



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**ASOCIACIÓN ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO,  
DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE  
SINALOA**

**TESIS**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

**MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

(EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)

**PRESENTA:**

ELEAZARA TEJADA RANGEL

**TUTOR PRINCIPAL**

DRA. MARÍA GUADALUPE ROSETE MOHEDANO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

México, Distrito Federal, Enero 2016.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.



**MAESTRÍA EN ENFERMERÍA  
COORDINACIÓN**

**DR. ISIDRO ÁVILA MARTÍNEZ  
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN  
ESCOLAR, UNAM.  
P R E S E N T E:**

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **6 de octubre del 2015**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna **ELEAZARA TEJADA RANGEL** con número de cuenta **514003696**, con la tesis titulada:

**“ASOCIACIÓN ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA .”**

bajo la dirección de la Dra. Guadalupe Rosete Mohedano

Presidente : Doctora Laura Morán Peña  
Vocal : Doctora Guadalupe Rosete Mohedano  
Secretario : Doctor Juan Pineda Olvera  
Suplente : Maestra Reyna Matus Miranda  
Suplente : Maestro Juan Gabriel Rivas Espinosa

Sin otro particular, quedo de usted.

**A T E N T A M E N T E  
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”  
MÉXICO D, F. a 4 de noviembre del 2015**

**DRA. GANDHY PONCE GOMEZ  
COORDINADORA DEL PROGRAMA**



C.c.p. Expediente del interesado

**COORDINACIÓN DEL POSGRADO  
DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

JEG-F6

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A Dios**

Por permitirme cumplir una meta más en mi vida.

### **A la Dra. María Guadalupe Rosete Mohedano**

Por su valiosa dirección y acompañamiento en este proyecto, por su paciencia, experiencia, comprensión, conocimiento y horas invertidas en la tutoría continua y oportuna para la elaboración de esta tesis.

### **Al Dr. Ignacio Osuna Ramírez**

Por su valiosa contribución en la parte estadística de la investigación, su tiempo, experiencia en la investigación cuantitativa y principalmente su paciencia y comprensión durante la construcción de este proyecto.

### **A la Dra. Patricia de Lourdes Retamoza**

Por su valiosa decisión de apoyarme y tomar mi crecimiento profesional como una fortaleza para la academia de la Escuela Superior de Enfermería que atinadamente dirige.

### **A la UNAM**

Por abrir sus puertas para cursar mis estudios de maestría

### **A la UAS**

Por el apoyo a través de la Escuela Superior de Enfermería de Culiacán Sinaloa.

### **Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología**

Por el apoyo económico durante mis estudios de posgrado.

### **A todos mis maestros**

Por su contribución en mi formación profesional, su compromiso con la enseñanza y el aprendizaje significativo para el logro de este proyecto.

## **DEDICATORIAS**

Con todo mi amor para Luis, y mis hijos Luis Alberto y Saúl Iván, a mi Nuera Cinthia mis Nietos Carlos, Luis y Sebastián por su comprensión, espera y tolerancia durante mis estudios, testigos del tiempo invertido, los logros y viajes que impactaron mi desarrollo personal y profesional.

A Ismael y Margarita mis padres por creer siempre en mí y pensar que no hay obstáculos difíciles cuando se tiene ganas de triunfar. Papa estarás en mi corazón, por siempre.

A mis hermanos Socorro, Fermín, Manuel, Marina, Ismael y Mireya porque cada meta alcanzada la logramos juntos aun en la distancia, Siempre juntos.

A mis amigas Hilda y Adilene quienes estuvieron conmigo en esta experiencia educativa y formaron parte de mi vida.

A mis compañeras de generación por compartir conmigo esta experiencia.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
I. MARCO TEÓRICO .....	12
MARCO CONCEPTUAL.....	14
Consumo de alcohol y tabaco .....	14
Ansiedad y depresión.....	15
Alcohol y tabaco en América Latina .....	18
Problemática de salud pública en México .....	21
II PROBLEMA .....	22
III HIPÓTESIS .....	24
IV OBJETIVOS.....	25
V METODOLOGÍA .....	26
Tipo de diseño.....	26
Población y muestra.....	26
Criterios de selección.....	27
Criterios de inclusión.....	27
Criterios de exclusión.....	27
Criterios de eliminación .....	27
Variables de estudio.....	27
Procedimientos .....	29
Recolección de datos.....	29
Instrumentos de medición .....	29
AUDIT (Instrumento de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol)....	29
FAGERSTROM.....	31
CES-D (Center For Epidemiologic Studies, Depression Scale).....	31
HAMILTON .....	33
VI RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	37
A.- Resultados sociodemográficos .....	38
B.- Resultados de las variables principales.....	42
C.- Asociaciones entre variables principales.....	58

D.- Consumo de alcohol (AUDIT) en sus tres dominios asociados a los 4 factores de depresión (CES-D) .....	67
E.- Análisis de regresión logística para estimar razón de momios para ansiedad (HAMILTON) .....	68
VII. DISCUSIÓN .....	69
VIII CONCLUSIONES .....	71
IX LIMITACIONES .....	73
X PERSPECTIVAS .....	74
REFERENCIAS .....	76
XI ANEXOS .....	82
Ítems del AUDIT .....	82
Ítems del FAGESTROM .....	82
Ítems del CES-D .....	83
Ítems del HAMILTON .....	84
Operacionalización de variables .....	86
Instrumento para evaluar consumo de Alcohol, Tabaco, depresión y ansiedad .....	89
Cartas de aceptación .....	99
a).- Prueba piloto .....	99
b).- Carta de aceptación para aplicación del instrumento en Mazatlán, Sinaloa .....	100
c).- Carta de aceptación para aplicación del instrumento en Los Mochis, Sinaloa .....	101
d).- Carta de aceptación para la aplicación del instrumento en Culiacán, Sinaloa .....	102

## RESUMEN

**Introducción.** El abuso de consumo de alcohol y tabaco, representan un problema de salud pública de alto impacto social y económico, los adolescentes replican los patrones de los adultos con quienes conviven regularmente y que a edades cada vez más tempranas han incrementado el consumo de estas sustancias. La depresión y la ansiedad son también un problema de salud pública que afecta las actividades diarias de la población, manifestándose trastornos emocionales como: tristeza, culpa, inutilidad, inseguridad, miedo, preocupación, pensamientos negativos, entre otros; que pueden desencadenar en el consumo de alcohol y tabaco. **Objetivo.** Evaluar la asociación del consumo de alcohol, tabaco, depresión y ansiedad. **Material y métodos.** Se llevó a cabo un estudio epidemiológico en alumnos que cursan la carrera de licenciatura en enfermería en la Universidad Autónoma de Sinaloa. El diseño fue de tipo cuantitativo, observacional, transversal, prospectivo, de tipo correlacional causal. Un instrumento auto aplicado con datos sociodemográficos; consumo de alcohol –instrumento AUDIT-; consumo de tabaco -instrumento FAGESTROM-; depresión -instrumento CES-D- y ansiedad –instrumento HAMILTON. La descripción de los resultados principales y sociodemográficos fueron analizados usando medidas de tendencia central y dispersión, así como pruebas no paramétricas como el estadístico ji-cuadrado de *Pearson*, para probar asociación entre las variables de interés. Finalmente, se estimaron los riesgos (razón de momios, OR) de consumo de alcohol o tabaco considerando la depresión y ansiedad como variables independientes para ello se usó un análisis de regresión logística. El valor  $p < 0.05$  fue considerado estadísticamente significativo. Todos los análisis se realizaron con el software estadístico *Stata Intercooled* versión 13.1. **Resultados.** La muestra quedó constituida por 277 alumnos de tres unidades académicas de enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa. El 41.9% (n=116) fueron alumnos de enfermería Culiacán, el 32.5% (n=90) de enfermería Los Mochis, y el resto de Mazatlán. El 73 % (n=202, IC95%: 67.3 – 78.1) de los participantes correspondió al sexo femenino. El consumo de alcohol estuvo presente en el 55.6% de los participantes, siendo mayor en los hombres. El consumo de tabaco fue referido por el 2.1% de los alumnos. El 26.7% de los alumnos presentaron depresión y las mujeres en un 28.70 % (n=58), en mayor proporción que los hombre 21.30 % (n=16). El 15.2% presentó rasgos de ansiedad. El consumo de

alcohol estuvo asociado con el consumo de tabaco ( $p=0.035$ ) y depresión ( $p=0.012$ ). El nivel de depresión se asoció con el nivel de consumo de tabaco ( $p=0.007$ ) y ansiedad ( $p=0.000$ ). Los alumnos con algún nivel de ansiedad (leve o moderada) tienen más riesgo de padecer efecto deprimido ( $OR=8.8$ ) o somático ( $OR=31.6$ ) en comparación con aquellos que no presentan síntomas de ansiedad,  $p<0.05$ . La asociación entre grado escolar y consumo de alcohol resultó estadísticamente significativo,  $p=0.009$ ; el riesgo de consumo de alcohol es mayor en los alumnos de cuarto grado en comparación con los de primero. **Conclusión.** Los alumnos de enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa presentan rasgos de ansiedad, depresión, consumo de alcohol y tabaco con evidencia significativa de asociación entre la mayoría de ellas. El consumo de alcohol es más frecuente en los alumnos de cuarto grado.

**Palabras claves.** Consumo de alcohol, consumo de tabaco, ansiedad, depresión, alumnos de enfermería,

## INTRODUCCIÓN

El problema de las adicciones representa para la sociedad una problemática de alto impacto económico, los adolescentes replican los patrones de los adultos con quienes conviven regularmente y que a edades cada vez más tempranas han incrementado el consumo de estas sustancias. La Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA-2011), reporta que el 51.4% de la población mexicana consumen alcohol<sup>1</sup>. Respecto al consumo de tabaco esta misma encuesta estima que el 12.3% (1.7 millones) de los adolescentes son fumadores activos; otro dato importante de mencionar es que la edad promedio de inicio del consumo de tabaco en México es de 14.1 años<sup>2</sup>.

Por otra parte, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2011 reporta que la sintomatología depresiva es uno de los cinco principales factores que limitan el desarrollo en los estudiantes, con tasas que pueden estar por arriba del 50%<sup>3</sup>, datos que dan muestra de la magnitud del problema social, en particular, en adolescentes mexicanos.

Es importante señalar que como docente del área comunitaria se ha podido observar en los estudiantes de enfermería Culiacán, síntomas y signos compatibles con depresión y ansiedad, por lo que nace la interrogante ¿los signos psicopatológicos están asociados con el consumo de alcohol y tabaco?

La depresión y la ansiedad son un problema de salud pública que afecta las actividades diarias, estos son trastornos emocionales que se caracterizan por síntomas y signos como la tristeza, culpa, inutilidad, inseguridad, miedo, preocupación, pensamientos negativos entre otros, el 20%. De la población en México ha padecido depresión en algún momento de su infancia o adolescencia<sup>4</sup>.

Más allá de analizar el fenómeno en una sola escuela de enfermería esta investigación se llevó a cabo en tres unidades académicas de enfermería Culiacán, Mazatlán y Los Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa, donde se conoció este problema, así como de la asociación que presentaron estas variables de interés entre sí.

La población estudiantil está inmersa en un proceso de transición y de ajustes a nivel personal e interpersonal, lo cual puede repercutir en su desempeño académico y provocar conductas de riesgo, entre las que destacan: el consumo de alcohol, tabaco y alteraciones mentales como: depresión y ansiedad, que pueden ser prevenibles.

En la actualidad existen programas establecidos por el gobierno a través del CONADIC (comisión nacional contra las adicciones), como el programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, el Programa Contra el Tabaquismo y la atención que ofrece la Secretaría de Salud a través de sus programas y del Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz* para la atención de la ansiedad y la depresión; pero no se logra disminuir la incidencia de consumo de tabaco, alcohol depresión y ansiedad y este fenómeno social sigue en aumento.

Sin embargo, no existen programas que cubran al grupo de estudiantes de enfermería, ni de manera institucional por lo que es importante tratarlos y aprovechar que es un grupo numeroso, cautivo y que será un modelo para la población a quien en algún momento tratará directamente.

Esta investigación presenta resultados que permitirán la posible implantación, elaboración de programas, dirigidos a esta población vulnerable.

Por lo anterior, en este estudio se estimó la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol, ansiedad y depresión, finalmente la intención de este trabajo es procesar los datos para evidenciar si existe una asociación entre estas variables de interés y presentar los hallazgos a los tomadores de decisión en salud para el beneficio de la población.

Se tiene un referente teórico para la producción de nuevas investigaciones, el desarrollo y la implementación de programas dirigidos a la atención de estudiantes, que así lo requiera, pudiendo ser alteraciones de consumo de drogas lícitas como el alcohol y el tabaco o alteraciones como la depresión y la ansiedad, estos programas permitirán brindar a los estudiantes, alternativas de atención y/o tratamiento para el logro de objetivos educativos e insertarse en el ámbito laboral del estado en condiciones de salud mental adecuadas.

Es importante mencionar que durante la revisión de la literatura se pudo constatar que existe poca información en relación al fenómeno social que estamos tratando, enfocado específicamente en estudiantes de enfermería por lo que se tomará como referentes teóricos a estudiantes, adolescentes y universitarios para ampliar la búsqueda.

Como objetivo principal se planteó evaluar la asociación del consumo de alcohol, tabaco, depresión y ansiedad, y tres objetivos específicos: a) estimar la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco, b) estimar la prevalencia de depresión y ansiedad y c) determinar la asociación entre consumo de alcohol, tabaco, depresión y ansiedad en estudiantes de licenciatura en enfermería en tres unidades académicas de la Universidad Autónoma del estado de Sinaloa, México.

## I. MARCO TEÓRICO

Los conceptos principales que se desarrollan en esta investigación son consumo de alcohol, consumo de tabaco, depresión y ansiedad mismos que enmarcan y dirigen este trabajo y permite lograr los objetivos previstos. Por tanto el alcohol constituye un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol ( $C_2H_5OH$ , alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se utiliza también para referirse a las bebidas alcohólicas<sup>5</sup>; mientras que el tabaco contiene nicotina que es un alcaloide y principal sustancia psicoactiva. Es la responsable de la dependencia al tabaco. Tiene tanto efectos estimulantes como relajantes y el principal modo de consumo es en forma de cigarrillos. Es la droga (legal) que acarrea mayores problemas de morbi-mortalidad, entre los principales el cáncer de pulmón, bronquitis, bronquiolitis, neumonía, en mujeres embarazadas consumidoras de tabaco problemas como defectos al nacimiento, prematurez y bajo peso al nacer de sus hijos <sup>6</sup>.

La Asociación Catalana para el tratamiento de la Ansiedad y la Depresión (ACTAD) en Barcelona España afirma que la ansiedad es un proceso natural de activación fisiológica que hace movilizar a los seres humanos y otros animales ante el peligro como lo afirma la OMS. A esta respuesta también se la denomina lucha-huida. Así es como el propósito de la ansiedad es preparar nuestro organismo para protegernos luchando o huyendo del peligro o amenaza. Este sistema defensivo, necesario para la vida, se torna un problema cuando la respuesta es des adaptativa, es decir, si el estímulo no reviste gravedad o no amenaza nuestra vida o integridad psicofísica nos encontramos ante una desadaptación que puede llegar a ser patológica.

El término depresión proviene del latín *depressio* y significa hundimiento. Este término ejemplifica claramente el sentimiento típico de la persona afectada, de estar hundida con un peso importante sobre su ser esto mismo le dificulta la realización de actividades diarias.

El sujeto posee un sentimiento profundo de tristeza y desánimo, como así también una apatía inusual que le impide disfrutar de aquello que antes le producía satisfacción. Además, la depresión suele estar acompañada de fatiga o cansancio que no se corresponde con el nivel de actividad. También son habituales los cambios físicos, la falta de apetito, pérdida del deseo sexual, alteración del sueño, dificultades cognitivas como la pérdida de concentración, de memoria o la dificultad para tomar decisiones. A su vez son habituales los pensamientos derrotistas, la baja autoestima y algunas conductas autodestructivas<sup>7</sup>; cómo podemos observar estas cuatro conceptos que intervienen en la sociedad de manera negativa los analizaremos en su prevalencia y asociación en particular en este grupo cautivo y vulnerable como son los estudiantes de licenciatura de enfermería.

## MARCO CONCEPTUAL

### **Consumo de alcohol y tabaco**

El alcohol es una sustancia extraída de la fermentación de almidones y aunque produce excitación inicial en realidad deprime el sistema nervioso central, produciendo dificultad para hablar, en la coordinación, retardo en los reflejos, alucinaciones y por último alteraciones en el corazón, el hígado, el estómago y el cerebro.

Por otra parte el tabaco que es extraído de las hojas del tabaco produce mareos, vértigo, alteración de las papilas gustativas y enfermedades pulmonares como el enfisema, el cáncer<sup>8</sup>.

Según la OMS cualquier sustancia natural o sintética, que al consumirse pueda alterar la actividad mental y física de las personas, debido a sus efectos sobre el sistema nervioso central, es una droga, también aquellas sustancias de consumo legal como el alcohol y el tabaco son drogas porque generan adicción, es decir existe una necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumir para experimentar la recompensa que produce como sensación de placer, euforia, alivio de tensiones, etc.

Cuando hablamos de alcohol nos referimos normalmente al etanol o alcohol etílico, por ser el constituyente fundamental de las bebidas alcohólicas, este es una droga legal que se “usa” habitualmente en la gran parte de los acontecimientos sociales que se producen en estas culturas. Sin embargo, el uso puede convertirse en abuso o en dependencia, siendo un depresor del sistema nervioso central, retrasa el tiempo de reacción, produce una falta de percepción del riesgo, proporciona una sensación de falsa seguridad, provoca una descoordinación psicomotora, ocasiona alteraciones sensoriales, principalmente de la visión, origina somnolencia, cansancio y fatiga.

### **Tabaco**

El tabaco contiene nicotina la cual es extremadamente adictiva. Actúa como estimulante y sedante del sistema nervioso central. Se absorbe con facilidad el humo del tabaco en

los pulmones. Con el uso regular se acumulan concentraciones de nicotina en el cuerpo durante el día, que persisten durante la noche. Por lo tanto, las personas que fuman cigarrillos a diario están expuestas a los efectos de la nicotina 24 horas al día. La nicotina absorbida al fumar cigarrillos tarda solo segundos en llegar al cerebro y su efecto directo en el cuerpo puede durar hasta 30 minutos. La tensión nerviosa y la ansiedad afecta la tolerancia a la nicotina y la dependencia de ella. La hormona producida por la tensión nerviosa reduce los efectos de la nicotina y, por lo tanto, es necesario consumir mayor cantidad de la sustancia para lograr el mismo efecto esto aumenta la tolerancia a la nicotina y lleva a mayor dependencia de ella; La Agencia de Protección del Medio Ambiente ha determinado que la inhalación del humo ambiental del tabaco causa cáncer de pulmón en los adultos y aumenta el riesgo de infecciones respiratorias en los niños y de muerte infantil súbita<sup>9</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su manual para el uso en la atención primaria, menciona que la ansiedad y la depresión son factores de riesgo asociados al consumo de alcohol<sup>10</sup>. Siendo estos factores parte importante de la presente investigación, así como el consumo de tabaco.

### **Ansiedad y depresión**

La Asociación Catalana para el Tratamiento de la Ansiedad y la Depresión (ACTAD) en Barcelona, España señala que se denomina trastornos de ansiedad a un grupo de afecciones que tienen en común la sintomatología ansiosa física y psicológica. Pero cada trastorno de ansiedad tiene unas características, así también como una génesis particular y un tratamiento adecuado. Por ello es importante determinar qué tipo de trastorno de ansiedad se padece. Los más habituales suelen ser: crisis de ansiedad o ataques de pánico, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada, estrés postraumático, fobias específicas y ansiedad por separación.

La sintomatología de la ansiedad es muy variada, y depende en gran parte de la biología y características psicosociales de los individuos. Si bien el listado de síntomas

es extenso la aparición de tan solo una señal, tanto a nivel físico como psíquico, es con frecuencia causa suficiente de un gran malestar.

Algunos síntomas físicos habituales, aunque no comunes a todos los trastornos, son: taquicardia, sudoración, mareos, temblores, vértigo, náusea, y hormigueo en las extremidades. Desde lo psicológico destaca la sensación de pérdida de control, problemas de atención y memoria, despersonalización, hasta la aparición de falsas creencias, ideas obsesivas y sensación de amenaza de muerte, entre otras. En lo que se refiere a la conducta, el rasgo más característico es el de la evitación de situaciones que podrían generar ansiedad. La hipervigilancia, la rigidez corporal, el sentido del ridículo y la falta de habilidades sociales, suelen ser síntomas de algunos trastornos de ansiedad. También algunos trastornos asociados a la ansiedad como pueden ser el abuso de sustancias, problemas sexuales y trastornos alimentarios, a su vez son fuente de otra lista de síntomas.

Si bien la aparición de la ansiedad suele darse a una edad temprana ansiedad infantil, es habitual tomar conciencia del problema. Por ello es necesario tomar medidas para paliar los síntomas y resolver los problemas que generan los trastornos de ansiedad tan pronto como sea posible, de esta manera las posibilidades de mejora aumentan considerablemente. Es fundamental recibir ayuda de los profesionales de la salud mental para la correcta erradicación del malestar que aqueja todos los ámbitos de la vida del afectado.

La clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10) menciona que la depresión es un trastorno afectivo que varía desde la baja del estado de ánimo característica de la vida cotidiana, hasta el síndrome clínico de gravedad y duración prolongada.

La depresión tiene tratamiento efectivo, pero antes es necesario realizar un buen diagnóstico. Es importante saber si se trata de una depresión mayor, distimia, trastorno bipolar o un proceso de duelo patológico. Vale aclarar que aunque no ocurra en todos los casos, la depresión puede estar asociada a otras psicopatologías, principalmente a

los trastornos de ansiedad, dentro de los síntomas más usuales de la depresión están los siguientes:

- Sentimientos de tristeza, ansiedad y sensación de vacío persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía; fatiga, agotamiento.
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertar temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

La clasificación internacional de enfermedades, publicada y actualizada periódicamente por la OMS, siendo la última versión en el 2010, quien determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daño y/o enfermedad, la cual codifica de manera oficial a la ansiedad con el F41, y a la depresión con F32 las cuales están contenidas en la clasificación de trastornos mentales, estos son estados transitorios consecutivos a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas<sup>11</sup>.

## ENTIDADES DE SINALOA PARTICIPANTES.

1. Mazatlán
2. Culiacán
3. Los Mochis

## REVISIÓN DE LA LITERATURA.

### **Alcohol y tabaco en América Latina**

Una revisión sistemática de estudios internacionales sobre consumo de drogas lícitas, en estudiantes de enfermería en el año 2009 López-Maldonado reporta una alta prevalencia del consumo de alcohol y tabaco en Colombia y su incidencia en jóvenes. Algunos estudios muestran el impacto del consumo en el aumento de problemáticas sociales como la violencia intrafamiliar, la baja productividad, los altos índices de muertes violentas, además, del deterioro psicológico y físico que conlleva el abuso de alcohol<sup>12</sup>.

Un estudio realizado en el 2008 por Meza y Ferreira en Costa Rica reporta que una de las causas del crecimiento del consumo de drogas es la globalización de la economía mundial, y que existe una tendencia en el aumento del tabaquismo en las mujeres<sup>13</sup>.

El problema de consumo de drogas es serio, y en este apartado se mencionan algunas de las causas, entre ellas la carrera de enfermería que genera mucha presión y que para muchos estudiantes, entrar a la universidad es un cambio radical. Los cambios de conducta es otro de los problemas por los que rápidamente se incursiona en un mundo donde la persona se siente más libre y responsable de sí misma. El uso de drogas está asociado con las formas de recreación de los jóvenes, hay también una cierta indiferencia al problema, sin ver su magnitud, que ha aumentado y es tan complejo que la población tiende a no verlo. Esto representa una reclamación en el sentido de que sucede lo mismo en el grupo de estudiantes de enfermería quienes afirman que el fenómeno es una responsabilidad de todos, también consideran que la adolescencia es una etapa de mayor vulnerabilidad.

Por otra parte, en Costa Rica en el 2009, los accidentes de tránsito en los que existe consumo de alcohol se ubican en las primeras causas de muerte y discapacidad, según las respuestas expresadas por los estudiantes, las estrategias que se han implementado para abordar el problema son muy débiles y no existe relación entre la magnitud del problema y los recursos que se invierten para afrontarlo, la población estudiantil presenta factores de riesgo importantes como estilos de vida no saludables, consumo de drogas de personas cercanas a ellos como son familiares, amigos y compañeros, destacándose el consumo de alcohol y tabaco<sup>14</sup>.

Mumtaz y colaboradores, realizaron un estudio de cohorte que inició en septiembre de 2012, en Netherlands, sobre depresión y ansiedad, incluyeron 1725 participantes con diagnóstico reciente de alguna de estas dos patologías, además, se interrogó sobre el hábito tabáquico el cual lo asociaron con los síntomas depresivos, ansiedad general, ansiedad social y agorafobia. Los participantes fueron medidos al inicio (medición basal), al primer y segundo año de seguimiento. La tasa de respuesta fue de 87.1%. La edad, género, educación, consumo de alcohol, actividad física y eventos negativos de la vida fueron medidos. Las mediciones basales indicaron que los síntomas depresivos, ansiedad general y agorafobia fueron asociados fuertemente con aquellos fumadores dependientes de la nicotina. Después de dos años de seguimiento, la proporción de participantes fumadores, dependientes de la nicotina, con síntomas depresivos y ansiedad fue menor en relación a los otros grupos (no fumadores, fumadores no dependientes de la nicotina). Las mediciones basales fueron obtenidas a través de un cuestionario auto-aplicado<sup>15</sup>.

Impulsado por las teorías de socialización existentes, este estudio describe los contextos específicos de amistad en que se produce la influencia de pares de abuso de alcohol y los síntomas depresivos. En el otoño y la primavera del año escolar del 2010, una encuesta fue aplicada a 704 adolescentes italianos (hombres, 53%; edad mediana, 15.5) inscritos en los grados 9, 10 y 11. Diferentes contextos de relación se distinguen sobre la base de dos dimensiones: nivel de amistad (mejores amistades y redes de amistad) y la reciprocidad (unilateral y recíproca). Redes sociales y los análisis estadísticos se aplicaron de manera complementaria para estimar los efectos de

socialización entre iguales en los diferentes contextos de la amistad. Un análisis de varianza fue realizado para comparar las edades. Los resultados mostraron que, dentro de las redes de amigos adolescentes de ambos sexos, el abuso de alcohol se vio afectado por los amigos que abusan en el consumo de alcohol, independientemente de si la relación era correspondida o no. Por el contrario, la socialización entre iguales de los síntomas depresivos sólo surgió dentro de mejores amigos en mujeres adolescentes. Los resultados sugieren que los efectos de la socialización entre pares dependen del contexto de amistad y tipos específicos de comportamientos<sup>16</sup>.

Por otra parte, Susan J. Roberts en el 2007 en Massachusetts, reporta que un tercio de la población (n=128) de su estudio tiene el hábito de fumar, el 22% depresión moderada, y el 81% bebe alcohol. La depresión moderada se relacionó con el consumo de cigarrillos, agresión física y verbal, la comprensión de estas asociaciones pueden ser utilizados para detectar e intervenir el riesgo en los estudiantes<sup>17</sup>. Ortega Pérez reporta que en un estudio realizado en septiembre del 2012 en el Salvador el alcohol es una de las primeras drogas utilizadas por estudiantes de enfermería seguida por el tabaco, y la edad de inicio de consumo de su primera droga es entre los 13 y 21 años, en los usuarios la auto percepción del efecto de las drogas mostró una tendencia a negar que las drogas ejercían algún impacto sobre su propio rendimiento académico, evidenciándose entonces que no se percibe el consumo de drogas como un problema que los afecta si consumen droga, pero que si afecta a los demás cuando consumen droga<sup>18</sup>.

Enríquez y Pimenta en el 2008 en Concepción Chile, opinan que de los estudiantes universitarios se espera que sean modelos de rol y educadores de la salud. Y en lo que se refiere a género, los hombres son más propensos a ser fumadores de tabaco y consumidores de alcohol, por otro lado las mujeres tienen menos probabilidad de consumir tabaco y alcohol porque ese comportamiento no es consistente con las normas tradicionales de género femenino<sup>19</sup>. En concreto, algunos aspectos de masculinidad ponen en riesgo la salud de los hombres y la feminidad tradicional tiene un efecto protector en el consumo de esas sustancias así lo reporta el estudio de Sánchez López del 2012 en España<sup>20</sup>. Melina Castillo Julio y colaboradores en el 2012,

destacan un dato importante de sus resultados que nos hace pensar la necesidad de atención del fenómeno de consumo de drogas, y es que el 90.7% de su población estudiada en Colombia está de acuerdo con la inversión de recursos económicos en programas de rehabilitación, y seguimiento de la población afectada por este fenómeno de consumo de drogas<sup>21</sup>.

### **Problemática de salud pública en México**

La encuesta nacional de psiquiatría en su publicación del 2010 menciona que la población general en México ha padecido depresión en algún momento de su infancia o adolescencia, y la población estudiantil joven está inmersa en un proceso de transición y de ajustes a nivel personal e interpersonal, lo cual puede repercutir en su desempeño académico y producir conductas de riesgo. Algunos logran que estos ajustes se den de manera exitosa, mientras que otros no, en esta población se han documentado la presencia de algunos problemas de salud mental y psicosociales, así como bajo rendimiento escolar, problemática suicida, consumo de sustancias y sintomatología depresiva elevada la cual es probable que sea uno de los principales factores que limitan el desarrollo académico entre los estudiantes, asimismo, se le ha asociado con conductas de riesgo que contribuyen a la presencia de lesiones no intencionales, violencia, uso de tabaco, alcohol y otras drogas<sup>22</sup>.

Los datos más frecuentes en torno a la salud de la población Mexicana muestran que de las enfermedades mentales, sólo una pequeña parte recibe tratamiento, pero éstas provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas. Dentro de las diez principales enfermedades tres son enfermedades mentales y la depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, de acuerdo con las encuestas realizadas en el 2010 por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el 6.4% de la población la padece. Y los trastornos relacionados con el consumo de alcohol ocupan el noveno lugar, reportando el 2.5%<sup>23</sup>.

Una de las aportaciones importantes para la atención de padecimientos psiquiátricos es la que realizó el Instituto Nacional de Psiquiatría en el 2010, como parte de su proyecto

la elaboración de 12 guías clínicas sobre los padecimientos más frecuentes en nuestro país, a partir del análisis de la evidencia científica, criterios diagnósticos de prácticas terapéuticas y acciones preventivas que han probado ser más efectivas en el ámbito del manejo de los padecimientos mentales, dentro de estas, la guía clínica para el manejo de la depresión, reporta sintomatología específica para la detección del trastorno como minusvalía, inutilidad, culpa, astenia, suicidio, autoagresión, psicomotricidad alta o baja, apetito aumentado o disminuido, y sueño aumentado ha disminuido<sup>24</sup>.

Una de las prioridades nacionales ha sido la de contar con estadísticas actualizadas para la toma de decisiones dirigidas a la prevención y tratamiento del fenómeno de consumo y abuso de sustancias psicoactivas como uno de los problemas de salud pública de nuestra época, que se presenta tanto a nivel nacional como internacional. Este fenómeno de salud afecta a ambos géneros, incidiendo principalmente en niños y adolescentes, sin distinción de estrato social y de regiones de nuestro país<sup>25</sup>. En donde las tendencias de este fenómeno social de consumo de alcohol mencionan que los adolescentes reproducen modelos de altos niveles de consumo como los adultos, y hay menos diferencia entre hombres y mujeres adolescentes que entre hombres y mujeres adultos. La prevalencia de consumo de alcohol, en 2011, es del 51.4% (hombres 62.7% y mujeres 40.8%), también existe dependencia al alcohol en la población total de 6.2% (Hombres 10.8% y mujeres 1.8%)<sup>26</sup>.

En relación al tabaco en el 2011 la Encuesta Nacional de Adicciones en México muestra que el 11.4%(1.5 millones) de los fumadores activos tienen niveles altos de adicción de los cuales 12.6% son hombres y 8.6% son mujeres. El 12.3% (1.7 millones) de los adolescentes son fumadores activos de los cuales 16.4% (1.1 millones) son hombres y 8.1%(539 mil) son mujeres, La edad promedio de inicio de consumo de tabaco se reporta de 14.1 años, similar para hombres y mujeres.

## **II PROBLEMA**

La práctica de consumo de alcohol se inicia a edades cada vez más tempranas; el uso de tabaco y alcohol precede al consumo de drogas ilícitas en todas sus formas y

patrones de consumo<sup>27</sup>. La Organización Mundial de la Salud revela que el consumo de tabaco, en países desarrollados y en desarrollo, va en aumento al igual que la tendencia del tabaquismo en las mujeres<sup>28</sup>.

Estos datos evidencian la magnitud del problema social del consumo de alcohol y de tabaco en la población adolescente y que a pesar de realizar programas para su disminución este problema ha sido trascendente y cada vez con más complicaciones para la salud de la población general por lo que es de suma importancia conocer el fenómeno de consumo de estas sustancias licitas en la población estudiantil quien en un futuro será un profesional dedicado a la prevención y promoción de la salud.

Se han podido observar tendencias del consumo de alcohol y tabaco en los estudiantes de enfermería y su impacto en la salud mental, por lo que es necesario comprender y evidenciar la magnitud del problema para realizar acciones que permitan orientar a los jóvenes y proponer alternativas al sector salud con el fin de disminuir y en su caso controlar este problema de salud pública.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la asociación entre, consumo de alcohol, tabaco, depresión y ansiedad en estudiantes de licenciatura de enfermería de Sinaloa?

### **III HIPÓTESIS**

Existe asociación entre el consumo de alcohol, tabaco, depresión y ansiedad en alumnos de tres unidades académicas de enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

## IV OBJETIVOS

### General

- a) Evaluar la asociación del consumo de alcohol, tabaco, depresión y ansiedad en estudiantes de licenciatura de enfermería en Sinaloa.

### Específicos

- a) Analizar la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de licenciatura de enfermería de Sinaloa
- b) Analizar la prevalencia de depresión y ansiedad en estudiantes de licenciatura de enfermería de Sinaloa.

## V METODOLOGÍA

### Tipo de diseño

El presente estudio fue de corte cuantitativo, transversal, prospectivo, de tipo correlacional causal, se realizó una medición sistemática y se empleó el software estadístico *Stata Intercooled* versión 13.1 para el análisis de los datos obtenidos.

La aceptación o rechazo de las hipótesis de interés, se realizó bajo el análisis de las variables: consumo de alcohol, tabaco, depresión y ansiedad a través de una regresión logística múltiple a través de la cual se estimó la razón de momios (RM) como medida de riesgo.

### Población y muestra

La población de estudio quedó constituida por 5382 alumnos que cursan la carrera de licenciatura en enfermería en alguna de las tres unidades académicas de la Universidad Autónoma de Sinaloa. La distribución por unidad académica fue: Mazatlán con una matrícula de 1372 alumnos, Culiacán con 2260 alumnos y Los Mochis con 1750 alumnos.

Formula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * P * (1 - P)}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * P * (1 - P)}$$

Tamaño de muestra:

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para muestras finitas, dando como resultado una muestra de 277 alumnos, usando un nivel de significancia del 5%, una diferencia máxima del 5%, una proporción esperada del 20% y ajustado al 15% de pérdidas. La muestra fue estimada para cada unidad académica según su proporción de estudiantes, para Mazatlán la muestra fue de 71 alumnos, Culiacán con

116 y para Los Mochis con 90 alumnos. La selección de los alumnos se llevó a cabo mediante un muestreo aleatorio probabilístico en cada unidad académica.

### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

- Alumnos inscritos a una de las tres unidades académicas de enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Que cursen en ese momento el primero, segundo, tercero o cuarto año de enfermería.
- Con edad entre 18 a 25 años.

#### **Criterios de exclusión**

- Alumno que no acepte participar en el estudio.
- Alumno que no asista el día de la aplicación del instrumento.

#### **Criterios de eliminación:**

- Cuestionarios con información incompleta que no permita el cumplimiento de los objetivos e hipótesis.

### **Variables de estudio**

Para esta fase del estudio se identificaron cuatro variables principales:

- Consumo de alcohol
- Consumo de tabaco
- Depresión
- Ansiedad

Además se analizaron las siguientes variables socio demográficas:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Actividad laboral.
- Grado escolar.

Estas variables permitieron lograr los objetivos previstos. Para estimar las prevalencias de las variables principales, se utilizaron instrumentos validados en la población latinoamericana, para el consumo de alcohol se utilizó el instrumento AUDIT; para el consumo de tabaco, FAGERSTROM; para depresión, CES-D y para ansiedad se utilizó la escala de HAMILTON.

## **Procedimientos**

### **Recolección de datos**

Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario estructurado auto aplicado con las siguientes características:

Introducción con información sobre consumo de alcohol y tabaco, depresión y ansiedad; leyenda donde se informó al participante el interés de conocer aspectos de salud relacionados con hábitos de consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y síntomas de depresión y ansiedad; se le informó que su participación era voluntaria y que sus respuestas serían confidenciales, también que los resultados se presentarán en resumen estadístico general de los participantes, que no existen respuestas correctas e incorrectas y se le pidió su firma de aceptación para participar en el proyecto.

### **Instrumentos de medición**

#### Descripción

Los instrumentos que se utilizaron son los siguientes para el consumo de alcohol se utilizará el test AUDIT, para el consumo de tabaco el FAGERSTROM, para depresión el CES-D, y para ansiedad se utilizó la escala de HAMILTON que a continuación se describe.

#### **AUDIT (Instrumento de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol)**

La Organización Mundial de la Salud a través del departamento de salud mental y dependencia de sustancias, refiere al test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) como un instrumento para identificar a personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol, Este instrumento fue desarrollado por la OMS como un método simple de búsqueda del consumo de alcohol y como apoyo en la evaluación breve.

El AUDIT fue desarrollado y evaluado a lo largo de un período de dos décadas,

Habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad y las diferentes culturas. Comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol. Al tratarse del primer test de screening diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la atención primaria, el AUDIT presenta las siguientes ventajas:

- Una estandarización transnacional: El AUDIT ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países.
- Es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional;
- Identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia;
- Breve, rápido, y flexible;
- Diseñado para el personal de atención primaria;
- Es consistente con las definiciones de la CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol;
- Se centra en el consumo reciente de alcohol<sup>29</sup>.

**Consumo de alcohol** Según la OMS cualquier sustancia natural o sintética, que al consumirse pueda alterar la actividad mental y física de las personas, debido a sus efectos sobre el sistema nervioso central, es una droga, también son drogas sustancias de consumo legal como el ALCOHOL, estas son drogas porque generan adicción<sup>2,7</sup>.

**Clasificación:**

- nivel bajo de consumo: 8 a 15
- nivel medio de consumo: 16 a 19
- nivel alto de consumo: Igual o más de 20

## **FAGERSTROM**

El test de la tolerancia de Fagerstrom, de ocho ítems simplificado a seis, evalúa varios componentes del comportamiento del fumador y se ha mostrado útil en muchos estudios, como predictor del consumo<sup>30</sup>.

Un estudio realizado en la Universidad de Santiago de Compostela en 1998, con una muestra de 2447 sujetos, mostró que la puntuación aumenta con la edad y que hay notables diferencias en los patrones de comportamiento de hombres y mujeres de manera que los hombres fuman más cantidad de tabaco. Los resultados de este estudio permiten sugerir la utilidad del test de dependencia de nicotina de Fagerström en nuestro medio, para identificar a los individuos que tienen un mayor consumo del tabaco<sup>31</sup>.

**Consumo de tabaco** es una práctica adictiva de la nicotina, la cual condiciona el abuso de su consumo<sup>32</sup>.

### **Clasificación:**

- No hay dependencia de consumo de 0 a 2
- Dependencia débil de 3 a 4
- Dependencia media de 5 a 6
- Dependencia fuerte de 7 a 8
- Dependencia muy fuerte de 9 a 10

### **CES-D (Center For Epidemiologic Studies, Depression Scale)**

La (CES-D) fue desarrollada originalmente por Lenore Radloff en 1977. La escala es un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión, y se centra fundamentalmente en los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva, con menor presencia de los síntomas de tipo somático ocurridos durante la última semana. La CES-D ha demostrado ser una herramienta útil y económica, en virtud de que no requiere personal especializado para su calificación y es auto

aplicable, lo cual lo convierte en un instrumento accesible en términos logísticos, económicos y psicométricos.

El cuestionario funciona como una guía para la entrevista; y la finalidad del presente estudio es solo establecer la magnitud del problema, no conseguir los diagnósticos individualizados.

Reconocida la importancia de la depresión, el interés por su investigación ha sido consistente en México durante las últimas décadas y la CES-D ha sido uno de los instrumentos de evaluación más empleados.

De acuerdo con la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, posterior a un análisis bibliométrico de más de 80 artículos, cuyos datos fueron recabados a partir de la aplicación de la encuesta CES-D en México, señalan que: “La CES-D es un instrumento válido y confiable que funciona en diferentes poblaciones mexicanas debido a que es una herramienta breve, que no requiere personal especializado para su aplicación y calificación, además de que su uso es económico y que resulta bastante conveniente como mecanismo de tamizaje en ámbitos diferentes a la práctica clínica”<sup>33</sup>.

## **Depresión**

Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración<sup>34</sup>.

### **Clasificación:**

- Sin depresión: 0-16.
- Depresión leve: 17-20.
- Depresión moderada: 21-25.
- Depresión severa: 26 ó más.

## HAMILTON

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se resumieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad.

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no se recomienda su uso como herramienta de diagnóstico.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)<sup>35</sup>.

**Ansiedad** es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza profunda<sup>36</sup>.

### Clasificación:

- Ausente: 0 a 14 puntos.
- Intensidad leve: 15 a 28 puntos.
- intensidad moderada: 29 a 42 puntos.
- Intensidad grave: 43 a 55 puntos.

- totalmente incapacitado:56

## **Análisis de datos**

Una vez aplicados los instrumentos, se procedió a la captura, para ello se usó un software estadístico. Posteriormente se verificó la calidad de la captura y se procedió a crear las variables de interés, para el cumplimiento de los objetivos y la comprobación de la hipótesis. La información fue organizada mediante cuadros y gráficos que mejor ilustraron la distribución.

Un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de las variables principales fue realizado. Para las variables cualitativas se utilizó un análisis frecuencias y porcentajes. El cálculo de la media, mediana, desviación estándar e intervalo de confianza del 95% (IC95%) fue usado para las variables cuantitativas. La correlación entre dos variables cuantitativas, es este caso: los puntajes de consumo de alcohol, tabaco, depresión y ansiedad, fue estimado a través del coeficiente de *Spearman*, por ser variables ordinales. La comparación de medianas de los puntajes de consumo de alcohol y tabaco, por grupo de interés (depresión o ansiedad) se realizó mediante la prueba no paramétrica de *Kruskal-Wallis*. La asociación entre dos variables cualitativas se realizó con el estadístico de prueba *ji-cuadrado* de *Pearson* o de razón de verosimilitud o la prueba exacta de Fisher, cuando los valores esperados fueron menores a 5. La estimación del riesgo, en este caso: razón de momios, fue obtenido a través del análisis de regresión logístico múltiple. Un valor  $p < 0.05$  fue considerado estadísticamente significativo. Todos los análisis se realizaron en el software estadístico Stata Intercooled edición especial versión 13.1.

## Confiabilidad y validez

La revisión de la literatura muestra datos de importancia que impactan y fortalecen esta investigación, se encontraron artículos científicos en América Latina que nos hablan de las propiedades psicométricas de los instrumentos que se utilizan y que a continuación describiremos:

En España se realizó un estudio con 409 casos para detectar problemas de consumo de alcohol con el cual se validó el cuestionario AUDIT, teniendo como resultado un nivel de confianza, según el *alfa de cronbrach*, de 0.880, el cual es considerado como un buen instrumento para la detección de consumo de riesgo de alcohol<sup>37</sup>.

En Sao Paulo, en el 2009, se revisaron 26 artículos de revistas indexadas como Medline, LILACS, SciELO y Web of Science, que estudiaron la validación del Fagestrom, teniendo como objetivo realizar la revisión crítica de artículos de la literatura indexados relacionados con las propiedades psicométricas del Fagestrom en donde los resultados demostraron una confiabilidad en 14 estudios entre 0.55 y 0.74, indicando una consistencia interna moderada<sup>38</sup>.

En un estudio transversal a 943 estudiantes de 13 unidades académicas en el 2008, mediante estadística descriptiva y análisis factorial se logró evaluar las propiedades psicométricas de la CES-D, mediante su aplicación a estudiantes de nivel licenciatura de la Universidad Juárez del estado de Durango obteniendo como resultado una consistencia interna de 0.89 en el *Alfa de Cronbrach*. El índice resultó homogéneo cuando se analizó por área de estudio, edad y sexo<sup>39</sup>.

Otro estudio de cohorte, observacional a 106 individuos se logró validar en la versión española, las propiedades psicométricas de la escala de ansiedad de Hamilton y se encontró una confiabilidad interna de *alfa de Cronbrach* de 0.88, es decir, la escala tiene propiedades psicométricas similares en la versión en español y puede ser aplicada con confianza en nuestra población<sup>40</sup>.

## **VI RESULTADOS Y ANÁLISIS**

### **DESCRIPCIÓN**

**A.- resultados sociodemográficos.**

**B.- Resultados de variables principales.**

**C.- Asociaciones entre las variables principales**

**D.- Consumo de alcohol (AUDIT) en sus tres dominios asociados y los 4 factores de depresión (CES-D)**

**E.- Análisis de regresión logística para estimar razón de momios para ansiedad (HAMILTON).**

### **A.- Resultados sociodemográficos**

La muestra quedó constituida por 277 alumnos de tres unidades académicas de enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa. El 41.5% (n=116) fueron alumnos de enfermería Culiacán, el 32.5% (n=90) de Los Mochis, y el resto de Mazatlán. El 72.9% (n=202, IC95%: 67.3 – 78.1) de los participantes correspondió al sexo femenino. La edad promedio de los alumnos fue 20.4 años (IC95%: 20.2-20.6). Respecto al estado civil, el 83% (n=230) de los alumnos refirió ser soltero, sin embargo, aproximadamente el 15% (n=41) del total de los participantes dijo estar casado o en unión libre (Mazatlán, 11.1%; Los Mochis, 14.5% y Culiacán, 17.4%).

De los participantes en el estudio el 76.9% vive con su papá y su mamá, el 69% reporta un salario mensual que va desde 200 a 3000 pesos, mientras que la educación que predomina en los padres es la preparatoria siendo el 32.5 y 31% para la madre y el padre, respectivamente. Cuando se les preguntó si algún familiar consumía de manera habitual, alcohol o tabaco, respondió que el papá en un 35.7 y 20.9% respectivamente en esos hábitos.

El 15.5 y 11.6% de los participantes ha intentado dejar el consumo de alcohol y tabaco, respectivamente; lo que indica que la mayoría de los alumnos no les interesa dejar estas prácticas de consumo y también es muy bajo el porcentaje de la preocupación de un amigo o familiar por el consumo de alcohol o tabaco en este grupo de estudio siendo para consumo de alcohol el 15.9% y para el tabaco 11.6%, es decir, pocas personas realizan la práctica de consumo de estas sustancias.

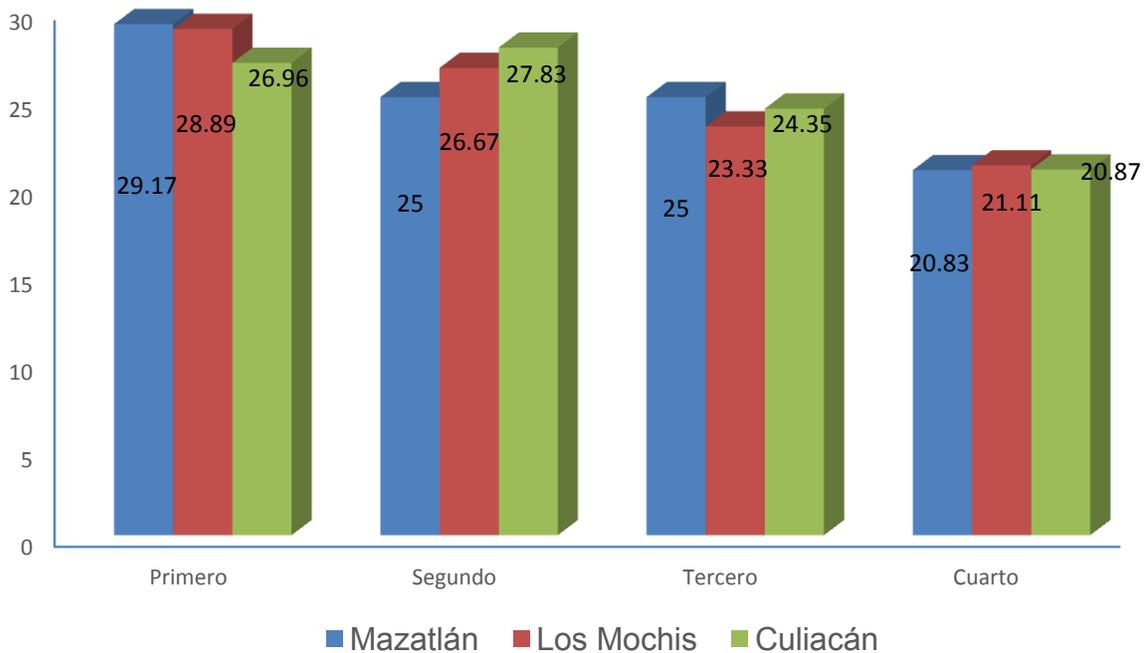
El 26.7% (n=74) del total de los participantes refirió trabajar, la distribución por turno (matutino y vespertino) fue en igual proporción. (Cuadro 1)

**Cuadro 1.** Distribución porcentual de los participantes según variables sociodemográficas por unidad académica.

Variable	Descripción	Mazatlán f. ( % )	Culiacán f. ( % )	Los Mochis f. ( % )	Total f. ( % )
Sexo	Masculino	20 (27.80)	29 (25.20)	26 (28.90)	75 (27.10)
	Femenina	51 (72.20)	87 (74.80)	64 (71.10)	202 (72.90)
Estado civil	Soltero (a)	61 (86.10)	93 (80.90)	75 (83.30)	229 (83.00)
	Otro	10 (13.90)	23 (19.10)	15 (16.70)	48 (17.00)
Trabaja	Si	21 (29.58)	28 (24.14)	25 (27.78)	74 (26.70)
	No	50 (70.42)	88 (75.86)	65 (72.22)	203 (73.30)
Turno	Matutino	36 (50.70)	58 (50.00)	46 (51.10)	140 (50.50)
	Vespertino	35 (49.30)	58 (50.00)	44 (48.90)	137 (49.50)

Respecto al grado académico, la escuela de Mazatlán fue la que presentó menor porcentaje de participantes, seguido por la unidad académica de Los Mochis y finalmente Culiacán, esto debido a su proporción poblacional de la matrícula vigente (Figura 1).

**Figura 1.** Distribución porcentual de alumnos por grado escolar en cada escuela.



Mazatlán fue la escuela con mayor porcentaje de alumnos con un trabajo, 29.58 % (n= 21) seguido por Los Mochis 27.78 % (n=25) y con un menor porcentaje para Culiacán, 24.14 % (n=28); sin evidencia estadísticamente significativa, p=0.729. Cabe mencionar que el 9.5% de los 74 alumnos que dijeron trabajar, su empleo es de mesero; actividad que podría poner en riesgo al estudiante por el consumo de alcohol y tabaco. Mazatlán y Culiacán son las unidades académicas con el mayor número de alumnos que se emplean como mesero (cuadro 2).

Los alumnos inscritos en las escuelas deberían dedicarse solo a estudiar sin embargo podemos observar el resultado en esta investigación donde las tres escuelas coinciden en aproximadamente el 30 % de alumnos que trabajan y estudian.

**Cuadro 2.** Distribución porcentual de alumnos por escuela y trabajo desempeñado

ESCUELA	NEGOCIO	PRESTADOR	MESERO	RELACIONADA	OTROS	TOTAL
	FAMILIAR	DE		CON		
	f (%)	SERVICIO f (%)	f (%)	ENFERMERÍA f (%)	f (%)	
Mazatlán	5 (23.80)	1 (4.80)	3 (14.30)	3 (14.30)	9 (42.90)	21
Culiacán	10 (35.70)	3 (10.70)	3 (10.07)	9 (32.10)	3 (10.70)	28
Los Mochis	9 (36.00)	6 (24.00)	1 (4.00)	2 (8.00)	7 (28.00)	25
Total	24 (32.40)	10 (13.70)	7 (9.50)	14 (18.90)	19 (25.70)	74

**B.- Resultados de las variables principales****Los resultados del consumo de alcohol.**

a).- El consumo de alcohol en la población estudiada utilizando el instrumento AUDIT, es del 55.60 % (n=154), más de la mitad de la población total. (Cuadro 3)

**Cuadro 3.** Distribución porcentual del nivel de consumo de alcohol en la población total.

CONSUMO	AUDIT f. ( % )
No consumo	123 (44.40)
Si consumo	154 (55.60)
Total	277 (100)

b).-El nivel de consumo de alcohol, según la clasificación de AUDIT y usando el estadístico de prueba Ji-cuadrada de *Pearson*, no fue estadísticamente diferente entre los alumnos de las tres unidades académicas,  $p=0.435$  (Cuadro 4)

**Cuadro 4.** Distribución porcentual del nivel de consumo de alcohol por escuela.

ESCUELA	No consumo f. ( % )	C. Bajo f. ( % )	C. Medio f. ( % )	C. Alto f. ( % )	Total
Mazatlán	29 (41.70)	31 (43.10)	6 (8.30)	5 (6.90)	71
Culiacán	52 (45.20)	49 (42.60)	13 (11.30)	1 (0.90)	90
Los Mochis	42 (45.60)	38 (42.20)	9 (10.00)	2 (2.20)	116
Total	123 (44.40)	118 (42.60)	28 (10.10)	8 (2.90)	277

c).- Cuando se consideró el consumo de alcohol en dos categorías, según la clasificación de AUDIT y usando el estadístico de prueba Ji-cuadrada de *Pearson*, no fueron estadísticamente diferente entre los alumnos de las tres escuelas,  $p=0.909$ . (Cuadro 5).

**Cuadro 5.** Asociación entre consumo de alcohol en dos categorías.

ESCUELA	No consumo f ( % )	si consumo f ( % )	Total
Mazatlán	30 (24.40)	41 (26.60)	71
Culiacán	52 (42.30)	64 (41.60)	116
Los Mochis	41 (33.30)	49 (31.80)	90
Total	123 (44.40)	154 (55.60)	277

d).- El consumo de alcohol estuvo asociado estadísticamente en el rango de edad,  $p = 0.005$ , a través de la prueba ji-cuadrada de *Pearson*.

El mayor porcentaje de consumo de alcohol se presentó en las edades de 22 a 25 años, en donde el riesgo fue 2.75 veces más en comparación con los alumnos de 18-19 años (Cuadro 6).

**Cuadro 6.** Asociación entre consumo de alcohol y edad.

EDAD	No consumo f ( % )	Si consumo f ( % )	RM	IC95%
18-19	46 (49.46)	47 (50.54)	1.00	-
20-21	61 (49.59)	62 (50.41)	0.99	0.58 – 1.70
22-25	16 (26.23)	45 (73.77)	2.75	1.37 – 5.55
Total	123 (44.40)	154 (55.60)		-

RM  $\equiv$  Razón de momios, IC95%  $\equiv$  Intervalo de confianza del 95%

e).- La diferencia de consumo de alcohol por sexo fue estadísticamente significativo, la tendencia es a que los hombres consumen más alcohol, 69.33%, en comparación con la mujeres, 50.50%,  $p=0.005$ .

El riesgo de consumo de alcohol es 2.04 veces más en los hombres en comparación con las mujeres. (Cuadro 7)

**Cuadro 7.** Asociación entre consumo de alcohol y sexo

SEXO	No consumo	Si consumo	RM	IC95%
	f (%)	f (%)		
HOMBRE	23 (30.67)	52 (69.33)	2.04	1.17 – 3.57
MUJER	100 (49.50)	102 (50.50)	1.00	-
TOTAL	123 (44.40)	154 (55.60)		

RM ≡ Razón de momios, IC95% ≡ Intervalo de confianza del 95%

f).- La asociación entre grado escolar y consumo de alcohol, a través de la prueba ji-cuadrada de *Pearson* se encontró evidencia estadísticamente significativa que indica tal relación,  $p=0.009$ .

Con el fin de estimar el riesgo de consumo de alcohol por grado escolar, se utilizó el modelo de regresión logística y se dejó a los alumnos de primer grado como el grupo de comparación; con lo que se obtuvo que los de segundo y tercer año tenían el mismo riesgo de consumo, y el riesgo de consumo de alcohol fue mayor en los alumnos de cuarto en comparación con los de primer grado. (Cuadro 8).

**Cuadro 8.** Asociación entre consumo de alcohol y grado escolar.

Grado	No Consumo	Si Consumo	RM	IC95%	Valor
	f (%)	f (%)			P*
Primero	37 (47.44)	41 (52.56)	1.00	-	-
Segundo	42 (56.76)	32 (43.24)	0.69	0.36 – 1.30	0.251
Tercero	28 (41.79)	39 (58.21)	1.26	0.65 – 2.43	0.496
Cuarto	16 (27.59)	42 (72.41)	2.37	1.15 – 4.90	0.020
Total	123 (44.40)	154 (55.60)			

RM  $\equiv$  Razón de momios, IC95%  $\equiv$  Intervalo de confianza del 95%, \* Nivel de significancia

**Resultados de consumo de tabaco.**

a).- El consumo de tabaco en la población estudiada utilizando el instrumento FAGESTROM, es de 2.20 % (n=6). (Cuadro 9)

**Cuadro 9.** Distribución porcentual del nivel de consumo de tabaco en la población total.

CONSUMO	FAGESTROM f. ( % )
No consumo	271 (97.80)
Sin consumo	6 (2.20)
Total	277 (100)

b).- El nivel de consumo de tabaco, según la clasificación de FAGESTROM y usando el estadístico de prueba Ji-cuadrada de *Pearson*. No fue estadísticamente diferente entre los alumnos de las tres unidades escolares,  $p=0.718$ . (Cuadro 10)

**Cuadro 10.** Distribución porcentual del nivel de consumo de tabaco por escuela.

ESCUELA	CONSUMO DE TABACO				Total
	Sin consumo f ( % )	Débil f ( % )	Medio f ( % )	Fuerte f ( % )	
Mazatlán	70 (98.61)	1 (1.39)	0 (0.00)	0 (0.00)	71
Culiacán	112 (96.52)	2 (1.74)	1 (0.87)	1 (0.90)	116
Los Mochis	89 (98.89)	1 (1.11)	0 (0.00)	0 (0.00)	90
Total	271 (97.83)	4 (1.44)	1 (0.36)	1 (0.36)	277

c).- Cuando se consideró el consumo de tabaco en dos categorías, según la clasificación de FAGESTROM y usando el estadístico de prueba Ji-cuadrada de *Pearson* no fue estadísticamente diferente entre los alumnos de las escuelas,  $p=0.447$ . El consumo de tabaco oscilo entre 1.11 y 3.48 % (Cuadro 11)

**Cuadro 11.** Distribución del nivel de consumo de tabaco 'por escuela.

ESCUELA	CONSUMO DE TABACO		Total f ( % )
	No f ( % )	Si f ( % )	
Mazatlán	70 (98.61)	1 (1.39)	71
Culiacán	112 (96.52)	4 (3.48)	116
Los Mochis	89 (98.89)	1 (1.11)	90
Total	271 (97.83)	6 (2.17)	277

d).- Cuando se consideró la edad de inicio de consumo de tabaco por escuela se pudo evidenciar usando el estadístico de prueba Ji-cuadrada de *Pearson* que esta asociación es estadísticamente significativa,  $p=0.045$ .

La edad de inicio de consumo de tabaco en general fue en el rango de edad de 16 – 20 años en un 56 %. (Cuadro 12)

**Cuadro12.** Edad de inicio de consumo de tabaco por escuela

ESCUELA	8 -10 Años f ( % )	11 –15 Años f ( % )	16 –20 Años f ( % )	21 o más Años f ( % )	Total f ( % )
Mazatlán	2 (10.00)	5 (25.00)	13 (65.00)	0 (0.00)	20 (23.80)
Culiacán	5 (13.50)	5 (13.50)	24 (64.90)	3 (8.10)	37 (44.00))
Los Mochis	1 (3.70)	12 (44.40)	10 (37.00)	4 (14.80)	27 (32.10)
Total	8 (9.50)	22 (26.20)	47 (56.00)	7 (8.30)	84

e).- Cuando se asocio el rango de edad con el consumo de tabaco en dos categorías, según la clasificación de FAGESTROM y usando el estadístico de prueba Ji-cuadrada de *Pearson*, no fue estadísticamente diferente entre las edades de los alumnos,  $p=0.238$ . El consumo de tabaco en general fue de 2.20 %. (Cuadro13)

**Cuadro13.** Consumo de tabaco en dos categorías y edad.

EDAD	FAGESTROM		Total f ( % )
	No consumo f ( % )	Si consumo f ( % )	
18-19	92 (98.90)	1 (1.10)	93 (33.60)
20-21	121 (98.40)	2 (1.60)	123 (44.40)
22-25	58 (95.10)	3 (4.90)	61 (22.00)
Total	271 (97.80)	6 (2.20)	277

f).- En el análisis de estudiantes y su asociación del consumo de tabaco y sexo, a través de la prueba ji-cuadrada de *Pearson*, se encontró evidencia estadísticamente significativa,  $p = 0.049$ .

El consumo de tabaco fue de 5.33 en los hombres y de 0.99 % en las mujeres; el riesgo de consumo de tabaco fue de 5.63 veces más en hombres en comparación con las mujeres. (cuadro14).

**Cuadro14.** Asociación entre consumo de tabaco y Sexo.

SEXO	CONSUMO DE TABACO		RM	IC95%
	No f (%)	Si f (%)		
Hombre	71 (94.67)	4 (5.33)	5.63	1.01 – 31.43
Mujer	200 (99.01)	2 (0.99)	1.00	-
Total	271 (97.83)	6 (2.17)		

RM  $\equiv$  Razón de momios, IC95%  $\equiv$  Intervalo de confianza del 95%

g).- En el análisis de estudiantes y la asociación entre consumo de tabaco y grado escolar, a través de la prueba ji-cuadrada de *Pearson* no se encontró evidencia estadísticamente significativa que indica asociación,  $p=0.759$ . (Cuadro 15)

**Cuadro 15.** Asociación entre consumo de tabaco y grado escolar.

Grado	No consume f (%)	Si consume f (%)
Primero	77 (98.72)	1 (1.28)
Segundo	73 (98.65)	1 (1.35)
Tercero	65 (97.01)	2 (2.99)
Cuarto	56 (96.55)	2 (3.45)
Total	271 (97.83)	6 (2.17)

**Los resultados de depresión.**

a).- La depresión en la población estudiada utilizando el instrumento CES-D, es de 26.70 % (n=74). (Cuadro 16)

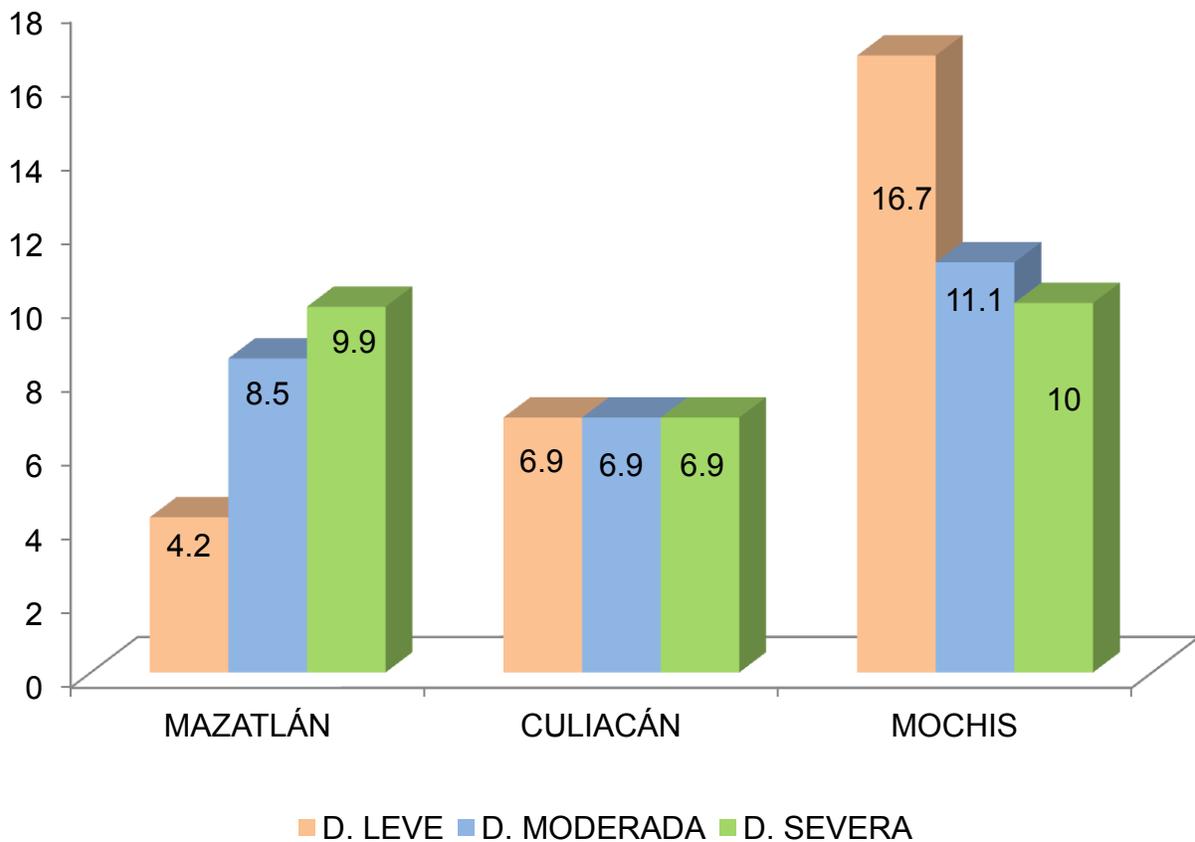
**Cuadro 16.** Distribución porcentual de alumnos con depresión en la población total.

Depresión	CES.-D f. ( % )
No	203 (73.30)
Si	74 (26.70)
Total	277 (100)

b).- Cuando se consideró el nivel de depresión, según la clasificación de CES-D y usando el estadístico de prueba Ji-cuadrada de *Pearson*, se evidenció una diferencia entre los alumnos de las tres escuelas, y una significancia estadística marginal de  $p=0.065$ . (Figura2).

Hay una tendencia de depresión en estudiantes de la escuela de los Mochis.

**Figura 2.** Distribución porcentual de nivel de depresión por escuela.



c).- Cuando se consideró la depresión en dos categorías, según la clasificación del CES-D y usando el estadístico de prueba Ji-cuadrada de *Pearson*, fue estadísticamente significativo entre los alumnos de las tres unidades académicas,  $p=0.015$ .

El nivel de depresión se presentó con mayor frecuencia en los alumnos de la escuela de los Mochis en un 37.78 %, seguido de los alumnos de Mazatlán 22.54 %; El riesgo de presentar depresión es de 2.31 veces más en los alumnos de la escuela de los Mochis en comparación con los de Culiacán. (Cuadro 17)

**Cuadro 17.** Distribución del nivel de depresión en dos categorías por unidad académica.

ESCUELA	DEPRESIÓN		RM	IC95%	Valor p
	No f ( % )	Si f ( % )			
Culiacán	92 (79.31)	24 (20.69)	1.00		
Mazatlán	55 (77.46)	16 (22.54)	1.12	0.55 – 2.28	0.765
Los Mochis	56 (62.22)	34 (37.78)	2.31	1.25 – 4.32	0.007*
Total	203 (73.30)	74 (26.70)			

RM ≡ Razón de momios, IC95% ≡ Intervalo de confianza del 95%. \*Estadísticamente significativo al 5%

d).- La depresión no está asociada estadísticamente con alumnos por rango de edad,  $p = 0.490$ , a través de la prueba ji-cuadrada de *Pearson*. (Cuadro 18)

**Cuadro 18.** Distribución de edad y nivel de depresión en dos categorías

EDAD	DEPRESIÓN		Total
	No f ( % )	Si f ( % )	
18-19	64 (31.50)	29 (39.20)	93 (33.60)
20-21	93 (45.80)	30 (40.50)	123 (44.40)
22-25	46 (22.70)	15 (20.30)	61 (22.00)
Total	203 (73.30)	74 (26.70)	277

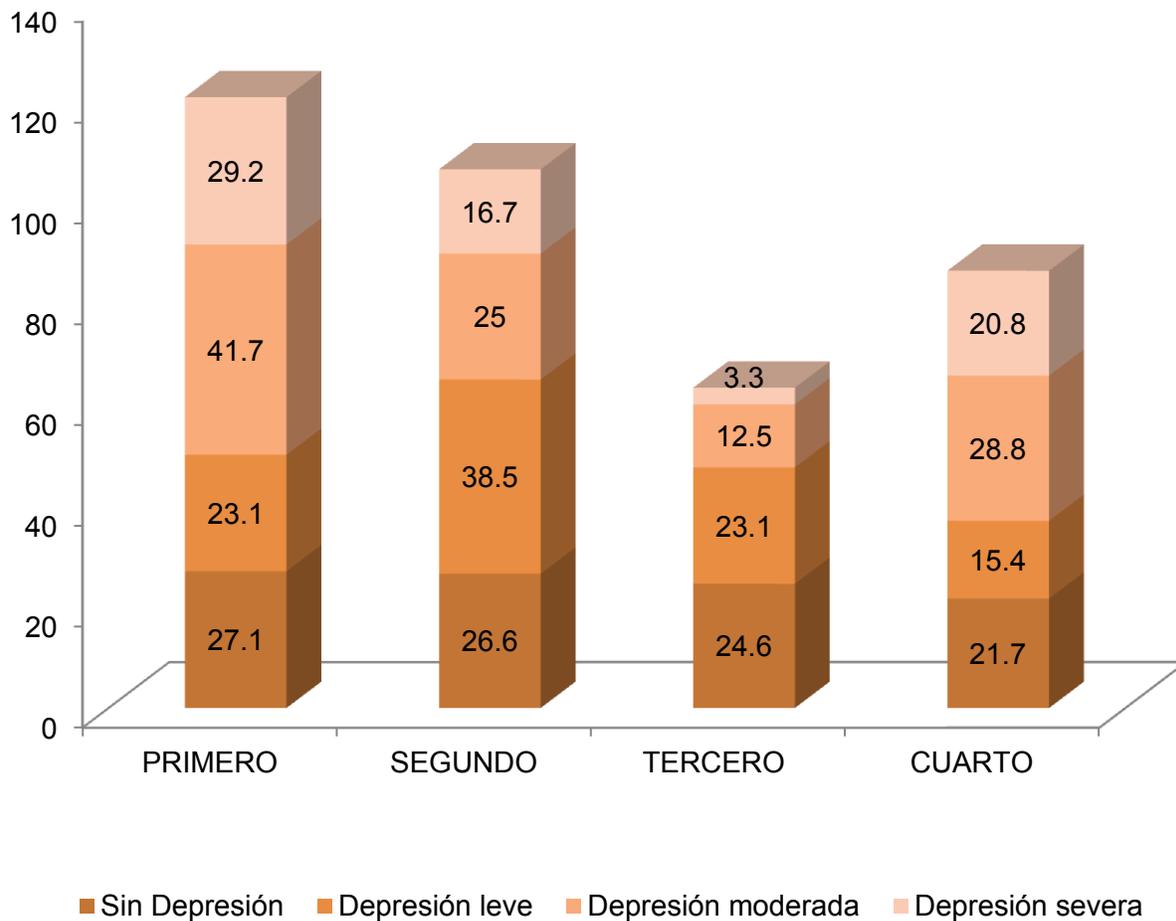
e).- Los datos muestran que por cada tres mujeres que presentan depresión existe un hombre que la presenta, como se muestra en el siguiente cuadro, esto no resulta asociado estadísticamente,  $p = 0.217$ , a través de la prueba ji-cuadrada de *Pearson*. (Cuadro 19)

**Cuadro 19.** Distribución porcentual de depresión y sexo

SEXO	DEPRESIÓN		Total
	No f (%)	Si f (%)	
Hombre	59 (78.70)	16 (21.30)	75 (27.10)
Mujer	144 (71.30)	58 (28.70)	202 (72.90)
Total	203(73.30)	74 (26.70)	277

f).- En el análisis de estudiantes y nivel de depresión con grado escolar, a través de la prueba ji-cuadrada de *Pearson*, no se encontró evidencia estadísticamente significativa que indica asociación,  $p=0.657$  (Figura3)

**Figura 3.** Asociación porcentual de nivel de depresión y grado escolar.



**Los resultados de ansiedad.**

a).- la ansiedad en la población estudiada utilizando el instrumento HAMILTON, es de 15.20 % (n=42). (Cuadro 20)

**Cuadro 20.** Distribución porcentual de ansiedad en la población total.

ANSIEDAD	HAMILTON f. ( % )
No	235 (84.80)
Si	42 (15.20)
Total	277 (100)

b).- El nivel de ansiedad, evaluado a través de la clasificación de HAMILTON, no mostró evidencia estadística en la proporción de alumnos con ansiedad entre las tres unidades académicas,  $p=0.559$ . (Cuadro 21)

**Cuadro 21.** Distribución porcentual de nivel de ansiedad por unidad académica

ESCUELA	ANSIEDAD			Total
	Ausente f ( % )	Leve f ( % )	Moderada f ( % )	
Mazatlán	61 (86.10)	9 (12.50)	1 (1.40)	71
Culiacán	101 (87.00)	12 (10.40)	3 (2.60)	116
Los Mochis	73 (81.10)	12 (13.30)	5 (5.60)	90
Total	235 (84.80)	33 (11.90)	9 (3.20)	277

c).- Cuando se consideró la ansiedad en dos categorías, según la clasificación del HAMILTON y usando el estadístico de prueba Ji-cuadrada de *Pearson*, no fue estadísticamente diferente entre los alumnos de las tres unidades académicas,  $p=0.476$ . (Cuadro 22)

**Cuadro 22.** Distribución del nivel de Ansiedad en dos categorías por unidad académica.

ESCUELA	ANSIEDAD	
	No f ( % )	Si f ( % )
Mazatlán	61 (85.90)	10 (14.10)
Culiacán	101 (87.10)	15 (12.90)
Los Mochis	73 (81.10)	17 (18.90)
Total	235 (84.80)	42 (15.20)

d).- La ansiedad no está asociada estadísticamente con alumnos por rango de edad,  $p = 0.519$ , a través de la prueba ji-cuadrada de *Pearson*.

El 15.20 % de los alumnos presentan ansiedad, siendo en el rango de edad de 20 a 21 años donde se presenta el mayor porcentaje 16.30 % ( $n=20$ ). (Cuadro 23)

**Cuadro 23.** Distribución porcentual de rango de edad y ansiedad en dos categorías

EDAD	Sin Ansiedad f ( % )	Con Ansiedad f ( % )	Total f ( % )
18-19	82 (88.20)	11 (11.80)	93 (33.60)
20-21	103 (83.70)	20 (16.30)	123 (44.40)
22-25	50 (82.00)	11 (18.00)	61 (22.00)
Total	235 (84.80)	42 (15.20)	277

e).- La asociación entre ansiedad y sexo, a través de la prueba ji-cuadrada de *Pearson*, no mostró evidencia estadísticamente significativa que indique alguna asociación,  $p=0.814$ . (Cuadro 24)

**Cuadro 24.** Distribución porcentual de ansiedad por sexo.

Sexo	Ansiedad		Total f (%)
	No f (%)	Si f (%)	
Hombre	63 (84.00)	12 (16.00)	75 (27.10)
Mujer	172 (85.10)	30 (14.90)	202 (72.90)
Total	235 (84.80)	42 (15.20)	277

f).- En el análisis de estudiantes y la asociación entre ansiedad y grado escolar, a través de la prueba ji-cuadrada de *Pearson*, no se encontró evidencia estadísticamente significativa que indica asociación,  $p=0.830$ . (Cuadro 25)

**Cuadro 25.** Asociación entre grado escolar y ansiedad

GRADO	Sin Ansiedad f (%)	Con Ansiedad f (%)	Total f (%)
Primero	67 (24.20)	11 (4.00)	78 (28.20)
Segundo	63 (22.70)	11 (4.00)	74 (26.70)
Tercero	58 (20.90)	9 (3.20)	67 (24.20)
Cuarto	47 (17.00)	11 (4.00)	58 (20.90)
Total	235 (84.8)	42 (15.20)	277

**C.- Asociaciones entre variables principales**

1).- Cuando se relacionó el consumo de alcohol con el consumo de tabaco, se estimó que el 44.40% (n=123) de los alumnos refirió no practicar este consumo de drogas lícitas. Cabe mencionar que el 53.44% (n=148) de los alumnos consumen alcohol pero no consumen tabaco. El 2.20% (n=6) mencionaron consumir en algún nivel alcohol y tabaco, usando el estadístico de prueba Ji-cuadrada de *Pearson* se observa una diferencia estadísticamente marginalmente significativa en donde la tendencia es a que los alumnos tienden más a consumir alcohol no consumo de tabaco,  $p=0.061$  (Cuadro 26).

**Cuadro 26.** Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y tabaco

CONSUMO ALCOHOL	CONSUMO DE TABACO				Total
	Sin consumo	C. Débil	C. Medio	C. Fuerte	
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
No Consumo	123 (44.40)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	123 (44.40)
C. Bajo	116 (41.88)	1 (0.36)	1 (0.36)	0 (0.00)	118 (42.60)
C. Medio	25 (9.03)	2 (0.72)	0 (0.00)	1 (0.36)	28 (10.11)
C. Alto	7 (2.53)	1 (0.36)	0 (0.00)	0 (0.00)	8 (2.89)
Total	271 (97.83)	4 (1.44)	1 (0.36)	1 (0.36)	277

2).- Al evaluar la asociación entre consumo de alcohol y tabaco en 2 categorías usando el estadístico de prueba Ji-cuadrada de *Pearson* esta resultó estadísticamente significativa,  $p=0.035$ ; se observa que el 2.2% de los alumnos que refirieron consumir tabaco también consumen alcohol; en cambio los alumnos que consume alcohol aproximadamente el 50% refirieron consumir tabaco. (Cuadro 27).

**Cuadro 27.** Asociación de consumo de alcohol y tabaco en 2 categorías

Alcohol	Tabaco	
	No consumo f ( % )	si consumo f ( % )
No consumo	123 (44.40)	0 (0.00)
Si consumo	148 (53.40)	6 (2.20)
Total	271 (97.80)	6 (2.20)

3).- Análisis de regresión logística para estimar el riesgo de consumo de alcohol según nivel de ansiedad.

En el análisis del nivel de consumo de alcohol y su asociación con la ansiedad en los alumnos de enfermería, a través de la prueba ji-cuadrada de *Pearson* se encontró evidencia estadísticamente significativa,  $p = 0.031$ .

Es importante mencionar que el análisis de regresión logística muestra que el riesgo de consumir alcohol, en niveles medio o alto, es mayor en aquellos alumnos que presentan un nivel moderada de ansiedad, es decir, un alumno con ansiedad moderada tiene 7.87 veces más de tener un consumo medio de alcohol y si su estado de ansiedad es alto, tiene un riesgo de 17.49 veces más de consumo alto de alcohol. (Cuadro 28).

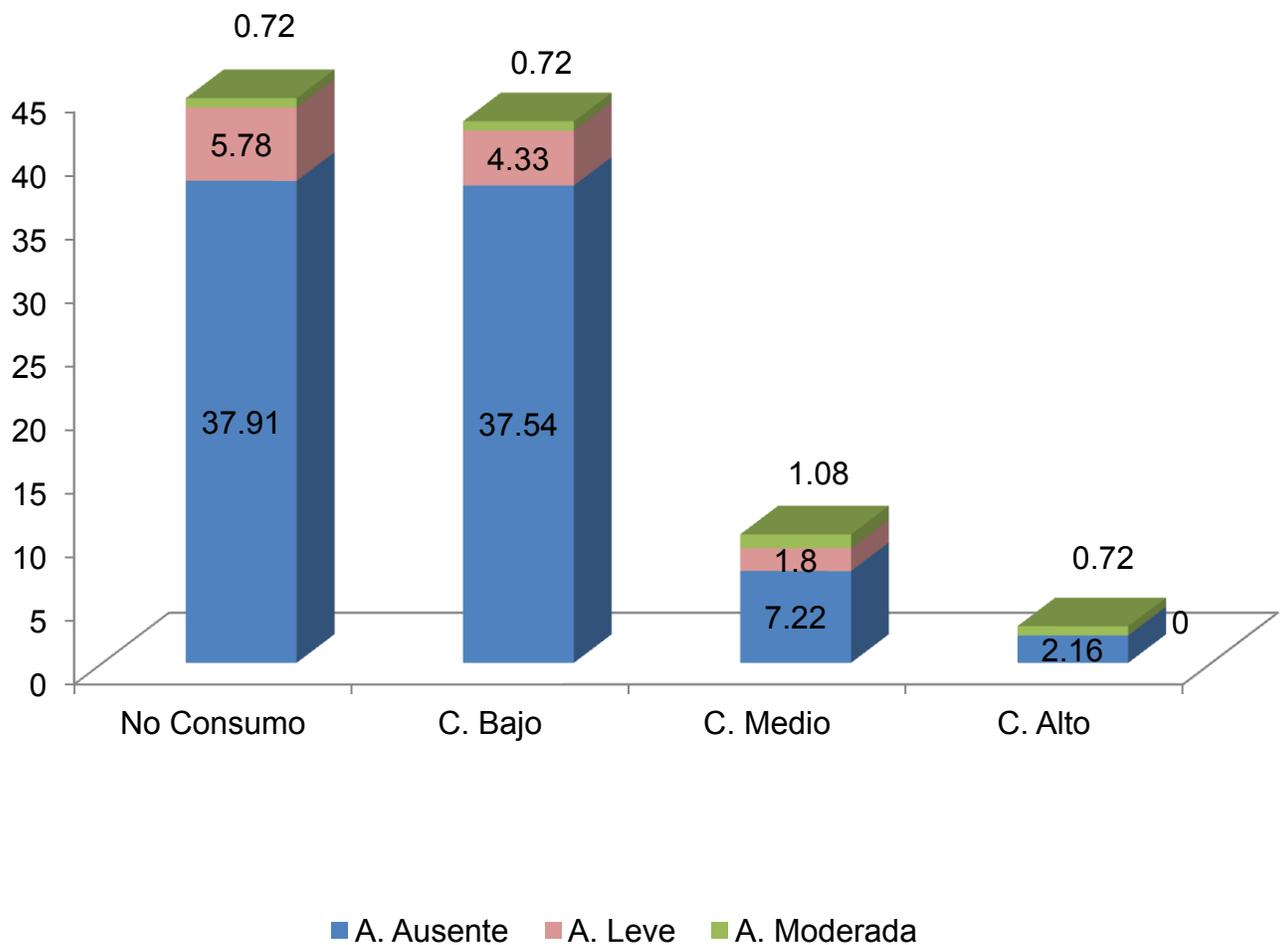
**Cuadro 28.** Análisis de regresión logística para estimar el riesgo de consumo de alcohol en función del nivel de ansiedad que presentan los alumnos de enfermería.

	Razón de Momios	Error Estándar	Estadístico Z	Valor p	IC95%	
No consumo*						
Consumo Bajo						
Ansiedad leve	0.76	0.31	-0.68	0.49	0.34	1.68
Ansiedad moderada	1.01	1.02	0.01	0.99	0.14	7.30
Consumo Medio						
Ansiedad leve	1.64	0.93	0.87	0.38	0.54	4.99
Ansiedad moderada	7.87	7.44	2.18	0.03	1.24	50.16
Consumo Alto						
Ansiedad leve	---	---	---	---	---	---
Ansiedad moderada	17.49	18.97	2.64	0.01	2.09	146.55

\* Categoría de referencia; IC95%  $\equiv$  Intervalo de confianza del 95%

4).- Al evaluar la asociación entre consumo de alcohol y nivel de ansiedad, esta resultó estadísticamente significativa,  $p=0.002$ . Del cuadro 9 se observa que el 11.91% presentan ansiedad leve y el 42.59% los alumnos refirieron consumir un nivel bajo de alcohol. (Figura 4)

**Figura 4.** Asociación entre consumo de alcohol y ansiedad.



5).- Cuando se clasificó el consumo de alcohol y ansiedad en dos categorías y usando el estadístico de prueba Ji-cuadrada de *Pearson* estadísticamente no hubo evidencia suficiente en los datos que indicara una asociación, significativa,  $p=0.867$ . (Cuadro 29).

**Cuadro 29.** Distribución porcentual de consumo de alcohol y ansiedad

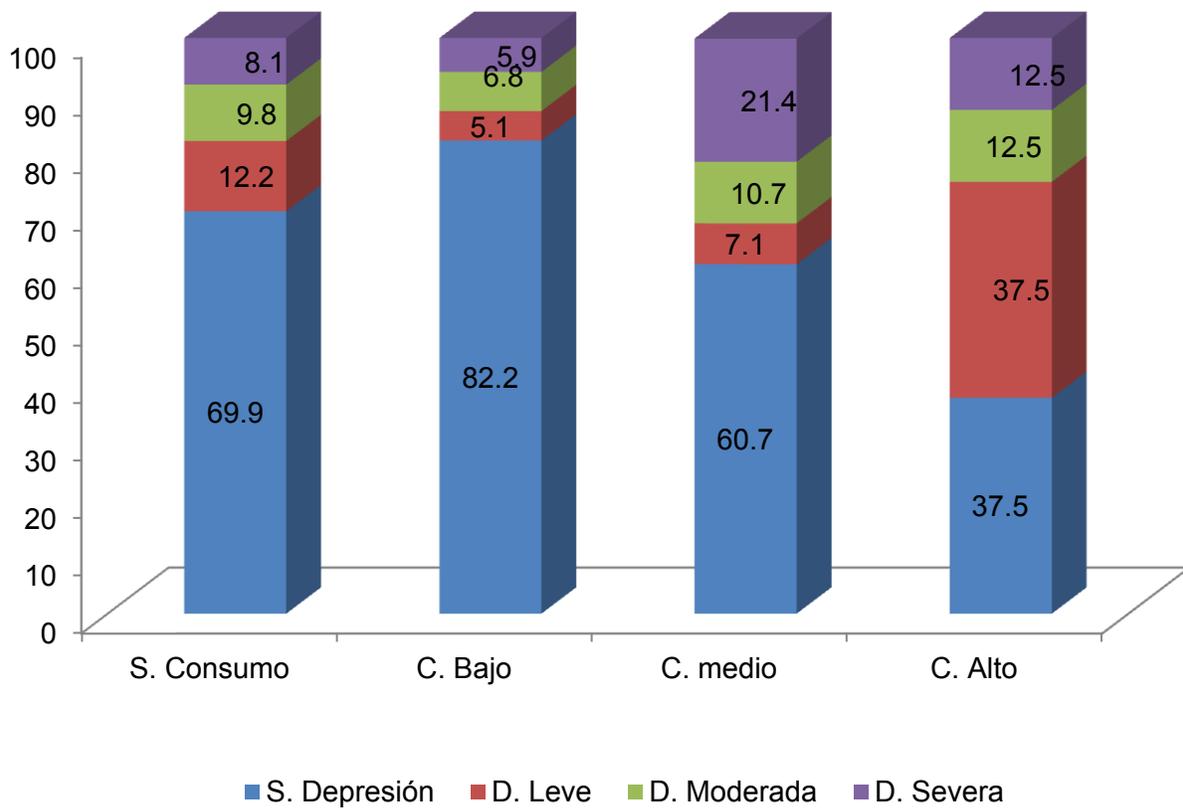
---

Consumo de alcohol	Sin Ansiedad f (%)	Con Ansiedad f (%)	Total f (%)
No Consumo	105 (37.91)	18 (6.50)	123 (44.40)
Si Consumo	130 (46.90)	24 (8.70)	154 (55.60)
Total	235 (84.84)	42 (15.20)	277

---

6).- En el análisis de consumo de alcohol y su asociación con depresión en los estudiantes, a través de la prueba ji-cuadrada de *Pearson* se encontró evidencia estadísticamente significativa que indica asociación,  $p = 0.012$  (Figura 5).

**Figura 5.** Asociación de consumo de alcohol AUDIT con depresión CES-D



7).- En el análisis de estudiantes con depresión y su asociación con el consumo de tabaco, a través de la prueba ji-cuadrada de *Pearson* se encontró evidencia estadísticamente significativa que indica asociación,  $p = 0.007$ ; Además los alumnos con depresión severa tienden a un fuerte consumo de tabaco, los alumnos con depresión moderada tienden a un consumo medio de tabaco y los alumnos con depresión leve con un consumo débil de tabaco. (Cuadro 30).

**Cuadro 30.** Asociación entre depresión y consumo de tabaco

CES-D	Sin Consumo f (%)	Débil f (%)	Medio f (%)	Fuerte f (%)	Total f (%)
Sin Depresión	200 (98.50)	3 (1.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	203
Leve	25 (96.20)	1 (3.80)	0 (0.00)	0 (0.00)	26
Moderada	23 (95.80)	0 (0.00)	1 (4.20)	0 (0.00)	24
Severa	23 (95.80)	0 (0.00))	0 (0.00)	1 (4.20)	24
Total	271 (97.80)	4 (1.40)	1 (0.40)	1 (0.40)	277

8).- En el análisis de estudiantes con depresión y su asociación con el consumo de tabaco, en dos categorías a través de la prueba ji-cuadrada de *Pearson* no se encontró evidencia estadísticamente significativa que indica asociación,  $p = 0.192$ . (Cuadro 31).

**Cuadro 31.** Asociación entre depresión y consumo de tabaco en dos categorías.

CES-D	No Consumo f (%)	Si Consumo f (%)	Total f (%)
Sin Depresión	200 (98.50)	3 (1.50)	203 (73.30)
Con Depresión	71 (95.90)	3 (4.10)	74 (26.70)
Total	271(97.8)	6 (2.20)	277

9).- En el análisis de estudiantes con nivel de ansiedad y su asociación con el consumo de tabaco, a través de la prueba ji-cuadrada de *Pearson* no se encontró evidencia estadísticamente significativa que indique tal asociación,  $p = 0.980$  (cuadro 32).

**Cuadro 32.** Asociación entre ansiedad y consumo de tabaco

ANSIEDAD	Sin Consumo f (%)	Débil f (%)	Medio f (%)	Fuerte f (%)	Total f (%)
Ausente	230 (83.00)	4 (1.40)	1 (0.40)	0 (0.00)	235 (84.80)
Leve	33 (11.90)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	33 (11.90)
Moderada	8 (2.90)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.40)	9 (3.20)
Total	271 (97.80)	4 (1.40)	1 (0.40)	1 (0.40)	277

10).- En el análisis de ansiedad y consumo de tabaco en 2 categorías no existe evidencia de significancia estadística  $p= 1.000$ . (Cuadro 33)

**Cuadro 33.** Asociación de ansiedad y consumo de tabaco.

HAMILTON	FAGESTROM		Total f (%)
	No Consumo f (%)	Si Consumo f (%)	
Sin Ansiedad	230 (83.00)	5 (1.80)	235 (84.80)
Con Ansiedad	41 (14.80)	1 (0.40)	42 (15.20)
Total	271 (97.80)	6 (2.20)	277

11).- En el análisis de estudiantes con ansiedad y su asociación con depresión, a través de la prueba ji-cuadrada de *Pearson* se encontró evidencia estadísticamente significativa que indica asociación,  $p = 0.000$ , y quienes presentan ansiedad moderada tienden a un estado depresivo severo, para aquellos con ansiedad leve no hay una clara evidencia del tipo de depresión que presentan. (Cuadro 34).

**Cuadro 34.** Asociación entre depresión y ansiedad

ANSIEDAD	Sin Depresión f (%)	D. Leve f (%)	D. Moderada f (%)	D. Severa f (%)	Total f (%)
Sin Ansiedad	190 (93.60)	20 (76.90)	15 (62.50)	10 (41.70)	235 (84.80)
A. Leve	11 (5.40)	6 (23.10)	8 (33.30)	8 (33.30)	33 (11.90)
A. Moderada	2 (1.00)	0 (0.00)	1 (4.20)	6 (25.00)	9 (3.20)
Total	203 (73.30)	26 (9.40)	24 (8.70)	24 (8.70)	277

**D.- Consumo de alcohol (AUDIT) en sus tres dominios asociados a los 4 factores de depresión (CES-D).**

Al analizar el consumo de alcohol utilizando el cuestionario AUDIT en sus tres dimensiones en cada una de las unidades académicas, no se observa en general algún riesgo de consumo de alcohol, síntoma de dependencia ni consumo perjudicial de alcohol. Sin embargo, la depresión evaluada por el cuestionario CES-D, en sus cuatro factores, se observa que los alumnos presentan en promedio un efecto deprimido y/o positivo de depresión, según la escala donde se marca que mayor de 8 puntos este efecto está presente. Respecto al efecto somático, se observa que en promedio los alumnos en todas las unidades académicas tienen una tendencia a presentar este efecto. (Cuadro 35).

**Cuadro 35.** Estimación de puntaje en las diferentes dimensiones del consumo de alcohol y depresión en alumnos de las tres unidades académicas de enfermería.

ESCUELA		D1	D2	D3	F1	F2	F3	F4
Mazatlán (n=72)	Media	1.93	0.68	0.89	3.34	6.59	2.46	0.89
	Mediana	1	0	0	1	6	2	0
	DE	2.40	1.64	2.50	4.30	3.65	2.41	1.34
Los Mochis (n=90)	Media	1.64	.3	0.81	3.82	6.86	2.83	0.96
	Mediana	1	0	0	2	7	2	0
	DE	2.11	0.91	1.87	4.38	3.80	2.68	1.37
Culiacán (n=115)	Media	1.56	0.14	0.70	3.02	6.31	2.39	0.60
	Mediana	1	0	0	1	6	2	0
	DE	2.12	0.48	1.76	4.45	3.45	2.37	1.06

<p>Los resultados del cuestionario AUDIT en sus tres dominios</p> <p>D1. Consumo de riesgo de alcohol (ítems 1, 2, 3)</p> <p>D2. Síntomas de dependencia (ítems 4, 5, 6)</p> <p>D3. Consumo perjudicial de alcohol (ítems 7, 8, 9,10)</p>	<p>Los resultados del cuestionario CES-D en sus 4 factores</p> <p>F1. Factor efecto deprimido (ítems 3, 6, 9, 10, 14, 17, 18 y 20)</p> <p>F2. Factor efecto positivo (ítems 4, 7, 8, 12 y 16)</p> <p>F3. Factor efecto somático (ítems 1, 2, 5, 11 y 13)</p> <p>F4. Factor efecto interpersonal (ítems 15 y 19)</p>
---	---

Cuando se llevaron a cabo las categorías (presencia puntaje superior a 8, tanto para las tres dimensiones de consumo de alcohol como para los cuatro factores de depresión, se observa, usando el estadístico Ji-cuadrada de *Pearson*, que no más de 4% de los alumnos presentan rasgos de consumo de alcohol. En relación a los cuatro factores de depresión se evidencia que los alumnos de las tres unidades académicas presentan más el efecto positivo, siendo del 31, 35.6 y 30.2% para los alumnos de la unidad académica Mazatlán, Los Mochis y Culiacán, respectivamente. Sin diferencias entre las unidades académicas,  $p > 0.05$ . (Cuadro 36)

**Cuadro 36.** Frecuencia de alumnos que presentan alguno de los efectos de consumo de alcohol y/o factores de depresión por unidad académica.

	UNIDAD ACADÉMICA			
	Mazatlán Frec (%)	Los Mochis Frec (%)	Culiacán Frec (%)	Total Frec (%)
Alcohol				
Consumo de riesgo	4 (5.56)	3 (3.33)	3 (2.61)	10 (3.61)
Síntomas de dependencia	1 (1.39)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.36)
Consumo perjudicial	3 (4.17)	1 (1.11)	2 (1.74)	6 (2.17)
Depresión				
Efecto deprimido	5 (7.00)	11 (12.20)	13 (11.20)	29 (10.50)
Efecto positivo	22 (31.00)	32 (35.60)	35 (30.20)	89 (32.10)
Efecto somático	1 (1.40)	3 (3.30)	2 (1.70)	6 (2.20)
Efecto interpersonal	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

### E.- Análisis de regresión logística para estimar razón de momios para ansiedad (HAMILTON)

A través del análisis de regresión logística, se estimaron las razones de momios con lo cual se evidenció que los alumnos con algún nivel de ansiedad (leve o moderada) tienen más riesgo de padecer efecto deprimido (OR=8.8) o somático (OR=31.6) en comparación con aquellos que no presentan síntomas de ansiedad,  $p < 0.05$ .

## VII. DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la ley establece una edad específica para poder comprar y/o consumir bebidas alcohólicas en casi todos los países en donde el consumo de alcohol ha sido legalizado. Esto se debe a que en menores de edad esta práctica tiene repercusiones en la salud y el desarrollo de la persona; la OMS revela otra cifra importante de consumo de alcohol a nivel mundial en los adolescentes del 26% mientras que en la población de estudiantes de enfermería de esta investigación es del 55.6% este es un dato alarmante si recordamos las repercusiones para la salud que esta práctica tiene; además la comisión nacional contra las adicciones en México reporta datos importantes de consumo de alcohol en la Población Mexicana del 51.4% de su población total (hombres: 62.7% y mujeres: 40.8%) estas cifras son similares en la presente investigación la cual reporta un consumo de alcohol del 55.6%, en la población de estudiantes de enfermería de Sinaloa el consumo es mayor en las hombres, además se encontró evidencia estadística de asociación  $p=0.005$  lo que significa que el sexo si tiene relevancia en el consumo de alcohol., mientras que el grado escolar también es relevante y está asociado con el consumo de alcohol de manera estadística ( $p=0.009$ ), y el riesgo de consumo de alcohol es 2.4 veces más en los de cuarto grado en comparación con los de primero, mientras que Leyva Díaz en Costa Rica en su estudio de análisis de factores asociados<sup>20</sup> al fenómeno de las drogas en estudiantes de segundo y cuarto año de la carrera de licenciatura de enfermería encontró que es en segundo año donde existe más consumo de este tipo de sustancias como el tabaco y el alcohol en un 62.2%.

En cuanto al consumos de tabaco la presente investigación reporta asociación con sexo  $P=0.049$ , con este dato podemos deducir que el sexo si determina el consumo de tabaco. El CONADIC menciona que el consumo de tabaco en la población de adolescentes mexicanos es del 12.3% (1.7 millones) de los adolescentes que son fumadores activos, 16.4% son hombres (1.1 millones) y 8.1 % son mujeres (539 mil), en esta investigación también predomina en mayor proporción el consumo de tabaco en los hombres siendo esta de 5.3% en cuanto al consumo de estas drogas licitas tanto de

alcohol como del tabaco coincidimos con el estudio de Ortega Pérez, Costa Juniors y Pereira sobre el perfil epidemiológico de la drogadicción en estudiantes universitarios quien menciona que la edad de inicio de consumo es entre 13 y 21 años<sup>24</sup>.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. Puede convertirse según la OMS en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad de moderada a grave, puede causar también gran sufrimiento y alterar las actividades cotidianas de comunicación y relación con otras personas y las académicas también. Lo peor es que puede llegar al suicidio que es la causa de un millón de muertes anuales, en la presente investigación tenemos 26.7% de estudiantes que presentan depresión en alguno de sus niveles, este es un dato que está por debajo de lo recabados por Serrano, Rojas y Ruggeiro en México sobre depresión y ansiedad en 218 universitarios de entre 18 y 21 años quienes mencionan el 57% de depresión<sup>44</sup> estos datos numéricos dan evidencia de la afirmación de la World Federation For Mental Health (WFMH) en su artículo depresión una crisis global que dice para el 2030 la depresión ocupara el primer lugar en el mundo; el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz menciona que entre las diez principales enfermedades, tres son enfermedades mentales y la depresión ocupa el primer lugar de prevalencia en México; La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica menciona que la sintomatología depresiva es uno de los cinco principales factores que limitan el desarrollo los estudiantes.

Es importante mencionar que la ansiedad puede definirse como una anticipación y síntomas de tensión que hasta cierto punto es un estado emocional normal ante determinadas situaciones y es respuesta habitual en ciertas situaciones cotidianas estresantes es decir cierto grado de ansiedad es normal para las exigencias del día, Serrano, Rojas y Ruggeiro<sup>41</sup> encontraron que el 16.6% de la población de su estudio en México tenían indicadores de ansiedad ante esta cifra se puede notar que es poca la diferencia que existe con los resultados obtenidos en la presente investigación la cual reporta 15.2% de ansiedad (n=42), de los cuales la prevalencia mayor se inclina al sexo femenino en un 71.40 %.

## VIII CONCLUSIONES

La revisión de los datos obtenidos en el presente estudio y el procesamiento estadístico de los mismos, nos permite describir el resultado de la hipótesis planteada:

- Existe asociación entre el consumo de alcohol, tabaco, depresión y ansiedad en alumnos de tres unidades académicas de enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

con evidencia significativa de asociación entre casi todas, solo ansiedad y consumo de tabaco no tienen asociación, además se encontró asociación entre algunas de las variables sociodemográficas, un ejemplo de esto es que el consumo de alcohol se incrementa a mayor grado escolar esta información en particular sirve para realizar intervenciones educativas en los alumnos que cursan grados escolares avanzados, realizar una evaluación posterior a la intervención para valorar su efectividad, sin dejar de pensar también como estrategia la elaboración de proyectos educativos y dar a conocer en las reuniones que tienen las tres escuelas en donde se realizan cambios en los programas existentes y donde se podrían retomar las propuestas.

En esta investigación se utilizó el cuestionario Hamilton para valorar la ansiedad de los alumnos en sus niveles y los resultados obtenidos son que el 15.20% de la población estudiada presentan ansiedad en alguno de sus niveles, siendo la escuela de los Mochis quien presenta más alumnos con este problema en un 18.9%, y la edad más afectada es de 20 a 21 años, y el grupo de mujeres con un 14.9 %

Los alumnos presentan rasgos depresivos en un 26.70 % en este grupo de estudio, se consideran especiales por sus características, dentro de las que destacan las de ser estudiantes de enfermería y a los que la sociedad espera se comporte lo mejor posible, la escuela de los Mochis la más afectada con un porcentaje de 37.78 % y la edad con más afectación es entre 20 y 21 años en un 40.50 % y las mujeres son las afectadas en mayor proporción con 28.70 %

Al estudiar la variable de consumo de alcohol encontramos que del total de la población estudiada el 55.60 % presentan consumo de alcohol y la escuela más afectada es la de Culiacán con el 41.60 %, el rango de edad en el que se presenta mayor consumo es de 20 a 21 años y el grado escolar con más consumidores de alcohol es cuarto grado en un 72.41 %, el sexo masculino con un porcentaje de consumo del 69.33 %.

La variable de consumo de tabaco presenta un 2.20 % de consumo en la población total, presentándose mayor consumo en Culiacán en un 3.48 %, la edad de inicio del consumo de tabaco en esta población es en el rango de 16 a 20 años, siendo la edad de mayor consumo en 22 a 25 años, dentro del sexo el hombre consume más tabaco en un 5.33 % y el grado escolar que está afectado es tercero y cuarto grado con 3.45 %.

Es importante mencionar que los estudiantes de enfermería se encuentran en formación y tienen las herramientas que les permiten un control en el consumo de alcohol y de tabaco; tomando en cuenta que tendrán la oportunidad de ayudar a la comunidad a modificar sus estilos de vida no saludables como el consumo de estas sustancias lícitas, donde el personal de la salud desde estudiantes son identificados como el principal agente de cambio, al ser él, quien tiene contacto con los pacientes además de inspirar confianza en los usuarios de los servicios de salud, y donde la población les exige que sean un modelo a seguir. Por otra parte dentro de este modelo que visualiza la población también está la salud en general y principalmente la salud mental que sin duda juega un papel muy importante en la toma de decisiones, la motivación hacia los usuarios que demandan atención es por esto la importancia de concientizar a los estudiantes de enfermería como su propia salud física y mental es importante. Principalmente la depresión y la ansiedad. Para poder brindar atención de calidad a las personas que así lo demandan. Por todo esto es importante también que los directivos o personal capacitado puedan identificar estudiantes con factores de riesgo para presentar estados de salud comprometidos y realizar acciones planeadas y dirigidas hasta lograr que el estudiante recupere su salud y que pueda insertarse en el mercado laboral en las mejores condiciones.

## IX LIMITACIONES

Dada la naturaleza transversal de este estudio no es posible evaluar la dirección de las asociaciones encontradas entre las variables principales, consumo de alcohol, tabaco, depresión y ansiedad. Por lo que es necesario completar este estudio con otros de tipo longitudinales, que permitieran demostrar que las conductas emocionales (depresión, ansiedad) predicen el consumo de drogas lícitas (alcohol, tabaco). Asimismo, estudios futuros deberían evaluar en qué medida las variables de este estudio interactúan con otras variables identificadas en estudios previos como factores de riesgo para el consumo en adolescentes, y en particular en estudiantes de enfermería quien es considerado por la población como un modelo a seguir, y quien en un momento será quien le proporcione información para lograr el bienestar personal o familiar.

sin embargo, es necesario comentar que el método de auto-informe elegido para la recogida de los datos, el cual, aunque permite acceder a información exclusiva que proviene directamente del estudiante, presenta ciertas limitaciones, ya que asume la validez que implica que el individuo responde de manera sincera y no está sometido a ningún tipo de influencia. Por otro lado, debido a que muchas de las variables analizadas están relacionadas con aspectos de percepción y satisfacción de los adolescentes, se considera importante para el futuro, triangular los datos obtenidos en esta investigación, con otro tipo de metodología de tipo cualitativo, que permita por un lado, comprobar los resultados obtenidos, y por otro, profundizar en el mundo de las percepciones y emociones de los adolescentes en relación al consumo de alcohol y tabaco.

## X PERSPECTIVAS

El comportamiento humano y la toma de decisiones, en cuanto a lo acertado y errático que puede ser direccionar la conducta hacia el consumo o no de drogas licitas, es tan diverso, que aun el ser humano conociendo esta problemática social la sigue realizando, por lo que es fundamental explorar desde un análisis cualitativo elementos como los sentimientos, el entorno familiar y de amistad pues sin duda esta revisión aportara elementos muy importantes para la construcción de intervenciones dirigidas a este grupo de estudiantes y se podrá replicar en otros escenarios educativos.

La conducta misma de algunos sentimientos y reacciones del organismo relacionados con procesos bioquímicos como la descarga de adrenalina para huir o actuar en caso necesario, que a veces se salen de control y es cuando la ansiedad y en algunos casos la depresión se torna una amenaza para la educación en donde también impacta las cifras de alumnos en cuanto a deserciones y calificaciones bajas por lo que es recomendable considerar la implantación de un programa de salud mental que permita al alumno mediante apoyo por personal calificado, profundizar en sus sensaciones y reacciones, interiorizarse y aceptar ayuda.

De igual manera se propone utilizar el modelo del enfermero psiquiatra Phil Barker quien utiliza el modelo de la marea en la recuperación mental y el agua como una metáfora para describir el fenómeno de salud mental como un mar en caos, también menciona el efecto mariposa para describir que pequeñas acciones dirigidas a mejorar la conducta de un individuo podrán tener excelentes resultados, y así ayudar a la persona a definir, conocer y empezar el complejo y exigente viaje de la recuperación.

Por otra parte es recomendable utilizar el modelo de auto cuidado de Dorothea Orem que se puede retomar pues una de las propuestas de esta teoría es en como la conducta que se realiza en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno afectan su propio desarrollo y funcionamiento, para beneficio de su vida, su salud o bienestar. Es importante

mencionar que las tres escuelas de enfermería del estado de Sinaloa utilizan para la enseñanza-aprendizaje este modelo y solo se direccionaría específicamente en la utilización del sistema educativo que menciona la teoría.

Finalmente, un compromiso resultante de esta investigación es dar a conocer los resultados y las intervenciones propuestas en las tres escuelas participantes en una de sus reuniones programadas, para conocer sus opiniones respecto a los hallazgos, pues también podrían tener propuestas importantes para mantener esta problemática controlada y disminuir su incidencia.

## REFERENCIAS

1.- Encuesta Nacional de Adicciones. Consumo de alcohol: Prevalencias globales, patrones de consumo y variaciones regionales. [Internet]. 2011 [consulta] 2014 Noviembre 25. Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/ena\\_.html](http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/ena_.html).

2.- Encuesta Nacional de Adicciones. Consumo de Tabaco, exposición al humo de tabaco ambiental y estrategias de control en México. [Internet]. 2011 [Consulta] 2014 Noviembre 25. Disponible en :[http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/ena\\_.html](http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/ena_.html).

3.- Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. (Adultos, Adolescentes). [Internet]. 2003-2010 [Consulta 24 de 2014]. Disponible en:<http://indprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>.

4.- Flores R, Jiménez SD, Pérez S, Ramírez PB, Vega CZ. Depresión y Ansiedad en Estudiante Universitarios. Revista de psicología Iztacala ;2007. 10 (2): 94 -105

5.- World Health Organization. [Internet]. 2008; [Consulta 20 noviembre 2014]. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf).

6.- Becoña E. et al. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.[Internet]. 2010; [Consulta 12 octubre 2014]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoría2/pública/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf>.

7.- ACTAD. Asociación Catalana para el tratamiento de la Ansiedad y la Depresión. [Internet]. 2014; [Consulta 22 noviembre]. Disponible en: [http://www.actad.org/actad\\_es\\_ansiedad.php](http://www.actad.org/actad_es_ansiedad.php).

8.- Yañez BG. Consumo de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes del nivel medio superior [Internet].2005; [consultad 22 marzo 2014]. Disponible en: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Tesis\\_Digitales/drogasilicitas4.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Tesis_Digitales/drogasilicitas4.pdf)

9.- OMS. Conceptos sobre adicciones. [Internet]. 2014; [consultado 22 enero 2015]. Disponible en: [http://www.itm.edu.co/Data/Sites/1/SharedFiles/Bienestar/Adicciones/Conceptos\\_sobre Adicciones.pdf](http://www.itm.edu.co/Data/Sites/1/SharedFiles/Bienestar/Adicciones/Conceptos_sobre_Adicciones.pdf).

10.- La Organización Panamericana de la Salud (OPS). Manual para el uso en la atención primaria, Washington, D.C; Estados Unidos de América. [Internet]. 2010; [Consulta 26 octubre 2014]. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_screening\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf)

11.- CIE - 10. Clasificación de trastornos Mentales, OMS. [Internet]. 2010; [consulta 22 octubre 2014]. Disponible en: [http://www.capitalemocional.com/Textos\\_Psico/Clasificaci%F3n\\_de \\_transtornos\\_mentales\\_CIE\\_10pdf](http://www.capitalemocional.com/Textos_Psico/Clasificaci%F3n_de_transtornos_mentales_CIE_10pdf).

12.- López-Maldonado MC, Villar MA, da Silva Gherardi-Donato EC. Consumo de drogas lícitas en estudiantes de enfermería de una universidad privada en Bogotá, Colombia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 19: 707-713.

13.- Meza-Benavides MA, Ferreira AR. Experiencias y significados sobre el fenómeno de las drogas en estudiantes de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19: 691-698.

14.- Leiva V. Análisis de factores asociados al fenómeno de las drogas en estudiantes de segundo y cuarto año de carrera de licenciatura en enfermería. Rev. Ciencias Sociales 2009; (123-124): 105-118

15.- Jamal M, Willem Van Does AJ, Cuijpers P. Penninx BW. Asociación of smoking and nicotine dependence with severity and course of symptoms in patients with depressive or anxiety disorder. Elsevier 2012; 126 (1):138-146

16.- Giletta M, Scholte R, Prinstein M, Engels R, Rabaglietti E, Burk W. Friendship Context Matters: Examining the Domain Specificity of Alcohol and Depression Socialization Among Adolescents. *J. Abnorm Child Psychol* 2012; 40: 1027-1043.

17.- Roberts SJ, Glod CA, Kim R, Houchell J. Relationships between aggression, depression, and alcohol, tobacco: implications for healthcare providers in student health. 2010; 22: 369-375.

18. - Ortega- Pérez CA, Da Costa-Júnior ML, Pereira G. Epidemiological profile of drugs addiction in college students. *Rev. Latino-Am Enfermagem*; 2011; 19: 665- 672.

19. - Cid P, Pimenta AM. Perceptions of drugs benefits and barriers to quit by under graduate health students. *Latino-am Enfermagem*. 2008; 16: 621- 626.

20. - Sánchez-López MP, Rivas-Diez R, Cuellar-Flores I. Masculinity and Femininity as Predictors of Tobacco and Alcohol Consumption in Spanish University Students. *Health and Addictions*. 2012; 13:15-22

21. - Melina J. et al. Knowledge, attitudes and practices related to use of psychoactive substance among nursing students of an university department of Atlántico (Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte*. 2012; 28:322-334.

22.- Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (adultos, Adolescentes). [Internet]. 2010; [consulta 23 octubre 2014]; Disponible en: <http://indprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>.

23.- Becoña E. Et al. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. [Internet]. 2010; [consulta 25 noviembre 2014] Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf>

24.- Gerhard M, Camacho P. Guía Clínica Para el Manejo de la Depresión, Secretaria De Salud. [Internet]. 2010; [consulta 22 noviembre 20014]. Disponible en:

[http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/manejo\\_depresion.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/manejo_depresion.pdf).

25.- Villatoro-Velázquez JA et al. Reporte de Drogas. [Internet] 2011 [Consulta 22 de Octubre 2014]; Disponible en: [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx), [www.insp.mx](http://www.insp.mx).

26.- Encuesta nacional de adicciones. Consumo de alcohol: Prevalencias globales, patrones de consumo y variaciones regionales. [Internet]; 2011 [Consulta 22 Noviembre 2014]. Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/ena\\_.html](http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/ena_.html).

27.- Norma oficial mexicana NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. [Internet]. 2009; [Consulta 12 Noviembre 2014]. Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma\\_oficial\\_nom.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf)

28.- Portal OMS. [Internet]. 2008; [Consulta 12 de noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

29.- Babor F, et al. Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol AUDIT. [ Internet]; 2001 [Consulta 22 de Noviembre 2014]. 1-40. Disponible en [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf)

30. - Wellman RJ, Savageau N, Friedman K, Hazelton J, Difranza JR. A comparison of the Hooked on Nicotine Checklist and the Fagerström Test for Nicotine Dependence in adult smokers. Oxford Journal. 2006 Agosto; 8(4): p. 457-480.

31. - Vázquez E, Becoña FL. The Fagestrom test for nicotina dependence in a spanish sample. Psychological Reports 1998;10 (83): 1455-1458.

- 32.- Becoña E, Vazquez FL. The Fagestrom test for nicotine dependence in a spanishsample. [Internet]. 1998; [consulta 22 octubre 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10079737>
- 33.- González- Forteza C, Warner FA, Jimenez A. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: Análisis bibliométrico. Salud Mental. 2012; 35 (1): 13-20
- 34.- Flores R. Jiménez SD, Pérez S. Ramírez PB Vega CZ. Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios. Revista de Psicología Itztacala. 2007; 10(2). 94-105.
- 35 -Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety. British. Journal of Psychiatry. 1969; 3
36. -Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety. British Journal of Psychiatry.1969; 3: p. 76-79.
- 37.- Contell M, Gual A, Colom J. Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. Adicciones.1999 11:337-347
- 38- Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, De Souza JA. Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. J. bras. pneumol. 2009; 35 (1): 73-82.
- 39.- Terrones-González A. et al, Propiedades psicométricas de la CES-D en población universitaria de la ciudad de Durango, México. Revista Salud Mental. 2012; 35:305-313
- 40.- Lobo A. et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica. 2002; 118(13):493-499.

41.- Serrano, Rojas, Ruggero, 2013, "Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios", México, Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 15, núm. 1, enero-junio.

## XI ANEXOS

### Ítems del AUDIT

Es un instrumento con 10 ítems que valoran el consumo reciente de alcohol, identifica el consumo de riesgo.

- 1) .- ¿Qué tan frecuentemente tomas bebidas alcohólicas?
- 2) .- ¿Cuántas copas tomasen un día típico o común de los que bebes.
- 3) .- ¿Qué tan frecuentemente tomas 6 o más copas en una misma ocasión?
- 4) .- ¿Durante el último año te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?
- 5) .- ¿Durante el último año que tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías haber hecho por beber?
- 6) .- ¿Durante el último año que tan frecuentemente bebiste en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?
- 7) .- ¿Durante el último año que tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?
- 8) .- ¿Durante el último año que tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?
- 9) .- ¿Te has lesionado o alguien ha resultado lesionado consecuencia de tu ingesta de alcohol?
- 10).- ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebes o te ha sugerido que le bajes al consumo?

### Ítems del FAGESTROM

Es un instrumento con 6 ítems, predictor del consumo de tabaco.

- 1) .- ¿Cuántos minutos pasan entre el momento en que te levantas y el momento en que fumas el primer cigarro?
- 2) .- ¿Te cuesta trabajo no fumar en lugares donde está prohibido hacerlo (cines, hospitales, metro, salón de clases...)?

- 3) .- ¿Cuál es el cigarro que más se te antoja?
- 4) .- ¿Cuántos cigarros fumas al día?
- 5) .- ¿Fumas más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?
- 6) .- ¿Fumas aunque estés tan enfermo como para estar en la cama?

### Ítems del CES-D

Es un instrumento para medir depresión con 20 ítems con 4 opciones de respuesta que indican intensidad y/ o frecuencia.

- 1) .- Me molestaron cosas que usualmente no me molestan
- 2) .- No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito
- 3) .- Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de familiares y amigos
- 4) .- Sentía que era tan bueno(a) como cualquier otra persona
- 5) .- Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo
- 6) .- Me sentía deprimido (a)
- 7) .- Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo
- 8) .- Me sentía optimista sobre el futuro
- 9) .- Pensé que mi vida era un fracaso
- 10) .- Me sentía con miedo
- 11) .- Mi sueño era inquieto
- 12) .- Estaba contento(a)
- 13) .- Hable menos de lo usual
- 14) .- Me sentí solo (a)
- 15) .- La gente no era amigable
- 16) .- Disfrute de la vida
- 17) .- Pase ratos llorando
- 18) .- Me sentí triste
- 19) .- Me sentí que no le caía bien a la gente
- 20) .- No podía seguir adelante

## Ítems del HAMILTON

Es un instrumento con 14 ítems que miden la ansiedad en su intensidad.

- 1) **.-Estado ansioso:** Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.
- 2) **.-Tensión:** Sensaciones de tensión, fatiga, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.
- 3) **.-Temores:** A la obscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes
- 4) **.-Insomnio:** Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio, y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.
- 5) **.-Funciones intelectuales (cognitivas):** Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.
- 6) **.-Humor depresivo:** Perdida de interés. Falta de placer en los pensamientos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.
- 7) **.-Síntomas somáticos musculares:** Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.
- 8) **.-Síntomas somáticos sensoriales:** zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad, Sensaciones parestesias(pinchazos, picazón, u hormigueos)
- 9) **.-Síntomas cardiovasculares:** taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho) pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de baja presión o desmayo, arritmias.
- 10) **.-Síntomas respiratorios:** opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o dificultad respiratoria.
- 11) **.-Síntomas gastrointestinales:** Dificultades al deglutir, Flatulencia, dolor abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.

- 12).-Síntomas genitourinarios:** Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta de periodo menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia sexual.
- 13) .-Síntomas del sistema nervioso autónomo:** Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, Vértigos, cefaleas (Dolor de cabeza) por tensión, pilo erección (piel de gallina)
- 14).- Conducta en el transcurso del test:** inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez, deglución de saliva, eructos, tics.

## Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Consumo de alcohol	Es una práctica donde el alcohol es un sedante/hipnótico con efectos parecidos a los de los barbitúricos. EL consumo sin control puede causar envenenamiento o incluso la muerte; origina en ocasiones dependencia o un gran número de trastornos mentales, físicos y orgánicos.	Nivel bajo de consumo: 8 a 15 puntos Nivel medio de consumo: 16 a 19 puntos Nivel alto de consumo: Igual o más de 20 puntos.	Cualitativa.	Ordinal.
Consumo de tabaco	Es una práctica adictiva de la nicotina, la cual condiciona el abuso de su consumo	Sin dependencia de Consumo de 0 a 2 puntos. Dependencia débil de 3 a 4 puntos. Dependencia media de 5 a 6 puntos. Dependencia fuerte de 7 a 8 puntos. Dependencia muy fuerte de 9 a 10 puntos.	Cualitativa.	Ordinal.
Depresión	Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Sin depresión: 0-16 puntos. Depresión leve: 17-20 puntos. Depresión moderada: 21-25 puntos. Depresión severa: 26 o más puntos.	Cualitativa.	Ordinal.

Ansiedad	Es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza profunda.	Ausente: 0 a 14 puntos Intensidad leve: 15 a 28 puntos. Intensidad moderada: 29 a 42 puntos. Intensidad grave: 43 a 55 puntos. Totalmente incapacitado: 56 puntos.	Cualitativa.	Ordinal.
Sexo	Condición orgánica, masculino o femenino	Catalogar como hombre o mujer	Cualitativa	Nominal
Edad	Tiempo en que una persona ha vivido desde que nació	Años de vida de una persona	Cuantitativa	Discreta
Estado civil	El contrato de convivencia que guardan las personas bajo un contrato formal o informal.	Casado Unión libre Separado Divorciado Viudo Soltero	Cualitativa	Nominal
Actividad laboral	Actividad remunerada (trabajo) que realiza el ser humano para satisfacer sus necesidades	No trabajo Si, medio tiempo(4 horas) Si, tiempo completo (8 horas) Si, los fines de semana.	Cualitativa	Ordinal
Trabajo desempeñado	Descripción de la actividad que el alumno realiza y por la cual percibe un salario	Empleado de comercio / negocio familiar. Prestador de servicios (vendedor /atiende negocio). Mesero, cantinero. Actividad relacionada con enfermería. otros	Cualitativa	Nominal
Con quien vive	Personas con las que vive en casa	Con su papá Con su mamá Con ambos	Cualitativa	Nominal
Salario mensual	Cantidad de dinero que se recibe por una actividad desempeñada durante un mes.	¿Anote el salario?	cuantitativa	Discreta
Escolaridad de los padres	El grado máximo de estudios del padre y de la madre	Sin educación formal. Escuela primaria. Preparatoria o equivalente. Universidad / posgrado.	Cualitativa	Nominal

Uso habitual de alcohol de personas cercanas	Hábito de consumo de alcohol	Papá Mamá Hermanos (as) Otros familiares Tu mejor amigo Tu pareja.	Cualitativa	Nominal
Uso habitual de tabaco de personas cercanas.	Hábito de consumo de tabaco	Papá Mamá Hermanos (as) Otros familiares Tu mejor amigo (a) Tu pareja	Cualitativa	Nominal
Intento personal de reducir o dejar el consumo de alcohol	Afirmación o negación de actividades para reducir o dejar el consumo de alcohol.	Si No	Cualitativa	Nominal
Intento personal de reducir o dejar el consumo de tabaco	Afirmación o negación de actividades para reducir o dejar el consumo de tabaco	Si No	Cualitativa	Nominal
Amigo familiar o alguien, mostro preocupación por el consumo de alcohol	Preocupación de alguna persona cercana por el consumo de alcohol	Si No	Cualitativa	Nominal
Amigo familiar o alguien, mostro preocupación por el consumo de tabaco.	Preocupación de alguna persona cercana por el consumo de tabaco	Si No	Cualitativa	Nominal

**Instrumento para evaluar consumo de Alcohol, Tabaco, depresión y ansiedad**



Universidad Nacional Autónoma de México  
Maestría en Enfermería



---

---

## **Instrumento de Evaluación**

Para Consumo de Tabaco, Alcohol y  
Síntomas de Depresión y Ansiedad

---

---

## INTRODUCCIÓN

La depresión y la ansiedad son un fenómeno de salud pública que afecta las actividades diarias, éstos, son trastornos mentales que se caracterizan por síntomas y signos como la tristeza, culpa, inutilidad, inseguridad, miedo, preocupación, pensamientos negativos, entre otros.

El 20% de la población en México ha padecido depresión en algún momento de su infancia o adolescencia; otro problema que se debe mencionar es el consumo de alcohol que inicia en los jóvenes a edades cada vez más tempranas. El uso de tabaco y alcohol precede al consumo de drogas ilícitas en todas sus formas y patrones de consumo.

La Organización Mundial de la Salud, revela que el consumo de tabaco, en países desarrollados y en desarrollo, va en aumento al igual que la tendencia del tabaquismo en las mujeres. La prevalencia, a nivel mundial, de consumo activo de alcohol es de 26%; la edad de inicio se establece a los 17.2 años. Estos datos evidencian la magnitud del problema social del consumo de alcohol y de tabaco en la población adolescente y de cómo a pesar de realizar programas para su disminución, éste ha sido trascendente y cada vez con más complicaciones para la salud de la población general, por lo que es de suma importancia conocer el fenómeno de consumo de estas sustancias lícitas en la población estudiantil de enfermería quien en un futuro será un profesional dedicado a la prevención y promoción de la salud.



## CUESTIONARIO PARA ASOCIACIÓN

### INSTRUCCIONES

FOLIO

Este cuestionario es parte de un estudio que se está realizando con estudiantes de la CARRERA DE ENFERMERÍA DE SINALOA, estamos interesados en conocer algunos aspectos de salud relacionados con tus hábitos de consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, así como síntomas de depresión y ansiedad. Tu participación es voluntaria, si decides no participar esto no tendrá ningún impacto en tus calificaciones. Si aceptas colaborar, al final te daremos información que te ayudará en caso de que la necesites. Todas tus respuestas son confidenciales, nadie podrá saber tus resultados de forma individual, ya que se presentarán en forma de un resumen estadístico de los estudiantes participantes de Sinaloa. No existen respuestas correctas o incorrectas, nos sería de gran utilidad que respondas la totalidad de las preguntas. Puede ser que algunas preguntas te parezcan repetitivas o parecidas, te pedimos que las responda todas. La persona encargada te hará entrega de este cuestionario, te pedimos que leas cada una de las preguntas de este y registres tus respuestas, cuidando que todas las preguntas estén debidamente contestadas.

FECHA   /   /   LUGAR DE APLICACIÓN \_\_\_\_\_ SEMESTRE \_\_\_\_\_

FIRMA DE ACEPTACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO \_\_\_\_\_

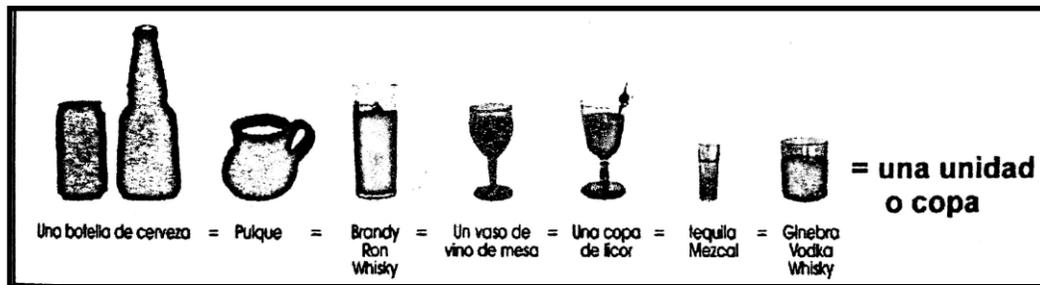
MARCA CON UNA X O CONTESTA LA RESPUESTA QUE CONSIDERES SEA LA CORRECTA

### Datos Socio demográficos

1.- Sexo	1.1. Hombre	1.2. Mujer	
2.- Edad	2.1. Años cumplidos		
3.- Estado civil	3.1. Casado (a)	3.4. Divorciado (a)	
	3.2. Unión libre	3.5. Viudo (a)	
	3.3. Separado (a)	3.6. Soltero (a)	
4.- ¿Trabajas?	4.1. No trabajo	4.3. Si trabajo tiempo completo (8 horas diarias)	
	4.2. Si trabajo medio tiempo (4 horas diarias)	4.4. Trabajo los fines de semana	
5.- ¿Trabajo desempeñado?	5.1. Empleado de comercio/negocio familiar	5.4. Actividad relacionada con enfermería	
	5.2. Prestador de servicios (vendedor/atiendo negocio)	5.5. Otros	
	5.3. Mesero, cantinero		
6.- ¿Con quién vives?	6.1. Sólo con mi papá	6.3. Con los dos	
	6.2. Sólo con mi mamá		
7.- ¿En casa, con quien vives?	7.1. Hermanos (as)	7.4. Sólo	
	7.2. Otros familiares	7.5. Con mi pareja	
	7.3. Con amigos		
8.- ¿Tu salario mensual es de?	8.1. Salario mensual		
9.- ¿Cuál es la escolaridad de tu papá (o sustituto)?	9.1. Sin educación formal	9.4. Preparatoria o equivalente	
	9.2. Escuela primaria	9.5. Universidad/postgrado	
	9.3. Secundaria o equivalente		
10.- ¿Cuál es la escolaridad de tu mamá (o sustituta)?	10.1. Sin educación formal	10.4. Preparatoria o equivalente	
	10.2. Escuela primaria	10.5. Universidad/posgrado	
	10.3. Secundaria o equivalente		

11.- ¿Alguna de estas personas usa alcohol de forma habitual? Cerveza, vino (blanco, rosado, tinto), brandí, whisky, ron, coolers, licores, destilados, etc.  <b>NOTA:</b> Puedes marcar más de una opción	11.1 Papá		11.4. Otros familiares	
	11.2. Mamá		11.5. Tu mejor amigo (a)	
	11.3. Hermanos (as)		11.6. Tu pareja	
12.- ¿Alguna de estas personas usa tabaco de forma habitual? Cigarrillo, puro, pipa, etc.  <b>NOTA:</b> Puedes marcar más de una opción	12.1 Papá		12.4. Otros familiares	
	12.2. Mamá		12.5. Tu mejor amigo (a)	
	12.3. Hermanos (as)		12.6. Tu pareja	
13.- ¿Has intentado alguna vez, reducir o dejar de consumir alcohol y no lo has logrado?	13.1. Sí		13.2. No	
14 - ¿Has intentado alguna vez, reducir o dejar de consumir tabaco y no lo has logrado?	14.1. Sí		14.2. No	
15.- ¿Alguna vez un amigo, un familiar o alguien ha mostrado preocupación por tu consumo de alcohol?	15.1. Sí		15.2. No	
16.- ¿Alguna vez un amigo, un familiar o alguien ha mostrado preocupación por tu consumo de tabaco?	16.1. Sí		16.2. No	

**Tabla 1. Equivalencias de bebidas**



Trata de reconocer tu consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses

17.- ¿Qué tan frecuentemente tomas bebidas alcohólicas?	17.1. Nunca	17.4. Dos o tres veces por semana
	17.2. Una vez al mes o menos	17.5. Cuatro o más veces por semana
	17.3. Dos o cuatro veces al mes	
18.- ¿Cuántas copas tomas en un día típico o común de los que bebes?  (ver tabla 1)	18.1. Una o dos veces al día	18.4. Siete a nueve veces al día
	18.2. Tres o cuatro veces al día	18.5. Diez o más veces al día
	18.3. Cinco o seis veces al día	
19.- ¿Qué tan frecuentemente tomas 6 o más copas en la misma ocasión?	19.1. Nunca	19.4. Semanalmente
	19.2. Menos de una vez al mes	19.5. Diario o casi diario
	19.3. Mensualmente	
20.- ¿Durante el último año ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?	20.1. Nunca	20.4. Semanalmente
	20.2. Menos de una vez al mes	20.5. Diario o casi diario
	20.3. Mensualmente	
21.- ¿Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?	21.1. Nunca	21.4. Semanalmente
	21.2. Menos de una vez al mes	21.5. Diario o casi diario
	21.3. Mensualmente	

22.- Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebiste en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?	22.1 Nunca	22.4. Semanalmente	
	22.2. Menos de una vez al mes	22.5. Diario o casi diario	
	22.3. Mensualmente		
23.- Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?	23.1 Nunca	23.4. Semanalmente	
	23.2. Menos de una vez al mes	23.5. Diario o casi diario	
	23.3. Mensualmente		
24.- Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?	24.1. Nunca	24.4. Semanalmente	
	24.2. Menos de una vez al mes	24.5.- Diario o casi diario	
	24.3. Mensualmente		
25.- Te has lesionado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de tu ingesta de alcohol?	25.1. No	25.3. Sí, en el último año	
	25.2. Sí, pero no en el último año		
26.- ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebes o te ha sugerido que le bajes al consumo?	26.1. No	26.3. Sí, en el último año	
	26.2. Sí, pero no en el último año		

**Nombres comunes del tabaco y bebidas alcohólicas**

---

**Tabaco:** cigarrillo, puro, pipa, etc.

**Bebidas alcohólicas:** cerveza, pulque, vino, brandy, whisky, ron, tequila, coolers, presidencola, licores, destilados, etc.

---

Las siguientes preguntas son acerca del consumo de tabaco (si nunca has consumido tabaco pasa a la pregunta 35, pero contesta antes la 27 y si alguna vez consumiste casualmente contesta la 28.

27.- Actualmente ¿Fumas?	27.1. Sí	27.2. No	
28.- ¿Cuántos años tenías la primera vez que fumaste un cigarro completo?	28.1. De 8 a 10 años	28.3. De 16 a 20	
	28.2. De 11 a 15	28.4. Más de 21	
29.- ¿Cuántos minutos pasan entre el momento en que te levantas y el momento en que fumas el primer cigarro?	29.1. Más de 60 minutos	29.3. De 6 a 30 minutos	
	29.2. De 31 a 60 minutos	29.4. De 5 minutos o menos	
30.- ¿Te cuesta trabajo no fumar en los lugares donde está prohibido hacerlo? (cines, hospitales, metro, salón de clases, ...)	30.1. Si	30.2. No	
31.- ¿Cuál es el cigarro que más se te antoja?	31.1. El primero de la mañana	31.2. Otros	
32.- ¿Cuántos cigarros fumas al día?	32.1. Menos de 11	32.3. Entre 21 y 30	
	32.2. Entre 11 y 20	32.4. Más de 30	
33.- ¿Fumas más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?	33.1. Sí	33.2. No	
34.- ¿Fumas aunque estés tan enfermo como para estar en la cama?	34.1. Sí	34.2. No	

## TEJADA RANGEL ELEAZARA

---

Nos interesa conocer algunas experiencias que te pudieron haber ocurrido durante la semana pasada.  
Lee cada afirmación e indica el número de días que te sentiste así la semana pasada.

	Ningún día	1 a 2 días	3 a 4 días	5 a 7 días
35. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan				
36. No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito				
37. Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de familiares y amigos.				
38. Sentía que era tan bueno (a) como cualquier otra persona				
39. Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo				
40. Me sentía deprimido (a)				
41. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo				
42. Me sentía optimista sobre el futuro				
43. Pensé que mi vida era un fracaso				
44. Me sentía con miedo				
45. Mi sueño era inquieto				
46. Estaba contento (a)				
47. Hable menos de lo usual				
48. Me sentí sólo (a)				
49. La gente no era amigable				
50. Disfruté de la vida				
51. Pasé ratos llorando				
52. Me sentí triste				
53. Me sentí que no le caía bien a la gente				
54. No podía seguir adelante				

## TEJADA RANGEL ELEAZARA

Por favor la respuesta no la pienses mucho, contesta con lo primero que viene a tu mente, marcando con una **X**

	Ausente (0)	Intensidad leve (1)	Intensidad moderada (2)	Intensidad grave (3)	Totalmente incapacitado (4)
55. <b>Estado ansioso:</b> preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.					
56. <b>Tensión:</b> sensaciones de tensión, fatiga, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.					
57. <b>Temores:</b> a la obscuridad, a los desconocidos, a ser dejado sólo, a los animales, al tráfico, a las multitudes					
58. <b>Insomnio:</b> dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
59. <b>Funciones intelectuales (cognitivas):</b> dificultad de concentración, mala o escasa memoria.					
60. <b>Humor depresivo:</b> pérdida de interés, falta de placer en los pensamientos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado, variaciones anímicas a lo largo del día.					
61. <b>Síntomas somáticos musculares:</b> dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.					
62. <b>Síntomas somáticos sensoriales:</b> zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad, sensaciones parestesias (pinchazos, picazón u hormigueos)					
63. <b>Síntomas cardiovasculares:</b> taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de baja presión o desmayo, arritmias.					
64. <b>Síntomas respiratorios:</b> opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o dificultad respiratoria).					
65. <b>Síntomas gastrointestinales:</b> dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.					
66. <b>Síntomas genitourinarios:</b> micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta de periodo menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia sexual.					
67. <b>Síntomas del sistema nervioso autónomo:</b> boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, pilo erección (piel de gallina)					
68. <b>Conducta en el transcurso del test:</b> inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez, deglución de saliva, eructos, tics.					

Recuerda que eres importante para conocer como estamos en el consumo de tabaco y alcohol, y la posible asociación con la depresión y ansiedad en Sinaloa.

Si al contestar el cuestionario está pasando por alguno de estos problemas de salud y consideras que necesitas orientación, puede acudir al domicilio siguiente: Escuela Superior de Enfermería Culiacán, con domicilio en Avenida Álvaro Obregón y Josefa Ortiz de Domínguez, Colonia Gabriel Leyva, Culiacán, Sinaloa, aula 3 de la Maestría en Enfermería. Teléfono Celular: (667) 201-17-37.

**¡MUCHAS GRACIAS!** Por tu participación

**Cartas de aceptación**

**a).- Prueba piloto**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TLAXCALA  
*Facultad de Ciencias de la Salud*  
*Maestría en Enfermería*  
*Plan 2012*



Oficio Núm. 096/MENF/2014

ELEAZARA TEJADA RANGEL  
ESTUDIANTE DE MAESTRIA DE LA UNAM  
P R E S E N T E

Nos es grato colaborar ofreciendo nuestra escuela de enfermería para la aplicación del instrumento de evaluación que medira alcohol, tabaco, depresión y ansiedad en 30 alumnos de esta escuela y entendemos su objetivo de recabar información para el buen desarrollo de la investigación, titulada:

**Alcohol, tabaco y la salud mental de estudiantes de enfermería en Sinaloa**

Esperamos que con la aplicación del instrumento en nuestra escuela recabe información importante que le permita realizar ajustes al instrumento para poder aplicarlo a la población que ha seleccionado en Sinaloa.

ATENTAMENTE

"Por la Cultura a la Justicia Social"  
Zacatelco, Tlax., 15 de Octubre de 2014



FACULTAD DE CIENCIAS  
DE LA SALUD

Dra. Magdalena Hernández Ramírez  
Coordinadora de la Maestría en Enfermería  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Autónoma de Tlaxcala

**b).- Carta de aceptación para aplicación del instrumento en Mazatlán, Sinaloa.**

Estimada:  
Dra. Alma Delia Fraire de la O.  
Directora de ESEM.

Presente.-

Me dirijo respetuosamente a usted, a fin de solicitar su valiosa colaboración para aplicar el instrumento para la medición de alcohol, tabaco, depresión y ansiedad en alumnos de su escuela, el cual tiene como objetivo recabar información relevante que junto con las escuelas de enfermería de los Mochis y Culiacán permitirán estimar la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol, depresión y ansiedad así como también realizar asociaciones entre grupos de riesgo, esta información es parte del desarrollo de la investigación :

**Alcohol, tabaco y la salud mental de estudiantes de enfermería en Sinaloa.**

Esta información permitirá contar con una base para otras investigaciones así como para realizar acciones dirigidas que permitan mejorar las condiciones de su población estudiantil.

Sin más me despido con un cordial saludo

Atentamente

*Eleazara Tejada Rangel*

Eleazara Tejada Rangel  
Docente de asignatura "B" núm.18170  
Estudiante de Maestría de la UNAM- 514003696

*Recibo  
Justina  
9/02/15*



09 Febrero 2015

**c).- Carta de aceptación para aplicación del instrumento en Los Mochis, Sinaloa.**

Estimada:  
Dra. Luz Esther Verdugo Blanco.  
Directora de la escuela de enfermería de Mochis.

Presente.-

Me dirijo respetuosamente a usted, a fin de solicitar su valiosa colaboración para aplicar el instrumento para la medición de alcohol, tabaco, depresión y ansiedad en alumnos de su escuela, el cual tiene como objetivo recabar información relevante que junto con las escuelas de enfermería de los Mazatlán y Culiacán permitirán estimar la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol, depresión y ansiedad así como también realizar asociaciones entre grupos de riesgo, esta información es parte del desarrollo de la investigación :

**Alcohol, tabaco y la salud mental de estudiantes de enfermería en Sinaloa.**

Esta información permitirá contar con una base para otras investigaciones así como para realizar acciones dirigidas que permitan mejorar las condiciones de su población estudiantil.

Sin más me despido con un cordial saludo

Atentamente



*Eleazara Tejada Rangel*  
Eleazara Tejada Rangel  
Docente de asignatura "B" núm.18170  
Universidad autónoma de Culiacán.  
Estudiante de Maestría de la UNAM- 514003696



16 Febrero 2015

**d).- Carta de aceptación para la aplicación del instrumento en Culiacán, Sinaloa.**

Estimada:  
Dra. Patricia de Lourdes Retamoza.  
Directora de ESEC.

Presente.-

Me dirijo respetuosamente a usted, a fin de solicitar su valiosa colaboración para aplicar el instrumento para la medición de alcohol, tabaco, depresión y ansiedad en alumnos de su escuela, el cual tiene como objetivo recabar información relevante que junto con las escuelas de enfermería de los Mochis y Culiacán permitirán estimar la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol, depresión y ansiedad así como también realizar asociaciones entre grupos de riesgo, esta información es parte del desarrollo de la investigación :

**Alcohol, tabaco y la salud mental de estudiantes de enfermería en Sinaloa.**

Esta información permitirá contar con una base para otras investigaciones así como para realizar acciones dirigidas que permitan mejorar las condiciones de su población estudiantil.

Sin más me despido con un cordial saludo

Atentamente

*Eleazara Tejada Rangel*  
Eleazara Tejada Rangel  
Docente de asignatura "B" núm.18170  
Estudiante de Maestría de la UNAM- 514003696

