig.30. Estudiantes que distribuyen su tiempo entre los estudios y el trabajo.

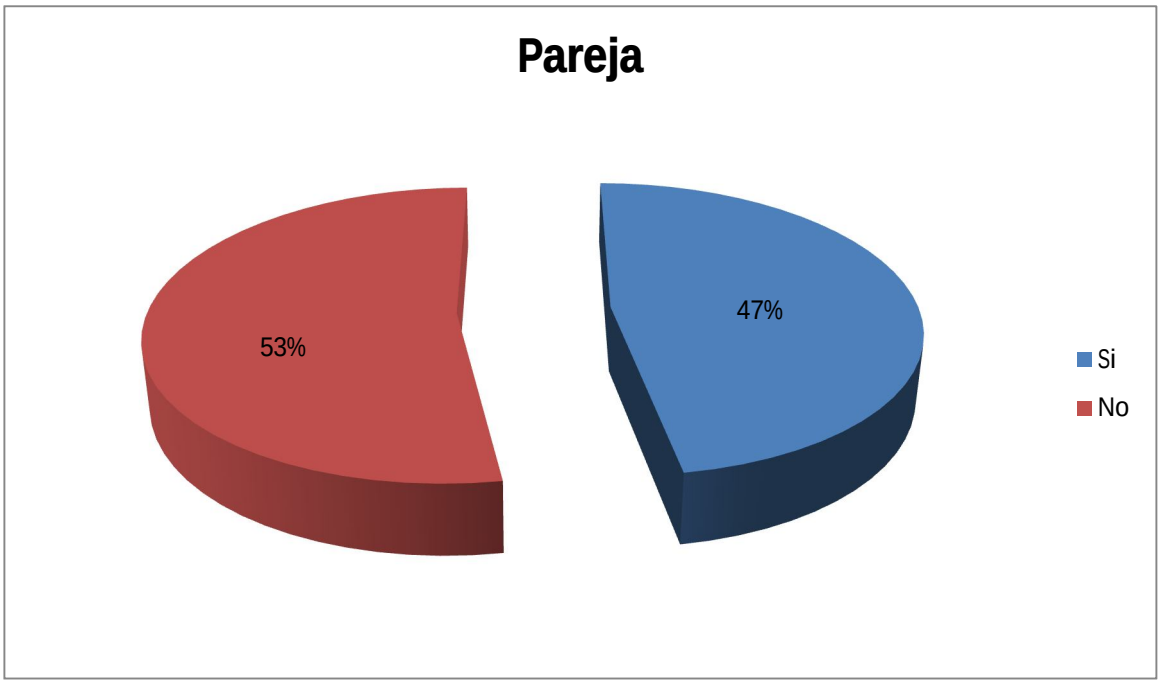


Fig. 31. Miembros de la muestra que refieren tener pareja.

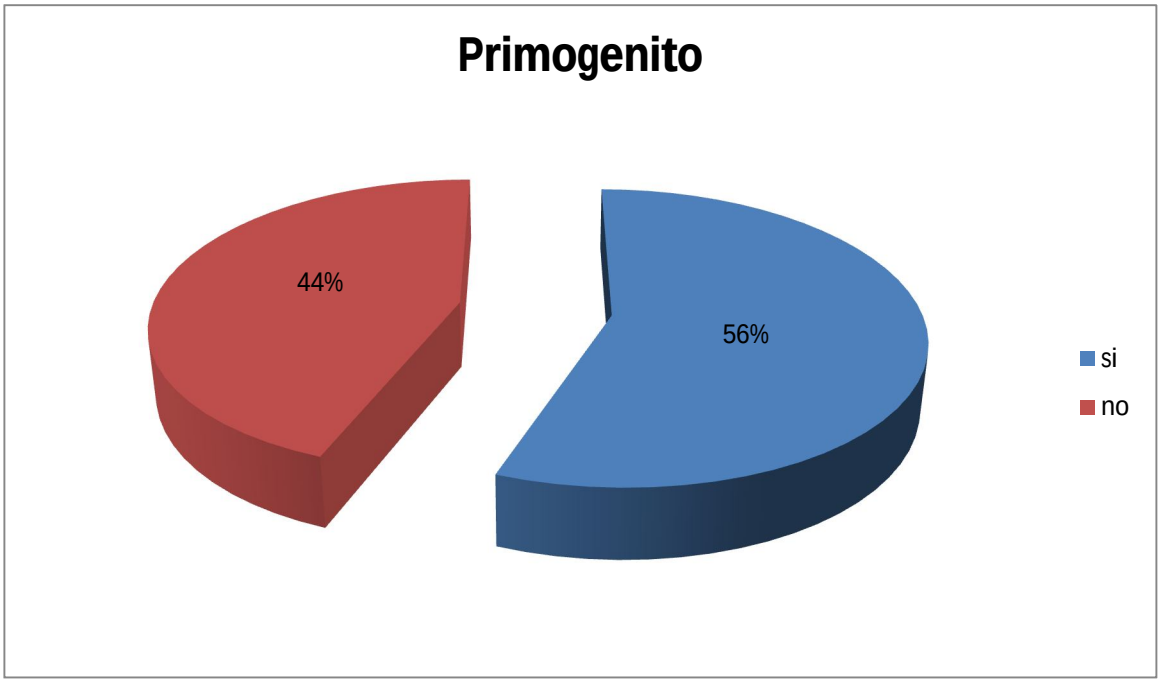


Fig.32. Hijos primogénitos en la muestra.

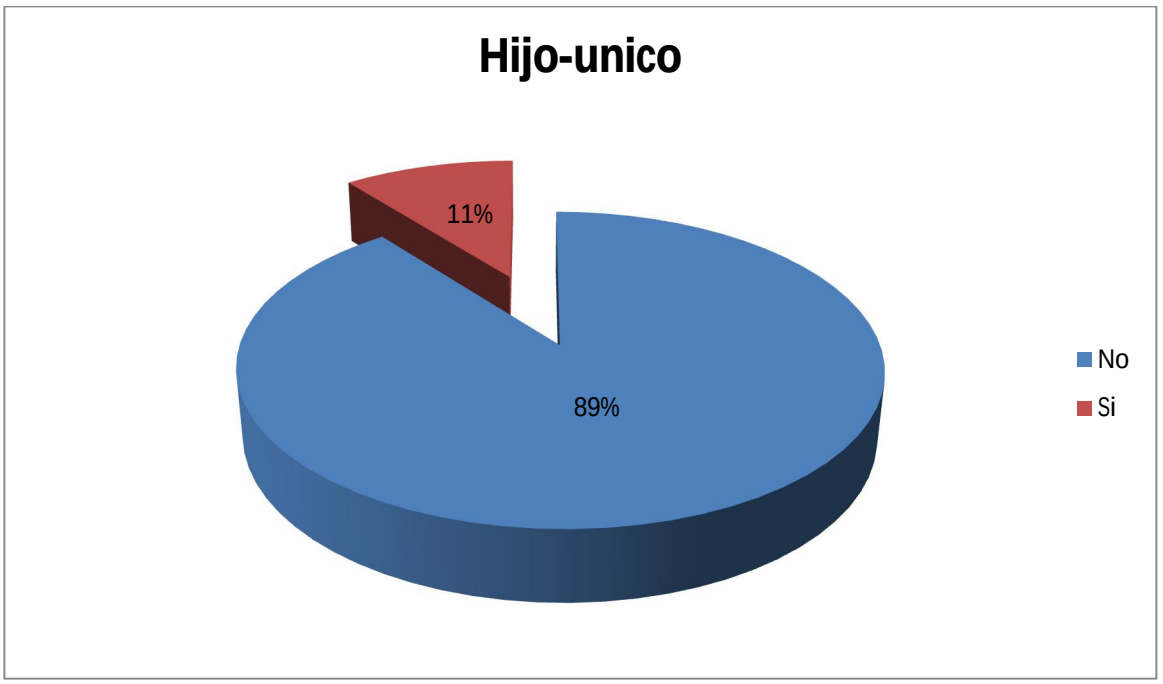


Fig. 33. Hijos únicos en la muestra.

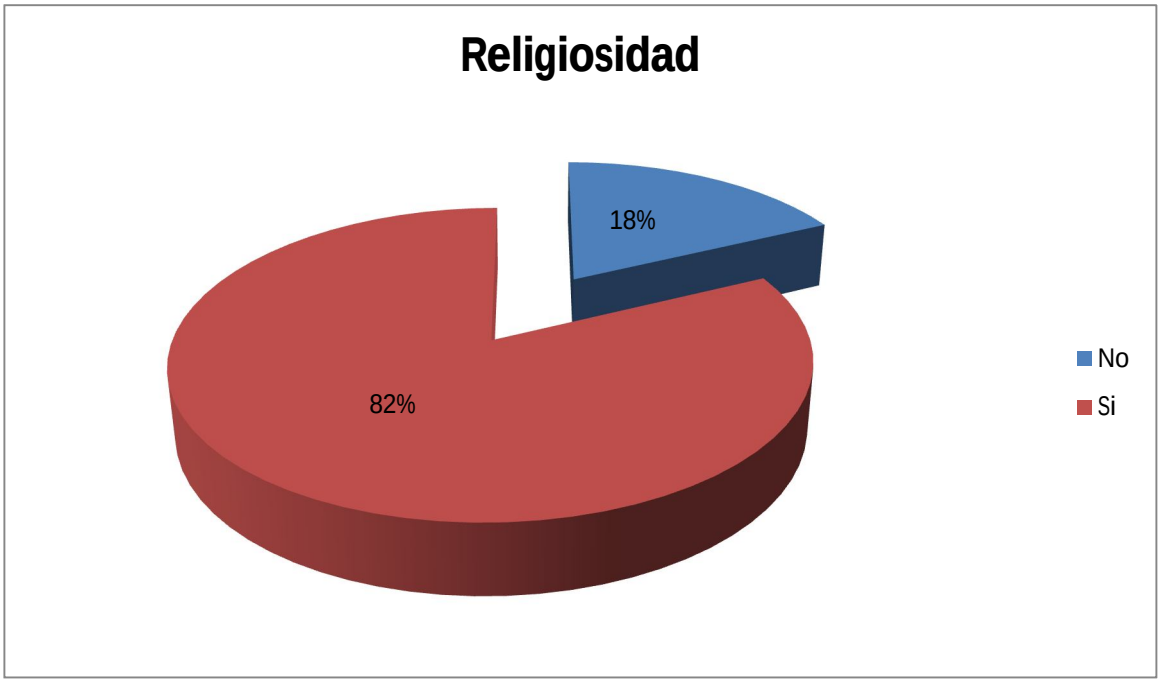


Fig. 34. Práctica de alguna religión como componente de la espiritualidad.

Adentrándonos en los resultados con los cuales se buscó dar respuesta a los objetivos y consideraciones del proyecto general de investigación; podemos identificar variables psicológicas que se engloban en la ansiedad (ansiedad generalizada, miedos y la ansiedad escolar) y en el bienestar (la hedonía y la eudaimonia); aspectos que fueron valorados con respecto a la relación que guardan con el consumo de alcohol, indicadores de salud (IMC, tensión arterial, actividad física) y con variables sociodemográficas (como relaciones interpersonales, género, orden de nacimiento, número de hermanos y religiosidad), con los cuales se pudo determinar que el grupo muestral de estudiantes de medicina era homogéneo.

Los siguientes resultados se organizaron en tres apartados: a) medidas de bienestar y ansiedad, b) la forma en que cada tipo de medidas se vincula con indicadores de salud y c) la relación que estos indicadores guarda con el consumo de alcohol. Esto con base en las respuestas de los sujetos a los tres cuestionarios de bienestar (EHI, MLQ, SWLS), a los tres cuestionarios de ansiedad (Beck-ansiedad, ECA para ansiedad escolar y Lista de Miedos) y al Cuestionario de Consumo de alcohol, a la ficha de identificación; así como a las medidas de tensión arterial, peso, talla y cintura, que fueron analizados exhaustivamente en busca de

diferencias significativas en función de los niveles obtenidos en cada uno de los indicadores.

Sobre las medidas de bienestar y ansiedad, se examinaron los resultados generados por las tres pruebas de bienestar empleadas: el inventario de felicidad eudemónica y hedónica que por sus siglas en inglés se denomina como EHI, el cuestionario de significado de la vida que por sus siglas en inglés se denomina como MLQ y el cuestionario de satisfacción con la vida, por sus siglas en inglés es el SWLS. Los resultados del cuestionario EHI contemplan preguntas abiertas y cerradas (con respuesta numérica), para el análisis de datos sólo se tomó en consideración la sección numérica del cuestionario, esto en función de las variables sociodemográficas y psicológicas empleadas, para buscar relaciones estadísticamente significativas entre ellas, que permitieran comprender su vinculación.

Debido a que la mayoría de los miembros de la muestra no trabajaban, se omitieron del presente análisis para la escala EHI de felicidad los dos reactivos de la dimensión “trabajo”. En la tabla 14, se presentan los resultados significativos solo para los reportes de felicidad y de que tan significativos eran esos dominios. Sólo se incluyeron los dominios de vida, que arrojaron relaciones significativas para variables sociodemográficas, para variables psicológicas o para ambas. El nivel de felicidad en los dominios de ocio y de relaciones interpersonales no se produjo resultados diferenciales para las variables sociodemográficas, ni tampoco para las variables psicológicas exploradas, razón por la cual se omitieron en la tabla. Por otro lado en cuanto a que tan significativos fueron esos mismos dominios de vida, se omitieron los dominios de familia, crecimiento personal y ocio por la misma razón. Así también, si se proporcionan los valores de las pruebas estadísticas empleadas para el análisis comparativo de medias (prueba T Student), así como los niveles de significancia correspondiente.

Tabla 14.Relaciones significativas entre las medidas del inventario EHI por dominios de vida en función de variables sociodemográficas y psicológicas

Felicidad por dominios	Variable sociodemográfica	Variable psicológica
Familia		Ansiedad Beck F=3.3917, p=0.0379*
Estándar de vida		Satisfacción SWLS F=6.1010, p=0.0033*
Salud	Sexo (m) T=-2.27018, p=0.0259*	
Crecimiento personal		Bienestar MLQ F=6.0055, p=.0.0035* Ansiedad Beck F=5.5528, p=.0.0053*
Espiritualidad/ religión	Religiosidad F=9.6581, p=0.0002*	
Asuntos comunitarios	Sexo (h) T=2.7694, p=0.0069* Religiosidad F=6.0033, p=0.0035*	
Asuntos sociales	Religiosidad F=6.0724, p=0.0033*	
La vida en general		Ansiedad Beck F=5.1866, p=0.0073* Satisfacción SWLS F=3.8475, p=0.0248
Qué tan significativo por dominios	**Variable sociodemográfica**	**Variable psicológica**
Estándar de vida		Satisfacción SWLS F=3.8676, p=.0.0248*
Relaciones interpersonales		Satisfacción SWLS F=6.7323, p=0.0019*
Salud	Religiosidad F=3.6176, p=0.03007*	Ansiedad Beck F=4.5776, p=0.0127* Ansiedad escolar ECA F=3.6725, p=.0.0292*
Espiritualidad/ religión	Sexo (h) T=2.2776, p=0.0254* Religiosidad F=8.9964, p=0.0003*	
Asuntos comunitarios		Ansiedad Beck F=3.7032, p=.0.0284* Satisfacción SWLS F=3.6895, p=0.0288*
Asuntos sociales	Religiosidad F=3.5443, p=0.0329*	

Como se puede apreciar la variable género/sexo generó puntajes estadísticamente diferentes para hombres y mujeres, en los niveles de felicidad reportados para el dominio de salud, en el que las mujeres refieren un mayor nivel de felicidad en comparación con los hombres; para el dominio de espiritualidad/religión, los hombres refieren niveles superiores que las mujeres.

La variable religiosidad se midió a partir de una pregunta en la ficha de identificación que llenaron los participantes, en la cual se pedía que en una escala 0 al 5, identificaran su grado de participación religiosa, independientemente de la creencia de fe profesada. Dicha respuesta se transformó en la variable religiosidad, asignado 0 a la no participación, idéntica al nivel 0 de la escala original, el nivel 1 a baja participación, correspondiente a los niveles 1 y2 de la pregunta original, mientras que el nivel 2 de alta participación religiosa correspondió a los niveles del 3 al 5 de la pregunta original. Los estudiantes de medicina participantes (n=95) se distribuyeron en la categoría de religiosidad de la siguiente forma: nivel 0=20, nivel 1=45 y nivel 2=30.

La variable religiosidad estuvo asociada con puntajes significativamente diferentes para la felicidad reportada en el dominio espiritualidad, de forma directa, esto es, a mayor nivel de religiosidad, mayor felicidad reportada en el dominio. En el mismo sentido y dirección, este fenómeno se registró también para los puntajes auto-reportados de felicidad para asuntos comunitarios y sociales. En cuanto a que tan significativos eran los diez dominios evaluados en el inventario EHI (familia, estándar de vida, relaciones interpersonales, salud, crecimiento personal, ocio, espiritualidad/religión, asuntos comunitarios, asuntos sociales y vida en general), la variable religiosidad produjo diferencias significativas para esa escala en los dominios de salud, espiritualidad y asuntos sociales, también de manera directa, esto es, a mayor religiosidad, mayores puntajes a considerar significativos en las áreas mencionadas.

Con respecto a las variables psicológicas de bienestar y de ansiedad, en relación con los puntajes del inventario EHI, se establecieron los puntajes ordinales bajo, medio y alto, a partir de la distribución calculada para el grupo bajo estudio, en términos de la media más menos una desviación estándar del puntaje total de cada cuestionario, estos criterios

sirvieron para calcular los cuartiles 1 y 3, como puntos de corte. En este sentido el puntaje de ansiedad general a partir del Inventario de Beck, generaron niveles estadísticamente diferentes para el auto-reporte en el dominio familia, crecimiento personal y de la vida en general, así como para el autoreporte de que tan significativos eran para los estudiantes los dominios de salud y asuntos comunitarios.

Para la escala ECA de ansiedad escolar, se encontraron diferencias significartivas, asociadas los niveles ordinales de esta variables para la escala de qué tan significativo era para los estudiantes el dominio de salud en el inventario EHI. Los niveles más elevados de ansiedad escolar estuvieron asociados con los valores más elevados que se atribuyeron al dominio de salud. La lista de Miedos con sus 4 subescalas: F1: miedo a la pérdida afectiva, F2: miero a ser víctima de eventos no contingentes, F3: miedo a la vulnerabilidad y F4: miedo a la muerte, no generó datos ordenados relacionados con la fluctuación de puntajes del inventario EHI.

En lo que corresponde a las otras variables de bienestar empleadas en el estudio, la escala de bienestar MLQ generó en sus valores ordinales calculados del modo descrito, niveles estadísticamente diferentes de felicidades auto-reportada para el dominio de crecimiento personal. Mientras que la escala de satisfacción con la vida SWLS, generó niveles diferenciales de felicidad para los dominios de estándar de vida y de la vida en general por un lado, y puntajes estadísticamente diferentes para la escala de qué tan significativos eran para los estudiantes los dominios de estándar de vida, relaciones interpersonales y de asuntos comunitarios, todo en relación directa, esto es, a mayor nifel de la variable bienestar SWLS o MLQ, mayor puntaje en la escala EHI.

Por otra parte la Fig. 35, muestra la distribución de puntajes del nivel de felicidad reportados en una escala del 1 al 7 en el dominio de espiritualidad/religión en el inventario EHI, en función de 4 grupos organizados considerando el sexo y la calificación por IMC. Esta gráfica emplea diagramas de caja para representar a los cuatro grupos, en la parte izquiera, donde el cinturón de la caja indica la mediana o cuartil 2, y los límite inferiores y superiores de cada caja vertical representan los cuartiles 1 y 3 respectivamente. En la parte

izquierda de la gráfica el programa estadístico JMP ofrece una comparación visual de las medias para los grupos involucrados, analizados mediante la prueba estadística no paramétrica de Tukey-Kramer. En dicha figura se puede apreciar que el grupo de hombre de bajo peso (n=2) y normopeso (n=33), tomados como un solo grupo, difirieron significativamente de las mujeres de normopeso (n=22), para el auto-reporte de niveles de felicidad en el área de espiritualidad/religiosidad. Mientras que éstas últimas no difirieron del resto de los grupos, esto es, de las mujeres con sobrepeso/obesidad (m=21), ni de los hombres con sobrepeso/obesidad (n=17). En otras palabras, los hombres en peso normal se consideran comparativamente más felices dentro del rubro espiritual, que el grupo de mujeres con peso normal.

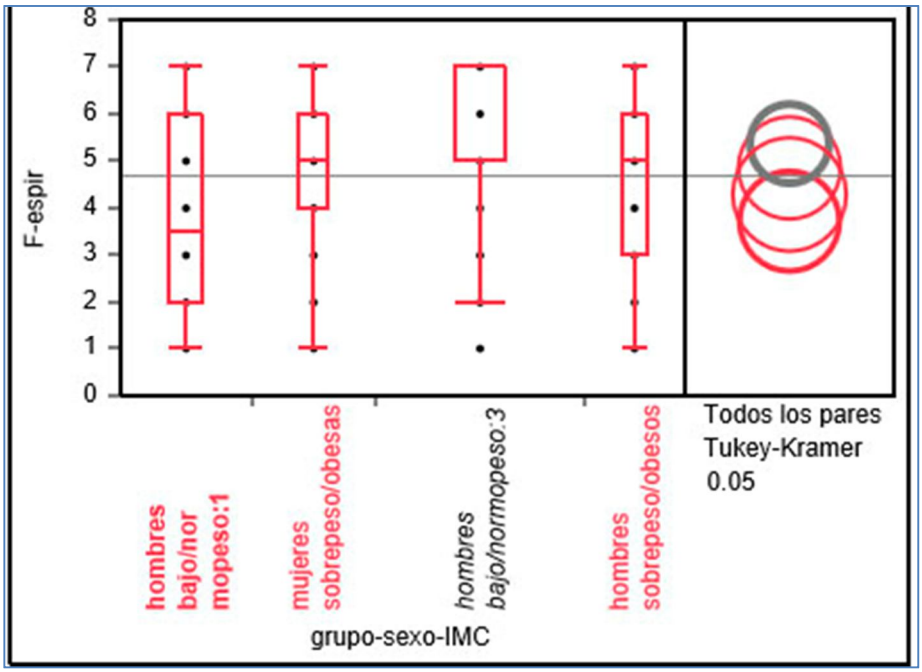


Fig. 35. Distribución de niveles de felicidad en el dominio espiritualidad por grupos combinados de sexo y nivel de índice de masa corporal.

Dentro del análisis estadístico de los datos obtenidos, continuamos con la relación entre indicadores de bienestar y ansiedad e índices de salud. Los diferentes niveles de las variables fisiológicas o de comportamiento asociado a la salud como en el caso de la actividad física, estuvieron asociados con calificaciones significativamente diferentes en dos de las tres medidas de bienestar empleadas. Por otra parte, la actividad física se clasificó siguiendo las normas generales en cuatro categorías: sin actividad física, irregular,

moderada cuando se realiza ejercicio durante 2 horas a la semana y actividad física intensa cuando se realiza ejercicio 20 minutos al día, 5 veces a la semana. Empleando dichos criterios, los estudiantes se distribuyeron en la categoría de 1-no hace ejercicio (n=30), 2-irregular (n=18), 3-moderada (n=24) y 4-intensa (n=23).

Con respecto a la tensión arterial a la tensión arterial, siguiendo las normas establecidas, la hipotensión se considera con lecturas de presión sistólica inferiores a 90 y de presión diastólica de 60. La normo-tensión corresponde a valores de presión sistólica inferiores a 120 y de diastólica de 80, pre-hipertensión se identifica con valores de presión sistólica entre 120 y 139 y diastólica entre 80 y 89, mientras que la hipertensión corresponde a valores mayores o iguales a 140 para la presión sistólica y de 90 para la diastólica. A partir de esta clasificación, se detectaron 6 personas hipotensas, 84-normotensas y 5 pre-hipertensas, una vez que se promediaron tres tomas sucesivas, separadas por 10 minutos entre cada toma, cuando los estudiantes se encontraban en estado de reposo. La tabla 31 presenta las relaciones entre índices y comportamientos asociados a la salud para las preguntas númericas del inventario EHI, en 7 dominios, tanto para los niveles de felicidad, como para el grado de significado que ese dominio representa para la persona.

En la tabla 15 se puede observar las diferencias estadísticamente significativas entre la variables fisiológica de tensión arterial con las medidas de auto-reporte de bienestar a través del cuestionario EHI en los rubros de relaciones interpersonales y crecimiento personal, lo cual quiere decir que a mayores indicadores de tensión arterial, mayores son los puntajes a considerar en dichas medidas de bienestar. Por otra parte, el mismo fenómeno se registró en la relación entre la variable sociodemográfica índice de masa corporal por sexo y actividad física con las medidas de bienestar del cuestionario EHI en los dominios de espiritualidad/religión y asuntos comunitarios, del mismo modo entre mayores los puntajes en dichas variables sociodemográficas, mayores serán los puntajes a considerar en las medidas de felicidad mencionadas. Por último en la medida de felicidad auto-reportada en el inventario MLQ en el dominio de significado de la vida, con relación a la tensión arterial,

produjo puntajes significativamente diferentes, a mayores puntajes en la medida significado de la vida, serán mayores los puntajes a considerar en los indicadores de tensión arterial.

Tabla. 15. Relaciones significativas para las variables psicológicas en función de indicadores de salud y comportamientos relacionados con la salud y medidas antropométricas.

Medidas de bienestar	Variable fisiológica y/o de comportamiento
EHI- felicidad Relaciones interpersonales	Tensión arterial F=4.9386, p=0.0092*
EHI- felicidad Crecimiento personal	Tensión arterial F=3.9870, p=0.0218*
EHI-felicidad Espiritualidad/ religión	Grupo sexo/IMC F=3.6819, p=0.0149*
EHI- felicidad Asuntos comunitarios	Grupo sexo/IMC F=3.366, p=0.0228*
EHI-significativo Familia	Actividad física F=3.1253, p=0.0486* Actividad física F=3.4024, p=0.0375*
EHI-significativo Espiritualidad/ religión	Grupo sexo/IMC F=3.5416, p=0.0177*
EHI-significativo Asuntos comunitarios	Actividad física F=2.9871, p=0.0553
MLQ- significado de la vida	Tensión arterial F=4.1063, p=0.0196*

La calificación total del cuestionario MLQ también generó puntajes diferentes estadísticamente en función de los tres niveles de tensión arterial de los participantes. Los niveles de comportamiento sedentario (información recolectada en preguntas de la ficha de identificación) a través de las horas de ver televisión a la semana, no arrojaron diferencias significativas con respecto a las variables psicológicas de bienestar, ni a las de ansiedad examinadas vía los cuestionarios. Así también, tampoco se encontró relación entre la actividad física y el índice de masa corporal.

Respecto a los indicadores de consumo de alcohol y la relación que guardan con las variables psicológicas e indicadores de salud, los resultados se muestran en la tabla 33. A este respecto se describe la relación que guardaron los rubros de “calificación total” y “años de consumo de alcohol” con relación a las variables sociodemográficas sexo, actividad física, índice de masa corporal y con la variable psicológica espiritualidad/religión del inventario EHI.

Para la medida de consumo de alcohol, se tomó en cuenta el tiempo que los estudiantes refieren tener de consumir bebidas alcohólicas (independientemente del total de consumo), lo cual se obtuvo restándole a la edad del estudiante participante, la edad en que debuto con el consumo de alcohol. En la muestra el rango de edad debut oscilo de los 12 a los 21 años de edad. La calificación total de consumo de bebidas alcohólicas se llevó a cabo preguntando a los participantes la cantidad de copas que consumen de bebidas alcohólicas y la frecuencia con que consumen esa cantidad de bebidas, así también, la frecuencia con la que toman hasta considerar que están “borrachos”, por lo que pudieron denominarse los siguientes valores: 0=nunca ha bebido alcohol, 1= no hace/irregular, 2=moderada y 3=intensa.

En la tabla 16 se describen las diferencias significativas entre medias para la variable consumo de alcohol, variables sociodemográficas más significativas y una variable psicológica del inventario EHI. Para la variable de medida de calificación total de consumo de alcohol en relación con las variables sociodemográficas sexo y conductual actividad física y fisiológica de índice de masa corporal por sexo, así como la variable psicológica espiritualidad/religión tienen diferencias estadísticamente significativas, en otras palabras, a mayores puntajes en la medida de clasificación total de consumo de alcohol, son mayores los puntajes a considerar en las variables mencionadas.

Para la medida “años bebiendo alcohol” guarda diferencias estadísticamente significativas con las variables sociodemográficas sexo e índice de masa corporal por sexo, es decir, que a más años de consumo de alcohol, hay mayores puntuaciones a considerar en dichas variables.

Tabla 16. Diferencias significativas para las medidas de consumo de alcohol en función de variables sociodemográficas y psicológicas

Medida	Variable sociodemográfica	Variable psicológica
Calificación total consumo alcohol	Sexo T=-3.62982, p=0.0005* Actividad física F= 4.8196, p=0.0102* Grupo sexo/IMC F=4.6599, p=0.0045*	EHI-S-espiritual F=3.5233, p=0.0335*
Años bebiendo alcohol	Sexo T=-2.47478, p=0.0152* Grupo sexo/IMC F=3.4679, p=0.0194*	

En la figura 36, muestra la distribución de puntajes del nivel de consumo de alcohol a través de dicho cuestionario, reportado en una escala de puntuaciones de 1 a 49, en función de 3 grupos organizados considerando la actividad física. Esta gráfica emplea diagramas de caja para representar a los tres grupos en la parte izquierda, don el cinturón de la caja indica la mediana o cuartil 2 y los limites inferiores y superiores de la caja vertical representan los cuartiles 1 y 3 respectivamente. En la parte izquierda de la gráfica el programa estadístico JMP ofrece una comparación visual de las medias de los grupos involucrados, analizados mediante la prueba estadística no paramétrica de Tuker-Kramer. En esta figura se puede apreciar que el grupo que refiere actividad física moderada (n=24) difiere significativamente del grupo que no hace o hace de forma irregular actividad física (n=48) para el autoreporte de consumo de alcohol. Así también el grupo que refiere hacer actividad física intensa (n=33) también difiera significativamente con el primer grupo, no así con el grupo que refiere actividad física moderada, para el autoreporte de consumo de alcohol. En otras palabras el grupo de estudiantes que refieren un mayor consumo de alcohol, son los que refieren tener actividad física moderada.

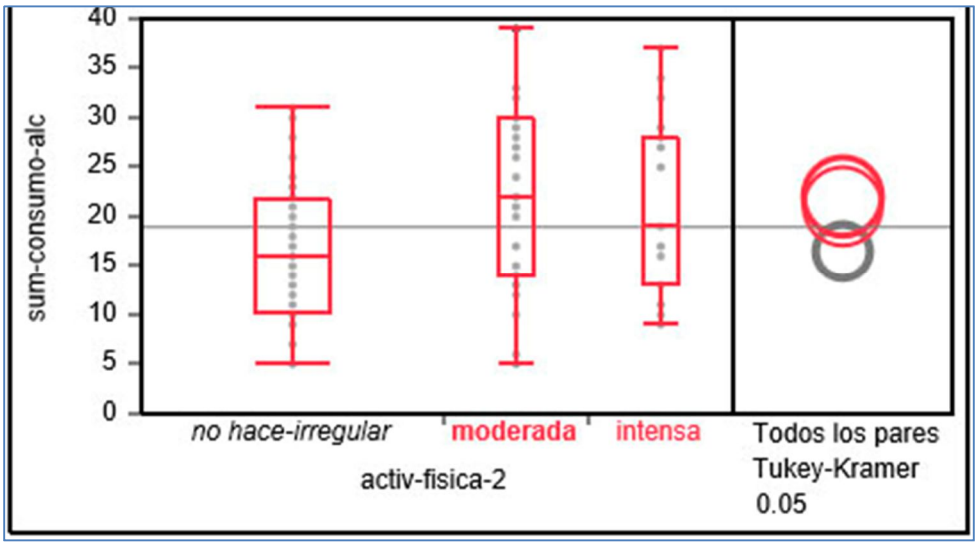


Fig.36. Distribución de calificación total en el cuestionario de consumo de alcohol por niveles de actividad física desplegados.

La figura 37 muestra la distribución de puntajes del nivel de felicidad reportado en una escala 1 al 49 en el dominio de consumo de alcohol del Cuestionario de Consumo de Alcohol, en función de 4 grupos organizados considerando el sexo y calificación por IMC. Esta gráfica emplea diagramas de caja para representar a los cuatro grupos en la parte izquierda, donde el cinturón de caja indica la mediana o cuartil 2 y los límites inferiores y superiores de cada caja vertical representan los cuartiles 1 y 3 respectivamente. En la parte izquierda de la gráfica el programa estadístico JMP ofrece una comparación visual de las medias para los grupos involucrados, analizados mediante la prueba estadística no paramétrica de Tukey –Kramer. En esta figura se puede apreciar que el grupo de mujeres con sobrepeso/obesidad (n=21) difiere significativamente con los otros tres grupos del conjunto. En otras palabras las mujeres con sobrepeso/obesidad consumen más alcohol en comparación con los otros grupos.

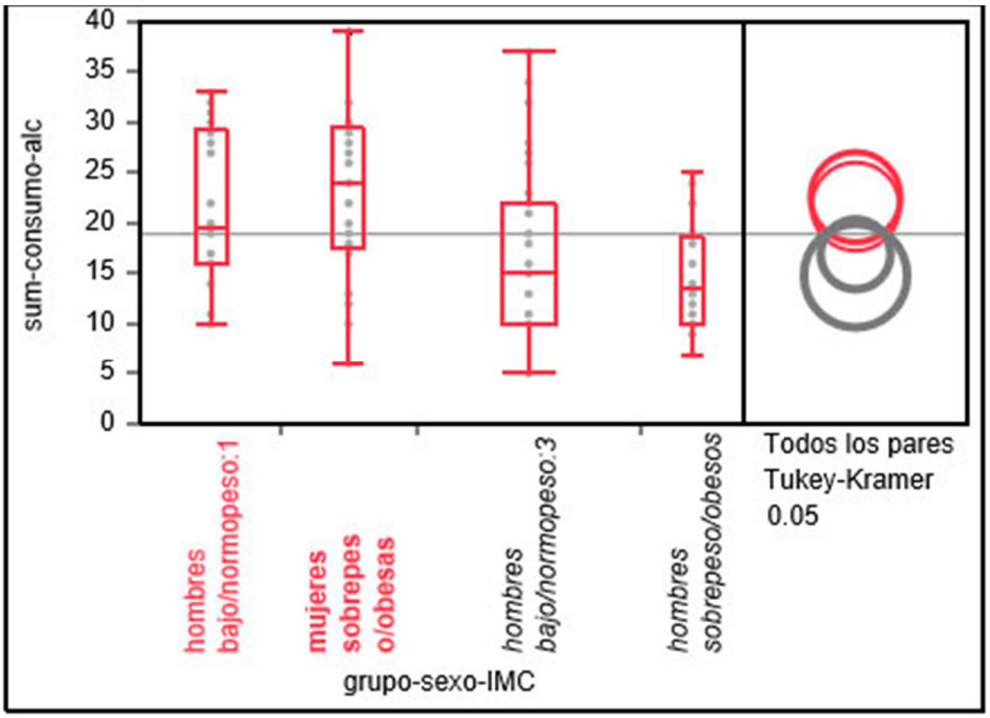


Fig. 37. Distribución de calificación total en el cuestionario de consumo de alcohol por grupos combinados de sexo y nivel de índice de masa corporal.

Por último y para concluir con los resultados del presente estudio, la figura 38 muestra la distribución de puntajes del nivel de consumo de alcohol, reportado en una escala de 1 a 39 en el Cuestionario de Consumo de Alcohol, en función de la calificación ordinal de felicidad obtenida en el inventario EHI. Esta gráfica emplea diagramas que corresponde diagramas de caja para representar a los tres grupos en la parte izquierda, donde el cinturón de caja indica la mediana o cuartil 2 y los bordes inferiores y superiores representan los cuartiles 1 y 3 respectivamente. En la parte izquierda de la gráfica el programa estadístico JMP ofrece una comparación visual de las medias para los grupos involucrados, analizados mediante la prueba estadística no paramétrica Tukey-Kramer. En esta figura se puede apreciar que los grupos 1 que refiere los menores índices de felicidad autoreferida y el grupo 3 con los mayores índices de felicidad autoreferida difieren significativamente del segundo grupo con niveles moderados de felicidad autoreferida. En otras palabras los grupos que refieren menores y mayores niveles de felicidad autoreferida son los que consumen mayores cantidades del alcohol.

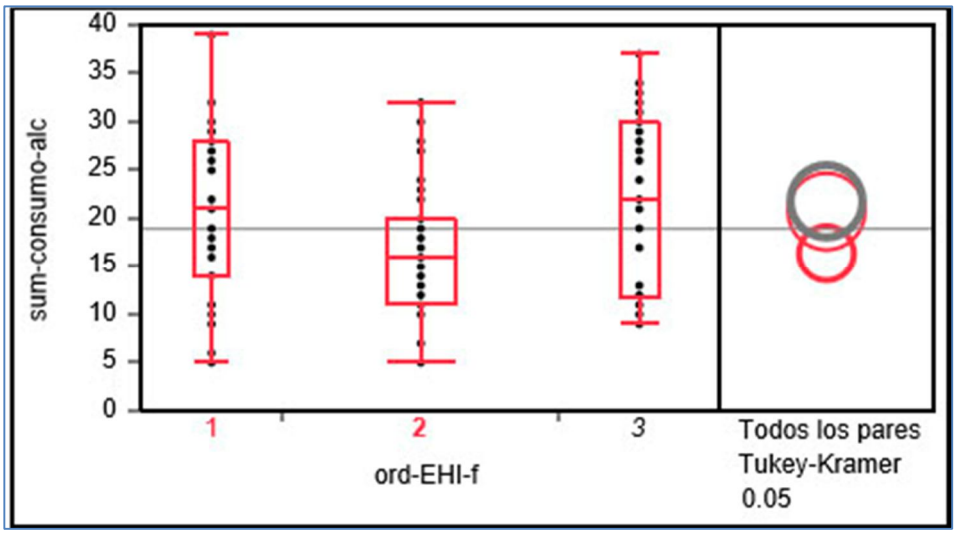


Fig.38. Distribución de calificación total en el cuestionario de consumo de alcohol por nivel ordinal de calificación de felicidad EHI en todos los dominios.

8. DISCUSIÓN

Teniendo en consideración los objetivos del presente estudio, podemos exponer que se cumplió la comprobación de hipótesis que pueden contribuir al corpus teórico de los estudios realizados sobre las variables involucradas, especialmente en el dominio de Bienestar (especialmente con la espiritualidad), ya que fue de las variables psicológicas que dio más relaciones estadísticamente significativas.

Con base en los datos arrojados en la Encuestas Nacional de Salud (Secretaria de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública, 2006) indican que el 17.7% de los adolescentes en México en un rango de edad de 10 a las 19 años han consumido alcohol alguna vez en su vida, lo cual corresponde a los datos obtenidos en el presente estudio, ya que la edad de debut en el consumo de alcohol, en el sujeto que refirió una menor edad en dicho debut fue de 12 años. Por otra parte, datos estadísticos obtenidos en el Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas (Secretaria de Salud & Comisión Nacional contra las Adicciones, 2011), indican que el consumo de alcohol a nivel nacional y en el caso del Estado de Oaxaca es mayor en hombres, datos que se confirman en nuestra muestra ya que el 55% de los hombres refieren consumir alcohol en la actualidad, sin embargo el total de consumo de alcohol no está vinculado con el sexo; así también, el porcentaje de hombres y mujeres que consumen alcohol solo guarda una diferencia significativa.

En el estudio realizado por Campa y López (2012) se considera que el consumo de alcohol en la licenciatura de Médico Cirujano es catalogado como “consumo de bajo riesgo” en comparación con el consumo de otras licenciaturas de la FES-Iztacala; lo cual también se confirma en la mayoría de la muestra ya que confirman el consumo de alcohol en la actualidad, pero sólo en 3 casos de la muestra se presentan indicadores de consumo riesgoso de alcohol, dichos datos no son abordados dentro de los resultados, ya que no arrojaron relaciones estadísticamente significativas con las otras variables e indicadores de salud considerados en el estudio; otro dato que no es abordado a profundidad pero que si es considerado en el Cuestionario de consumo de alcohol, es el de problemas relacionados con el consumo de Alcohol, de los cuales el 89% de la muestra refiere que por lo menos uno de

sus familiares (principalmente el papá) ha tenido problemas por su consumo de alcohol, lo cual podría respaldar parcialmente la premisa que nos da la literatura, sobre el consumo de alcohol, está asociado a prácticas parentales y la permisividad hacia el consumo en el seno familiar (Campa & López, 2012), sin embargo el estudio de dichas relaciones excedia los objetivos planteados para el presente estudio.

Cabe mencionar que el análisis de la relación entre el consumo de alcohol y variables sociodemográficas como el estándar de vida fueron descartados en la exposición, ya que contrario a lo que sostienen autores como Tirado, Aguaded y Marín (2009) dichas variables pueden estar asociadas al consumo de alcohol, dicha premisa no se presentó en los resultados de nuestra muestra. A este respecto Steger, Frazier, Oishi, y Kaler,(2006) indican que una de las funciones cotidianas de la psicilogía y principalmente de la teraía ha sido la promoción de la mejora en el estado de ánimo de los pacientes con el objetivo de reducir el estrés, la depresión y la ansiedad, premisa que se confirma en las hipótesis de investigación y con los resultados de la misma, ya que se reporta una relación estadísticamente significativa entre los puntajes de la escala Beck de Ansiedad y menores puntajes en la escala EHI de bienestar.

Con el análisis con pruebas no paramétricas t Student y Tukey Kramer, se logró la comprobación de algunas de las hipótesis e hipótesis nulas de investigación, a continuación se describen los hallazgos de investigación. Cabe mencionar que dichas pruebas estadísticas nos indican una asociación entre variables y no necesariamente establecen una relación causa – efecto entre ellas. Continuando con las hipótesis planteadas, se comprobaron 6 de ellas. En primera instancia se comprobó una relación significativa entre un mayor consumo de alcohol y menores indicadores de salud; ya que el mayor consumo de alcohol se vinculó con un mayor índice de masa corporal en mujeres (sobrepeso y obesidad) lo cual va de la mano con las consideraciones de Cid (2005), quien expone que el consumo de alcohol está relacionado con algunas consecuencias físicas tales como el hígado graso (característico en personas con obesidad), y la menor metabolización de azúcares en el organismo, así como el déficit de producción de proteínas esenciales para el organismo. En este tenor, los hombres de la muestra que reportaron estar en normopeso, refieren un índice mayor de

felicidad y bienestar entre los sujetos de la muestra, lo cual se vincula con otra hipótesis más, es decir, entre mayor bienestar, mayores indicadores de salud.

Una de las relaciones significativas más relevantes en el presente estudio es la relación que guarda el consumo de alcohol y el bienestar subjetivo; en este sentido se comprobó una hipótesis y una hipótesis nula, las cuales indicaban la relación entre a mayor consumo de alcohol hay menores indicadores de bienestar subjetivo y a mayor consumo de alcohol hay mayores indicadores de bienestar subjetivo. La literatura previamente revisada, indica que se pueden dar dichas relaciones, la primera de ellas vinculada a los sentimientos de culpa, vergüenza, pena y problemas que conllevan el consumo de alcohol y la segunda con la experimentación de nuevas emociones, aumentos de habilidades de socialización, la presión, aceptación y reconocimiento que se presenta en grupos hacia los integrantes que consumen alcohol, así como componentes cognitivos que generan tolerancia y permisividad hacia el consumo de alcohol (Cid, 2005, .Campa & López, 2012, Tirado, Aguadad & Marín, 2009 y Albarracín & Muñoz, 2009).

9. CONCLUSIONES

Las relaciones estadísticas entre el consumo de alcohol y la ansiedad (general y escolar) en la muestra no arrojaron datos estadísticos relevantes, sin embargo, partiendo de la captura de datos y se pudo detectar casos particulares en los que probablemente esa relación entre variables si sea significativa. Por lo que valdría la pena continuar con los trabajos en estas líneas de investigación en la identificación de casos y diseños N=1. Ahora bien y de acuerdo con las conclusiones de Torres, *et al.*, (2009) en muchas ocasiones la aplicación únicamente de instrumentos de auto-reporte y la presión por definir y cuantificar un fenómenos conlleva el sacrificio de la comprensión detallada del mismo, en aras de producir métodos de intervención en el menor tiempo posibles.

Dichos autores también concluyen que la difícil conceptualización de la ansiedad y el hecho de no obtener relaciones estadísticamente significativas con el rendimiento escolar y en el caso de este estudio, con el consumo de alcohol, no debe minar la legítima curiosidad de investigar la relación que guardan estas variables. Con relación a la preocupación de estudiar la posible influencia que tiene la ansiedad y el consumo de alcohol, como factores de riesgo para la deserción y fracaso escolar, así como para el déficit en el rendimiento escolar de los universitarios, no debe detenerse, ya que el manejo de la ansiedad se ha posicionado como un componente importante en el diseño e implementación de programas de prevención a nivel nacional en Estados Unidos (2007), programas en los cuales se provee de habilidades de auto-administración emocional , participación, escucha empática, intentos y refuerzos de nuevas experiencias académicas y la detección y cambio de dialogo interno negativo por positivo; así como el desarrollo de estilos de comportamiento positivo, administración de energía, nutrición, descanso y ejercicio (indicadores de salud), como un método eficaz para la mejora de calidad de vida universitaria. Dentro de la Universidad Regional del Sureste, durante el período de tiempo que abarco el primer contacto con la institución y la culminación de levantamiento de información de esta primera etapa del proyecto general, se detectó la implementación de actividades deportivas universitarias en la Facultad de Medicina y Cirugía.

Una reflexión derivada de la presente investigación, versa en el sentido de los niveles poco significativos de ansiedad escolar entre los integrantes de la muestra, lo cual probablemente valla de la mano con el *compromiso escolar* **y** la creencia de que los estudios están vinculados con una mejor calidad de vida. En este sentido la mayor parte de la muestra a través de la ficha de identificación elaborada ex profeso para el estudio, refieren una posición económica de media a alta, por lo cual, podemos suponer que cuentan con recursos económicos que les permiten tener una vida parcialmente libre de preocupaciones económicas; en este sentido el estudio de Vera *et al.,* (2011) en el cual se pretendió comparar el bienestar con relación a los estudios en jóvenes de México y Brasil, arrojó que los estudiantes de ambos países de origen indígena y de condiciones económicas desfavorables, son los que refieren mayores índices de compromiso escolar y bienestar relacionado con los estudios, ya que los consideran como un medio para poder acceder a mejores condiciones de vida, lo concuerda con los postulados compilados por Salomon (1980) y la visión de la educación y especialmente la educación universitaria como una facilitador de la movilidad social ascendente.

Con lo anterior se pretende pormenorizar el *compromiso escolar* que tienen los estudiantes integrantes de la muestra y los que cursan sus estudios en instituciones privadas, ya que en las mismas se han formado personas con una brillante trayectoria académica, únicamente se hace referencia a tal situación, ya que la ansiedad escolar, tiene como uno de sus componentes el que el estudiante tenga preocupaciones (y en algunos casos ocupaciones) que impidan que todos sus recursos (cognitivos y conductuales) se dirijan en su mayoría a los estudios. Así también, con estos supuestos, se respalda la trascendencia que tiene la Universidad como factor de cambio social, ya que provee a los estudiantes de herramientas para su mejor adaptación a la sociedad.

En este tenor, programas dirigidos a la prevención del consumo de alcohol entre la comunidad universitaria, consideran dichos aspectos, a través de la oferta de actividades culturales y deportivas para los tiempos de ocio de los estudiantes, encaminados al máximo desarrollo personal de los universitarios, así también se sugiere que para los universitarios identificados con consumo habitual de alcohol se diseñen estrategias como la aplicada en la Universidad de Huelva, que con base en la formación de mediadores universitarios busca

crear un ambiente seguro y de respaldo social, teniendo como premisa la fuerza que tiene la creencia de la presión de grupo en el consumo de alcohol (Tirado *et al.*, 2009).

Se sugiere que el desarrollo de investigación y diseño de intervenciones empleando procedimientos que consideren medidas de auto-reporte, indicadores de salud y también indicadores institucionales de rendimiento escolar, pueden ser aplicados de manera masiva, como una metodología que permita la detección de casos de ansiedad, ansiedad escolar y consumo de alcohol y se pueda intervenir en ellos de manera oportuna, para mejorar la calidad de vida de los estudiantes, así como mejorar su paso por la universidad, y se ser posible lograr historias de éxito escolar y salud.

Para concluir con el presente escrito, una de las principales conclusiones y en lo personal de las más necesarias, esta, el compromiso que tenemos como psicólogos en volver nuestro interés hacía el estudio y comprensión de la felicidad, del bienestar, de todas las características humanas que impulsan el comportamiento, con la finalidad de promover y lograr el crecimiento personal de los clientes y/o pacientes. A raíz de 40 años de investigación en el rubro de bienestar y satisfacción con la vida, se han logrado importantes hallazgos de la relación entre la salud y el bienestar, sin embargo aún hay retos muy importantes que afrontar. Así también y coincidiendo con Steger, *et al.*, (2006), la depresión, la ansiedad, y un mayor riesgo de consumir y abusar del consumo de sustancias está relacionado con una falta de un sentido y significado de la vida de la persona y por ello, como profesionales del comportamiento tenemos el deber de investigar, promover y desarrollar a nivel individual, grupal y comunitario este sentido de la vida y de realización en las personas, ya que el bienestar está fuertemente vinculado con la felicidad, el goce de nuestro trabajo, estudios, relaciones interpersonales e intrapersonales, así como mejores indicadores de salud física y un funcionamiento psicológico saludable.

10.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abad., B., J. (2004). Permisividad. Didáctica de la filosofía. España. Ministerio de Educación y Ciencia y Solana e Hijos. P. 95.

Campa., D., A. & López-Cano., E., L. (2012). El modelo cognitivo conductual. Características del consumo de alcohol en jóvenes estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. Tesis de Licenciatura en Psicología. México. FES-Iztacala, UNAM. Pp. 34-36.

Cabanyes., T., J., Polaino., L., A. & Pozo., A., A. (2003). Personalidad, ansiedad y rendimiento. Fundamentos de psicología de la personalidad. España. Ediciones RIALP. Pp. 376 – 380. Cap. 15.

Castejón., J., L. & Navas., L. (2009). Ansiedad. Unas bases psicológicas de la educación especial. España. Editorial Club Universitario. Pp. 488.

Cassady, J. C., & Johnson, R. E. (2002). Cognitive Test Anxiety and Academic Performance. Contemporary Educational Psychology, 27, 270–295; available via: http://dx.doi.org/10.1006/ceps.2001.1094

Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W. y Monge, E. 2001. Ansiedad y Estrés Académico en Estudiantes de Medicina Humana del Primer y Sexto Año. En: Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vol. 62, No. 001. Lima Perú. Pp. 25-30. Recuperado en 11 de Septiembre de 2010 de: http://redalyc.uaemex.mx/pdf/379/37962105.pdf

Chance., P. (2001). Procedimientos Pavlovianos. Aprendizaje y conducta. México. Ed. Manual Moderno. Pp. 53 – 57. Cap. 3.

Cid., E. (2005). Consecuencias de la adicción al alcohol. Principios básicos de salud. México. Ed. Limusa, Noriega editores. Pp. 76-77.

Coleman., J., C. & Hendry., L. P. (2003). Salud adolescente. Psicología de la adolescencia. Madrid. Ed. Morata. pp. 130 – 140.

Consuegra., A., N. (2005). Ansiogeno. Diccionario de psicología. México. Ediciones ECOE. Pp. 24.

Córdova., A., A., Rodríguez., K., S. & Díaz., N., D. (2010). Bienestar subjetivo en jóvenes mexicanos usuarios y no usuarios de drogas. México. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. 12 (2).

Coun., D. (2005). Reconocimiento del alcoholismo. Fundamentos de psicología. México. Ed. Thompson. P. 195.

Delle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D., & Wissing, M. (2011). The eudaimonic and hedonic components of happiness: Qualitative and quantitative findings. Social Indicators Research, 100 (2), 158-207.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985) The Satisfaction with Life scale. Journal of Personality Assessment, 49, 71-75.

Feixas., G., & Miro., M. (1993). Aproximación a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona. Ed. Paidos. Cap. 3.

Flores., E., R., Sánchez., F., A., Coronado., H., M. & Amador., C., J. (2001). La formación médica en México y los procesos en búsqueda de garantizar la calidad de los egresados. México, UNAM. Revista de la Facultad de Medicina. 1 (2), pp. 75 -80.

Galván., B., J. (s/f). Tamizaje. Red de comunicación e integración biomédica. México. Faculta de Medicina, UNAM. Pp. 2. Recuperado en 13 de abril de 2013 en: http://www.uacj.mx/ICB/RedCIB/MaterialesDidacticos/Monografas/Pruebas%20de%20Tamiz.pdf

Gilbert., C., J. (1997). La estructura de los grupos sociales. Introducción a la sociología. Chile. Ed. LOM. Pp. 144.

Girrg., R., J. & Zimbardo., P., G. (2005). Trastornos de ansiedad. Psicología y vida. México. Pearson Educación. Pp. 486.

Gómez., M., C. (en prensa). En México 13.4 millones, consumen alcohol de manera riesgosa: especialista. La Jornada, recuperado en 06 de abril de 2013 en: http://www.jornada.unam.mx/2010/01/02/sociedad/037n1soc

Grupo océano. (1999). Diccionario de medicina “Océano Mosby”. España. Ed. Oceano.

Gómez., Q., N. (en prensa). 10 carreras con mayor demanda. El universal. Recuperado el 04 de abril de 2013 de: http://www.eluniversal.com.mx/nacion/200628.html

Gutiérrez., M., J. (2010). Ansiedad y salud. Oblitas (comp.). Psicología de la salud y calidad de vida. México. Ed. CENGAGE Learning. Pp. 165 – 195. Cap. 7.

Hernández – Pozo., M., R., Coronado., A., O., Araujo., C., V. & Cerezo., R., S. (2008). Desempeño académico de universitarios en relación con la ansiedad escolar y la auto-evaluación. Acta colombiana de psicología. Colombia. 11 (1), pp. 13 – 23.

Hernández-Pozo, M. R., Calleja, N., Sánchez, A., Coronado, O., Macías, D. & Cerezo, S. (2009). Validación de una escala de miedos en población mexicana. Revista Acta Colombiana de Psicología, 12, 1, 135-150.

Hernández – Pozo. & Reyes., J., K. (2011). Análisis crítico de los estudios que exploran la auto-eficacia y el bienestar subjetivo vinculados al comportamiento saludable. Journal of beharvior, health & social issues, 3 (2). Pp. 5-24.

Herández-Pozo., M., R. (2013). Manual de captura de datos. Laboratorio de conducta humana compleja. UNAM. FES-Iztacala.

Hernández-Pozo, M. R., Mata-Mendoza, A., Parada-López, A. L., Arteaga-García, M. T., & Melgoza-Alemán, R. M. (2013). Probabilidad de consumo de alcohol en estudiantes universitarios en función de variables sociodemográficas y psicológicas. Manuscrito enviado a publicación.

Hernández., S., R., Fernández., C., C. & Baptista., L., P. (2010). Metodología de la investigación. México. Ed. McGraw-Hill.

INEGI (2005). Educación superior. Estadísticas de educación. Serie Boletín de estadística continuas, demográficas y sociales. México. Parte 3.

INEGI (2010). Conociendo…no todos. Informativo oportuno. Recuperado el 05 de abril de 2013 de: http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/Articulos/sociodemograficas/mexico-jovenes.pdf

INEGI (2012). Bienestar subjetivo. Investigación. Recuperado en 16 de abril de 2013 de: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:mur5gLsCs8IJ:www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/investigacion/experimentales/bienestar/default.aspx+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx

Jaine., E., A., Tarne., C., A., Armoyanes., R., M., Horta., F., E. & Requena., V., E. (2006). Los trastornos de ansiedad. Psicopatología. Barcelona. Ed. UOC. Pp. 110 – 120.

Kerlinger., N., F. & Lee., H., B. (1986). La investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencia sociales. México. McGraw-Hill.

Lara., M., M. (2007). Psicoterapia cognitivo – conductual para la ansiedad en los niños. Manual de psicoterapia cognitivo – conductual para los trastornos de la salud. México. Ed. Libros en Red IEPCCM. Pp. 248 – 250. Cap. 7.

León., R., J., Medina., A., S., Barriga., J., S., Ballesteros., R., A. & Herrera., S., I. (2004). Fundamentos de psicología de la salud: principios del modelo biomédico. Psicología de la salud y de la calidad de vida. Barcelona. Ed. UOC. Pp. 16. Cap. 1.

Medina., M., C., Borges., G., Lara., M., C., Benjer., C., Blanco., J., Fleiz., B., C., Villatoro., V., J., Rojas., G., E., Zambrano., R., J., Casanova., R., L. & Aguilar., G., S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. México. Salud mental. 26 (4).

Méndez., G., R. (s/f). Las actividades en el marco contextual de las normas que la Universidad establece para sus estudiantes. Las actitudes de los estudiantes hacia la Universidad como indicador de calidad. España. Universidad de Santiago de Compostela. Cap. 5.

Méndez., R., I., Namhira., G., D., Moreno., A., L., Sosa., M., C. (1990). Diferentes tipos de estudio. El protocolo de investigación: lineamientos para su elaboración y análisis. México. Ed. Trillas. Pp. 11-12. Cap. 1.

Mialaret., G. (2006). Los aspectos psicológicos de la institución educativa. Psicología de la educación. España. Ed. Siglo XXI. Pp. 21 – 18.

Miras., M., M. & Onrubia., G., J. (2002). Ansiedad y expectativas de control. Factores psicológicos implicados en el aprendizaje escolar. Barcelona. Ed. UOC. Pp. 22.

Montero, I. y León, O. G. 2007. A guide for naming research studies in Psychology. En: International Journal of Clinical and Health Psychology. 7. pp. 847-862

Morris., C., G. & Maisto., A., A. (2005). Psicología positiva. Introducción a la psicología. México, Ed. Pearson Educación. pp. 20.

Myers., D., G. (2005). Hacía una psicología más positiva. Psicología. Madrid. Ed. Médica Panamericana. Pp. 15.

Nathan., E. (1982). Alcoholismo. Leitenberg., H. (comp.). Modificación y terapia de conducta. Tomo I. Madrid. Ed. Morata. p. 24. Cap. 1.

Nuñez., P., J. & González., P., J. (1994). Autoconcepto y estrategias de aprendizaje. Determinantes del medio académico. España. Universidad de Oviedo. Pp. 295. Cap. 12.

Organización Mundial de la Salud. El consumo nocivo del alcohol. Nota descriptiva. No. 349. Recuperado en 06 de abril de 2013 de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/

Oxford University Prees. (1998). Alelo (alelomorfo). Diccionarios Oxford – Complutense. Madrid. Ed. Complutense. Pp. 20.

Pacheco., L., L. & Lima., V., N. (2009). La incorporación de los estudiantes a la investigación científica en la sociedad del conocimiento. Carpio., C.(comp.). Investigación, formación y prácticas psicológicas. México. UNAM, FES-Iztacala. Pp. 81 – 90. Cap. 5.

Phares., J. (1999). Modelos de entrenamiento en psicología clínica. Psicología clínica, conceptos, métodos y práctica. México. Ed. Manual Moderno. Cap. 13.

Prada., E., C. (2005). Psicología positiva y emociones positivas. Recuperado en 16 de abril de 2013 de: http://www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf

Real Academia de la Lengua Española (2010). Consuetudinario. Recuperado en 06 de abril de 2013 de: http://lema.rae.es/drae/?val=consuetudinario

Restrepo., M., L., Agudelo., M., A., Giraldo., T., M. & Sánchez., D., L. Context factors associated with alcohol consumption in university students. Revista CESE, Salud Pública, 2 (2), p. 136-147.

Reig., P., E. & Garduño., E., L. (2005). Procesos cognoscitivos asociados a los constructos de calidad de vida y bienestar subjetivo. Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. México. Ed. Plaza Valdes. Pp. 61-72. Cap. 2.

Reynoso., E., L. & Selligson., N., I. (2005). Modelos para la evaluación y la intervención. Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual. México. UNAM- Manual Moderno. Pp. 19-20.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. Revista Mexicana de Psicología, 18(2), 211-218.

Rubio., V., G. & Santo-Domingo., G., J. (2006). Clínica psiquiátrica de alcoholismo. Tratado SET de trastornos adictivos. España. Medica Panamericana. Pp. 168 – 171.

Salomón, M. 1980. Panorama de la Principales Corrientes de Interpretación de la Educación como Fenómeno Social. En: Perfiles Educativos. Núm. 8. Abril –Junio. Pp. 3-24

Sánchez., M., R. (2006). Aplicación de la psicología de la salud en campos específicos. Compilación de bibliografía complementaria elaborado para la unidad III del curso del Campo Aplicado de Psicología de la Salud. México. FES-Iztacala, UNAM, SUAyED. Pp. 1 – 26.

Sarasón., I., G. & Sarasón., B., R. (2006). Terapia cognitivo – conductual. Psicopatología, psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. México. Pearson Educación. Pp. 103-104.

Selligman., M., P. & Csikszentmihalyi., M. (2000). Posivity psychology. An introduction. American Psychologist Association. 55 (1). Pp. 5-14.

Selligman., M., P. (2002). Positive Emotion. Authentic happiness: using the new Positive Psychology to realize your potential for lasting fulfillment. New York, Ed. Free Press. Simon and Schuster. Pp. 3-103. Part. 1.

Sentis., V., A. (2004). Introducción. De esalen a poona: Osho y el camino de la psicología humanista y transpersonal. Chile. Ed. Comunicaciones Noreste. Pp. 10-12.

Secretaria de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). Adolescentes y adultos. ENSANUT: "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. México. Pp. 57-70.

Secretaria de Salud. 2003. Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003. Utilización de Campos Clínicos para Campos Clínicos e Internado de Pregrado. Recurado en 11 de Octubre de 2010 de: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/234ssa103.html

Secretaria de Salud y Comisión Nacional contra las Adicciones (2011). Magnitud actual del consumo del de alcohol en México. Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas. Pp. 13-15

Sociedad Mexicana de Psicología A. C. (2010). Normas de conducta. Código ético del psicólogo. México. Ed. Trillas. Pp. 55-66. Parte 2. Cap. 2 y 3.

Silva., R., A., Moreno., A., O., Téllez., R., M. (2012). Reporte de investigación. Manual digital de titulación. México. UNAM, FES-Iztacala SUAyED.

Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The Meaning of Life Questionnaire: assessing the presence of and search for meaning of life. Journal of Counseling Psychology, 53, 1, 80-93, available via: http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80

Tirado., M., R., Aguaded., G., J. & Marín., G., J. (2009). Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la Universidad de Huelva. España. Salud y drogas. 9 (2), pp. 165-183.

Torres., N., M., Hernández – Pozo., M., R., Castillo., N., P. & Cerezo., R., S. (2009). Relación entre promedio escolar y tres indicadores de ansiedad en estudiantes de medicina. Univ. Psychil. Colombia, 8 (1), pp. 61 – 86.

Turner., R., M. (1993). Técnicas basadas principalmente en el condicionamiento clásico: desensibilización sistemática. Caballo., V., E. (comp). Manual de técnicas de terapia y modificación dc conducta. México. Ed. Siglo XXI. Pp. 183 – 185.

URSE (s/f). Perfil del egresado. Recuperado en 06 de abril de 2013 en: http://www.urse.edu.mx/index.php?op=ofertalic&alt=940

Velásquez., P., E. (2004). Alcoholismo. Vélez., A., A., Rojas., M., W., Borrero., R., J., Restrepo., M., J. Fundamentos de medicina psiquiátrica. Bogotá. Ed. Fondo Editorial CIB. P. 85. Cap. 8.

Vera., N., J., Yañez., Q., A., Grubits., S. & Batista., A., F. (2011). Associated variables with subjective well-being in university studentes in Mexico and Brazil. Revista Psicología e Saúde. 3 (2), pp. 13-22.

Warren., H., C. (1998). Diccionario de psicología. México. Ed. Fondo de Cultura Económica.

Weinberg., R. & Gould., D. (2010). Zona individual de funcionamiento óptimo. Fundamentos de psicología del deporte y ejercicio físico. México. Medica Panamericana. Pp. 88 -89.

Weiten., W. La revuelta humanista. Psicología: temas y variaciones. México. Ed. CENGAGE Learning. P.10.

Woolfolk., A. (2006). Ansiedad en el salón de clases. Psicología educativa. México. Ed. Pearson Educacion. Pp. 365 – 366.

Zabalza., M., A. (2004). Los estudiantes como miembros de la comunidad universitaria. Enseñanza universitaria: el escenario y sus protagonistas. Madrid. Ed. Narcea. Pp. 182 – 190. Cap. 5.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de aceptación de Beca PAPIIT UNAM

Dirección General de Asuntos del Personal Académico

PROGRAMA DE APOYO A PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA PAPIIT

Carta de Aceptación de Beca

Beca: Nueva	Número de meses: 4

Etapa: 22

Clave del proyecto: IN306209

Título del proyecto: Diagnóstico Stroop de tendencias de ansiedad y evaluación del efecto de un curso en línea de modificación de conducta a estudiantes de Medicina y Enfermería y personal hospitalario detectados en riesgo

Responsable: MARIA DEL ROCIO HERNANDEZ POZO	Corresponsable: PILAR CASTILLO NAVA

Entidad académica del responsable: F.E.S. Iztacala

Las becas del PAPIIT se conceden a los alumnos que, formalmente inscritos en licenciatura o en algún programa de posgrado de la UNAM, no pueden, por razones de carácter extra académico, ingresar a los programas de becas nacionales o a los de la UNAM. Se otorgan para concluir estudios de licenciatura por cualquiera de las opciones de titulación que requieren de tutor, para concluir estudios de posgrado y para la elaboración o conclusión de tesis. Se otorgan por un plazo máximo de un año por nivel de estudios y están sujetas a los requisitos académicos.

Nombre completo ANA LAURA PARADA LOPEZ

RFC PALA880818 CURP Género Femenino

Número de cuenta 408104063 Entidad académica de adscripción F.E.S. Iztacala

Nivel máximo de estudios terminados Bachillerato

Tipo de beca Licenciatura / Conclusión de estudios

Anexo 2. Constancia de participación en investigación, expedida por la Dra. María del Rocío Hernández-Pozo.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

IZTACALA

Cuernavaca, Mor. a 4 de Marzo del 2012

A QUIEN CORRESPONDA

Por este medio hago constar que la alumna **Ana Laura Parada López**, que cursa la carrera de Psicología en la modalidad SUAED, en FES Iztacala UNAM, participó bajo mi supervisión durante cuatro meses como ayudante de investigación en el proyecto titulado: "Tendencias emocionales, comportamiento de riesgo para la salud y desempeño académico en estudiantes" del cual soy responsable, y además sigue colaborando en calidad de ayudante en un proyecto conductual multi-sede bajo mi supervisión.

Extiendo la presente constancia para los fines que se consideren apropiados.

Atentamente

"Por mi raza hablará el espíritu"

Dra. María del Rocío Hernández Pozo
Profesora Titular "C" t.c. definitiva
Jefe de la Línea de Conducta Humana Compleja
Proyecto de Investigación Aprendizaje Humano
División de Investigación y Posgrado
F.ES. Iztacala, UNAM
Tel. 01-777-3179988
Correo: herpoz@unam.mx

Anexo 3. Oficio de aceptación de protocolo de investigación en Universidad Regional del Sureste A.C.

ormación, en la Libertad, para Servir"

Universidad Regional del Sureste

Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios, otorgado por el Gobierno del Estado en acuerdo No. 13, publicado en el Periódico Oficial de fecha 15 de Mayo de 1978.
Acreditada ante FIMPES

"Facultad acreditada ante el COMAEM"
"Facultad acreditada ante el COMAEM"

FACULTAD
DE MEDICINA Y CIRUGÍA

OFICIO NUM. FMC/1019/2012.
Oaxaca de Juárez, Oax. a 4 de octubre de 2012

Dra. María del Rocío Hernández Pozo
Jefe de Laboratorio de Conducta Humana Compleja
FES Iztacala, UNAM

En relación a su oficio LCHC-22/12 de fecha 24 de septiembre del 2012, informo a usted que en la Facultad de Medicina y Cirugía de nuestra Universidad Regional del Sureste, estamos interesados en participar en su proyecto interinstitucional de investigación: **"Diagnóstico de tendencias y comportamiento y su relación con indicadores de salud"** dirigido a estudiantes y profesores, por lo que solicitamos nos envíen los protocolos y características de la obtención de datos, así como las fechas propuestas.

También proponemos a su consideración se analice la posibilidad de un convenio de colaboración para futuros eventos académicos y de investigación con su Institución.

Reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"FORMACION, EN LA LIBERTAD, PARA SERVIR"

DR. GONZALO HERAS BAROJA
DIRECTOR

C.c.p. Rectoría
Dirección General de Asuntos Académicos.
Expediente de la F.M.C.
GHR/rmr.

"35 años comprometida con la educación.
Universidad orgullosamente oaxaqueña"

35 ANIVERSARIO
URSE
1977-2012

Anexo. 4. Carta de consentimiento informado.

Universidad Nacional Autónoma de México

Universidad Regional del Sureste

"Diagnóstico de tendencias de comportamiento e indicadores de salud"

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:_____

Otorgo mi consentimiento para participar en el presente proyecto de investigación, que es aplicado por la Psic. Ana Laura Parada López y colaboradores, bajo la supervisión del Dr. Gonzalo Heras Baroja y la Dra. María del Rocío Hernández-Pozo. Los pormenores del estudio fueron explicados por los aplicadores de la investigación y entiendo que:

1. Toda la información que proporciones es confidencial.
2. Se aplicarán pruebas psicológicas computarizadas y cuestionarios; así como recoger información adicional, como fotografías y medidas antropométricas (estos datos serán resguardados por los aplicadores y sólo tendrán acceso a ellos los supervisores de la investigación).
3. Todo el proceso de investigación está apegado al Código de Ética del Psicólogo.
4. Estoy en la libertad de solicitar la información que considere necesaria sobre la investigación, así como de la seguridad de mis datos personales.
5. Estoy en libertas de abandonar el proyecto, sin temer represalias o amonestaciones en mi contra.

Confirmo y entendí todos los puntos anteriormente expuesto, comprometiéndome a seguir las indicaciones que se me den, así como estar al pendiente de la firma del

comprobante de asistencia que se me ha facilitado para poder justificar faltas a clases o retardo de asistencia en las mismas.

Firma del participante	**Firma del responsable local** **C. Ana Laura Parada López**

Anexo 5. Ficha de identificación

Pregunta		Respuesta
1.	Escolaridad: a. Primaria b. Secundaria c. Bachillerato d. Licenciatura	
2.	Estado civil: a. Soltero b. Casado c. Unión libre d. Separado e. Divorciado f. Viudo	
3.	Estándar de vida: a. Bajo b. Medio c. Alto	
4.	Sexo: a. Hombre b. Mujer	
5.	¿Bebe alcohol (si=1, no=0)?	
6.	Número de copas que llegas a tomar	
7.	Años de educación formal	
8.	¿Prácticas algún deporte (si=1, no=0)?	
9.	¿Desde hace cuántos meses haces deporte?	
10.	Número de horas a la semana que hace usted ejercicio en promedio:	
11.	Su actividad física es: 1=ninguna	

	2=irregular 3=moderada (2hrs/sem) 4=intensa (20min/dia 5 veces/sem)	
12.	Edad	
13.	¿Padecimiento crónico (si=1, no=0).?	
14.	Pertenece a algún grupo (no escolar, ni de trabajo) al que dedique usted tiempo de manera regular, o visite al menos una vez al mes? (si=1, no=0).	
15.	¿Fuma? (si=1, no=0)	
16.	Números de cigarros que fuma.	
17.	Número de hijos	
18.	Número de hermanos que tiene (sin ud.)	
19.	Orden de nacimiento (que número de hermano es usted)	
20.	¿Tiene pareja) (si=1, no=0)	
21.	¿Tiene algún pasatiempo? (si=1, no=0)	
22.	Número de personas que viven con usted.	
23.	¿Práctica alguna religión? (si=1, no=0)	
24.	¿En qué grado se dedica a su religión? (escala 0-5 donde 0=nada, 5=mucho).	
25.	¿Tiene algún trabajo asalariado? (si=1, no=0)	
26.	Número de horas que ve TV a la semana en promedio	
27.	¿Con quién vive? **1**=solo, **2**=con mis padres, **3**= con mi mamá, **4**=con mi papá, **5**= con mi esposo, **6**= con mi esposo e hijos, **7**= con mi(s) hijo(s), **8**= con otros familiares, **9**= con una combinación de los anteriores, **10**= con amigos, **11**= con uno o más empleados, **12**= con personas con las que comparto los gastos	
28.	¿Cuál padecimiento crónico?	
29.	¿Cuál deporte? (nombre del deporte que más practica)	
30.	Fecha nacimiento (dd/mm/aa)	
31.	Hora de nacimiento (si la sabe) (am) (pm)	

32.	¿Cuál o cuáles son sus pasatiempos?	
33.	¿Cuál es su religión? (escriba el nombre)	
34.	En qué trabaja? (escriba el nombre de su ocupación asalariada)	

Anexo 6. Escala de ansiedad escolar – ECA

Pregunta		Selecciona una respuesta			
		No es típico de mi	Solo un poco	Es típico de mi	Muy típico de mi
1.	Me quedo despierto al preocuparme sobre mis exámenes				
2.	Cuando tengo un examen importante, me pongo a considerar si a los otros estudiantes les está yendo mejor que a mí.				
3.	Tengo menos dificultad que el promedio de estudiantes para entender las instrucciones para resolver un examen				
4.	Tiendo a paralizarme ante cosas como pruebas de inteligencia y exámenes finales				
5.	Soy menos nervioso ante las pruebas que el promedio de los estudiantes				
6.	Mientras estoy resolviendo una prueba, me pongo a pensar sobre las consecuencias que puede traer el reprobarla				
7.	Al inicio de un examen, estoy tan nervioso que con frecuencia no puedo pensar bien				
8.	La posibilidad de tener un examen en una de mis clases no me preocupa				
9.	Estoy más calmado en situaciones de prueba que el promedio de los estudiantes				
10.	Tengo menos dificultades en aprender capítulos de los libros de texto asignados que el promedio de estudiantes				
11.	Mi mente se queda en blanco cuando me presionan por dar una respuesta en un examen				

12.	Durante una prueba, con frecuencia me pasa por la mente que yo no soy muy listo				
13.	Me va muy bien en pruebas de rapidez en las que hay un límite de tiempo para contestar un examen				
14.	Durante un examen de la clase, me pongo tan nervioso que se me olvidan cosas que realmente si sé				
15.	Después de tener un examen, siento que me pudo haber ido mejor de lo que realmente me fue				
16.	Me preocupo más de lo que debería, con respecto a salir bien en los exámenes				
17.	Antes de un examen, me siento confiado y relajado				
18.	Durante un examen, me siento confiado y relajado				
19.	Cuando estoy en una prueba, siento que no me está yendo bien				
20.	Cuando voy a tomar un examen difícil, me siento vencido antes de empezar				
21.	Al encontrarme con preguntas inesperadas en una prueba, me hace sentir desafiado más que en pánico				
22.	Soy un mal contestador de exámenes, en el sentido de que mi ejecución en ellos no muestra lo que realmente se sobre un tema				
23.	No me va bien cuando contesto exámenes				
24.	Cuando me dan un ejemplar de un examen, me toma un tiempo calmarme lo suficiente para empezar a pensar con claridad				

25.	Me siento bajo mucha presión para obtener buenas calificaciones en las pruebas				
26.	Mi actuación no es buena cuando me hacen una prueba				
27.	Cuando me hacen una prueba, mi nerviosismo hace que cometa errores producto del descuido				

Anexo 7. Escala de significado de la vida –

Pregunta		Selecciona una respuesta						
		Absolutamente falso	Bastante falso	Algo falso	Ni falso ni verdadero	Algo verdadero	Bastante verdadero	Absolutamente verdadero
1.	Yo entiendo el significado de mi vida.							
2.	Estoy buscando algo que le dé un significado a mi vida.							
3.	Siempre estoy listo para hallar el propósito de mi vida.							
4.	Mi vida tiene una meta clara.							
5.	He identificado las cosas que le dan significado a mi vida.							
6.	He descubierto un propósito de vida satisfactorio.							
7.	Siempre estoy buscando algo que haga mi vida sea relevante							
8.	Estoy buscando una misión para mi vida.							
9.	Mi vida carece de un propósito claro.							
10.	Estoy en busca del sentido de mi vida.							

Anexo 8. Escala de bienestar

Pregunta		Escribe tu respuesta
1.	Indique su grado de acuerdo en cada caso marcando el número correspondiente en la escala (1 – fuerte desacuerdo; 7 - fuerte acuerdo): **En la mayoría de los casos mi vida está cerca de mi ideal**	
2.	Indique su grado de acuerdo en cada caso marcando el número correspondiente en la escala (1 – fuerte desacuerdo; 7 - fuerte acuerdo): **Las condiciones de mi vida son excelentes**	
3.	Indique su grado de acuerdo en cada caso marcando el número correspondiente en la escala (1 – fuerte desacuerdo; 7 - fuerte acuerdo): **Estoy satisfecho con mi vida**	
4.	Indique su grado de acuerdo en cada caso marcando el número correspondiente en la escala (1 – fuerte desacuerdo; 7 - fuerte acuerdo): **Hasta ahora yo he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida**	
5.	Indique su grado de acuerdo en cada caso marcando el número correspondiente en la escala (1 – fuerte desacuerdo; 7 - fuerte acuerdo): **Si pudiera vivir mi vida otra vez, casi no cambiaría nada**	

Anexo 9. Inventario de Bienestar EHI

Pregunta		Escribe tu respuesta
1.	¿Qué significa la palabra felicidad para usted? Tómese su tiempo y proporcione su definición	
2.	Por favor enliste las 3 metas futuras más importantes para usted:	
3.	Por favor especifique por qué son importantes:	
4.	Por favor haga una lista de las 3 cosas que usted considera que tienen mayor significado en su vida actual	
5.	Para cada una ellas, por favor especifique por qué son significativas (trate de ser lo más específico posible):	
6.	Por favor acuérdese de situaciones felices que le hayan ocurrido durante los últimos 6 meses. Describa las 3 situaciones en las que sintió felicidad con mayor intensidad.	

Por favor califique su nivel de **felicidad** en cada una de las siguientes áreas, marcando el número correspondiente en la escala: 1 = extremadamente bajo; 7 = extremadamente alto. Si una área específico no aplica para usted, marque el número: 8= no aplica.		
7.	Trabajo	
8.	Familia	
9.	Estándar de vida	
10.	Relaciones interpersonales	
11.	Salud	
12.	Crecimiento personal	
13.	Ocio- tiempo libre	
14.	Espiritualidad/ religión	
15.	Asuntos comunitarios	
16.	Asuntos sociales	
17.	La vida en general	
Por favor califique en qué medida las siguientes áreas **son significativas** para usted, marcando los números correspondientes en la escala: 1-no es significativo para nada; 7 –extremadamente significativo.		
18.	Trabajo	
19.	Familia	
20.	Estándar de vida	

21.	Relaciones interpersonales	
22.	Salud	
23.	Crecimiento personal	
24.	Ocio- tiempo libre	
25.	Espiritualidad/ religión	
26.	Asuntos Comunitarios	
27.	Asuntos sociales	
28.	La vida en general	

Anexo 10. Escala de ansiedad de Beck

Pregunta		Selecciona una respuesta			
		Poco o nada	Más o menos	Moderado	Severo
1.	Entumecimiento, hormigueo				
2.	Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3.	Debilitamiento de las piernas				
4.	Dificultad para relajarse				
5.	Miedo a que pase lo peor				
6.	Sensación de mareo				
7.	Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
8.	Inseguridad				
9.	Terror				
10.	Nerviosismo				
11.	Sensación de ahogo				
12.	Manos temblorosas				
13.	Cuerpo tembloroso				
14.	Miedo a perder el control				
15.	Dificultad para respirar				
16.	Miedo a morir				
17.	Asustado				
18.	Indigestión o malestar estomacal				
19.	Debilidad				
20.	Ruborizarse, sonrojamiento				
21.	Sudoración (no debida al calor).				

Anexo 11. Cuestionario de consumo de alcohol

Pregunta		Respuesta
1.	¿Consume alcohol? a. Nunca he bebido alcohol b. No c. Si	
2.	¿Qué edad tenía la primera vez que tomó una copa completa de una bebida alcohólica? (deje en blanco el espacio si no ha ingerido bebidas alcohólicas)	
3.	Frecuencia en que ha tomado 5 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una ocasión: a. No bebo b. No en el último año c. Por lo menos 1 vez en el último año d. 1 vez en el último mes e. 2-3 veces en el último mes f. 1 o más veces en la última semana	
4.	¿Con que frecuencia te has emborrachado? a. No bebo b. No en el último año c. Por lo menos 1 vez en el último año d. 1 vez en el último mes e. 2-3 veces en el último mes f. 1 o más veces en la última semana	
5.	¿Con qué frecuencia tomó EN EL ÚLTIMO AÑO, una o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión (cerveza, brandy, ron, vodka, pulque, etc.) a. No bebo b. No en el último año c. Por lo menos 1 vez en el último año d. 1 vez en el último mes	

	e. 2-3 veces en el último mes f. 1 o más veces en la última semana	
6.	¿Con qué frecuencia en el ÚLTIMO MES tomó una copa completa de bebidas alcohólicas? a. No bebo alcohol b. No en el último mes c. 1 vez en el último mes d. 2 a 3 veces en el último mes e. 1 o más veces en la última semana	
7.	¿Quién de sus familiares ha tenido problemas debido a que esa persona consume bebidas alcohólicas? a. Ninguno de mis familiares. b. Otro pariente cercano (pareja) c. Hermano (a) d. Mamá e. Papá f. Más de un familiar	
8.	¿Ha tenido alguna vez problemas debido a que bebió alcohol (pelear, accidentes, dificultades con tus familiares, problemas legales, etc.)? a. Nunca he bebido alcohol b. No c. Si	

Anexo 12. Listado de miedos

Pregunta		Respuesta
1.	Abandono	
2.	Fracaso	
3.	Hablar en publico	
4.	Ignorancia	
5.	Incapacidad física	
6.	Incapacidad mental	
7.	Infidelidad	
8.	Locura	
9.	Maldad	
10.	Muerte amigos	
11.	Muerte hijos	
12.	Abuso físico	
13.	Muerte pareja	
14.	Muerte propia	
15.	Pobreza	
16.	Ridículo	
17.	Robo	
18.	Soledad	
19.	Traición	
20.	Vejez	
21.	Violencia	
22.	Abuso psicológico	
23.	Accidente	
24.	Apariencia inapropiada	
25.	Desamor	
26.	Desconocido	
27.	Destino	
28.	Enfermedad	

Anexo 13. Comprobante de asistencia

Formato de Asistencia

Investigación 09

"Ansiedad general y escolar en su relación con la salud y el desempeño académico"

Presenta este formato para confirmar tu asistencia y dar informe a la dirección de la escuela y se notifique a tu profesor/a en dado caso hallas faltado a alguna clase.

La responsable de grupo firmara en la casilla correspondiente al haber concluido tus actividades de la sesión.

Nombre:		
Grupo:	**No. Máquina:**	**Grado:**

Lunes 15	Miércoles 17	Viernes 19

¡Gracias por participar!

Formato de Asistencia

Investigación 09

"Ansiedad general y escolar en su relación con la salud y el desempeño académico"

Presenta este formato para confirmar tu asistencia y dar informe a la dirección de la escuela y se notifique a tu profesor/a en dado caso hallas faltado a alguna clase.

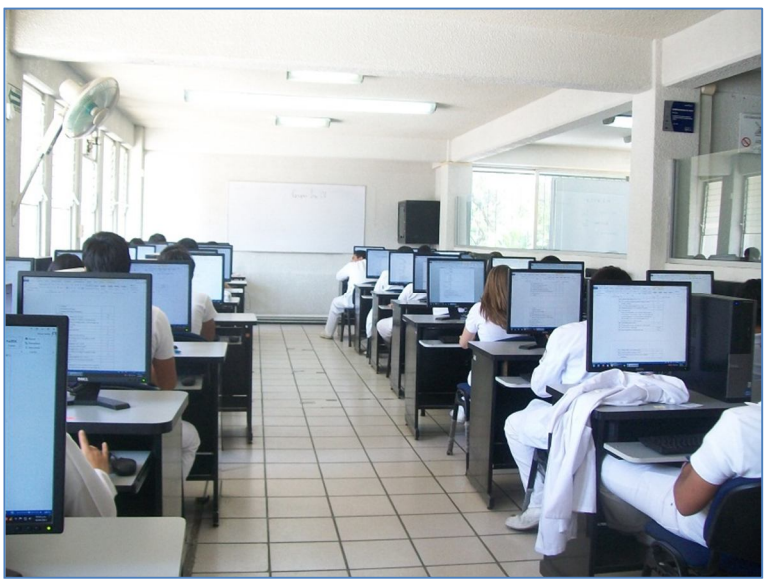
La responsable de grupo firmara en la casilla correspondiente al haber concluido tus actividades de la sesión.

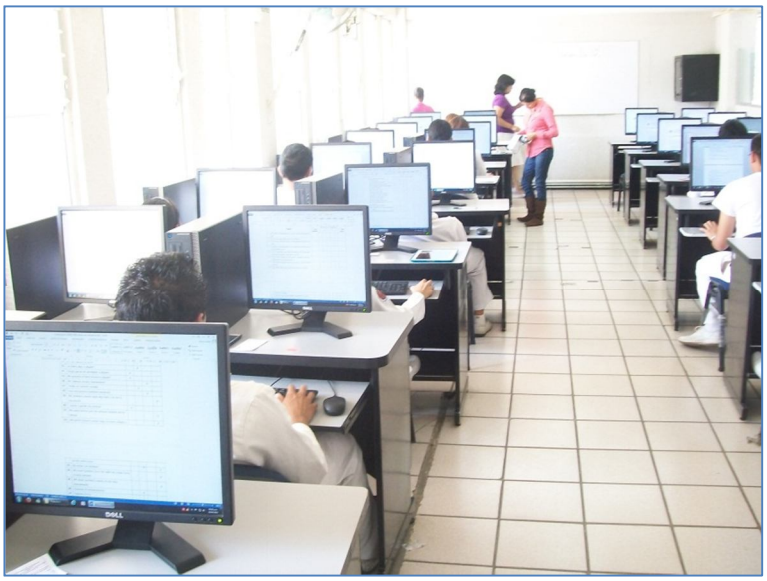
Nombre:		
Grupo:	**No. Máquina:**	**Grado:**

Martes 16	Jueves 18	Lunes 22

¡Gracias por participar!

Anexo 14.





G52 — 6