



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



**“DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN ANSIEDAD, DEPRESIÓN E INGESTA DE
ALCOHOL EN ALUMNAS/OS DE ENFERMERÍA DE LA GENERACIÓN 2010-
2013 CUANDO CURSABAN 2° Y 4° AÑO.”
PAPIME PE205813**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

LOAIZA ROMERO NANCY BEATRIZ

ASESORO:

DRA.MARÍA GUADALUPE ROSETE MOHEDANO

CIUDAD DE MÉXICO; JUNIO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"
CARRERA DE ENFERMERÍA



ASUNTO: Asignación de Jurado

Q.F.B. GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
P R E S E N T E:

Comunicamos a usted, que la Tesis con el Título: **"DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN ANSIEDAD, DEPRESIÓN E INGESTA DE ALCOHOL EN ALUMNAS/OS DE ENFERMERÍA DE LA GENERACIÓN 2010-2014 CUANDO CURSABAN 2° Y 4° AÑO"**, de la C. LOAIZA ROMERO NANCY BEATRIZ con No. de cuenta **408054157**, de la Licenciatura en Enfermería se le han asignado los siguientes sinodales para sustentar su examen profesional:

PRESIDENTE:
DRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

VOCAL:
DRA. MARÍA GUADALUPE ROSETE
MOHEDANO

SECRETARIO:
E.E.P. MATILDE MORA LÓPEZ

SUPLENTE:
MTRA. LEONARDA TORRES AMADOR

SUPLENTE:
MTRO. SANDRO MÉNDEZ GARCÍA

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad de México, a 1° de Abril de 2016.

JEFE DE LA CARRERA
DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E

Con respecto a la TESIS con el Título: "DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN ANSIEDAD, DEPRESIÓN E INGESTA DE ALCOHOL EN ALUMNAS/OS DE ENFERMERÍA DE LA GENERACIÓN 2010-2014 CUANDO CURSABAN 2° Y 4° AÑO", preparado por la alumna C. LOAIZA ROMERO NANCY BEATRIZ, con número de cuenta 408054157, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

Ciudad de México, a 1° de Abril de 2016

P R E S I D E N T E

DRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E

Con respecto a la TESIS con el Título: "DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN ANSIEDAD, DEPRESIÓN E INGESTA DE ALCOHOL EN ALUMNAS/OS DE ENFERMERÍA DE LA GENERACIÓN 2010-2014 CUANDO CURSABAN 2° Y 4° AÑO", preparado por la alumna C. LOAIZA ROMERO NANCY BEATRIZ, con número de cuenta 408054157, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

Ciudad de México, a 1° de Abril de 2016

V O C A L

DRA. MARÍA GUADALUPE ROSETE MOHEDANO



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E

Con respecto a la TESIS con el Título: "DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN ANSIEDAD, DEPRESIÓN E INGESTA DE ALCOHOL EN ALUMNAS/OS DE ENFERMERÍA DE LA GENERACIÓN 2010-2014 CUANDO CURSABAN 2° Y 4° AÑO", preparado por la alumna C. LOAIZA ROMERO NANCY BEATRIZ, con número de cuenta 408054157, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

Ciudad de México, a 1° de Abril de 2016

SECRETARIO

E.E.P. MATILDE MORA LÓPEZ



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E

Con respecto a la TESIS con el Título: "DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN ANSIEDAD, DEPRESIÓN E INGESTA DE ALCOHOL EN ALUMNAS/OS DE ENFERMERÍA DE LA GENERACIÓN 2010-2014 CUANDO CURSABAN 2° Y 4° AÑO", preparado por la alumna C. LOAIZA ROMERO NANCY BEATRIZ, con número de cuenta 408054157, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

Ciudad de México, a 1° de Abril de 2016

S U P L E N T E

MTRA. LEONARDA TORRES AMADOR



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE

Con respecto a la TESIS con el Título: "DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN ANSIEDAD, DEPRESIÓN E INGESTA DE ALCOHOL EN ALUMNAS/OS DE ENFERMERÍA DE LA GENERACIÓN 2010-2014 CUANDO CURSABAN 2° Y 4° AÑO", preparado por la alumna C. LOAIZA ROMERO NANCY BEATRIZ, con número de cuenta 408054157, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

Ciudad de México, a 1° de Abril de 2016

S U P L E N T E

MTRO. SANDRO MÉNDEZ GARCÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Q.F.B. GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
PRESENTE

FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA

DIRECCIÓN

Oficio de Fecha de Examen

Comunico a usted que el alumno (a) NANCY BEATRIZ LOAIZA ROMERO, con número de Cuenta 408054157, de la Carrera de LIC. EN ENFERMERÍA se le ha fijado el día 24 del mes de JUNIO del año 2016 a las 12:00 hrs., para presentar el examen profesional, que tendrá lugar en la Sala de Exámenes Profesionales de esta Facultad, con el siguiente jurado:

PRESIDENTE:

DRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

V O C A L:

DRA. MARÍA GUADALUPE ROSETE MOHEDANO

SECRETARIO:

E.E.P. MATILDE MORA LÓPEZ

SUPLENTE:

MTRA. LEONARDA TORRES AMADOR

SUPLENTE:

MTRO. SANDRO MÉNDEZ GARCÍA

El título de la prueba escrita que presenta es: **“DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN ANSIEDAD, DEPRESIÓN E INGESTA DE ALCOHOL EN ALUMNAS/OS DE ENFERMERÍA DE LA GENERACIÓN 2010-2013 CUANDO CURSABAN 2º Y 4º AÑO”.**

Opción de titulación: TESIS

ATENTAMENTE
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Ciudad de México, a 06 de Junio del 2016

DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ
DIRECTOR

FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES
ZARAGOZA
DIRECCION



Oficina de exámenes profesionales
y de grado.

Vo.Bo. JEFE DE LA CARRERA
DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ

DEDICATORIA

Quiero agradecer a cada uno de los que me ayudaron a terminar un logro en mi vida. Enfermería gracias por hacer que mi vida sea una montaña de experiencias y conocimientos, porque me vas a retar cada día, para dar lo mejor de mí y provocar la mayor satisfacción en cada uno de los individuos que se crucen en mi camino.

En primer lugar, este logro te lo dedico a ti, Ángel Gabriel, mi gran amor, te doy las gracias por ayudarme a concluir mis estudios y darme las ganas de seguir adelante, gracias hijo, por ayudarme a pensar, por querer ver en mí, a alguien que quiere mejorar para los dos, por darme ánimos cuando ya no podía más, estoy orgullosa de la persona en la que te estas convirtiendo.

A ti, Oscar, mi amado esposo, gracias por dejarme volar, por creer en mí y por apoyarme en todas y cada una de mis decisiones, por ser mi amigo y confidente, por decirme tú puedes cuando hasta yo ya no creía en mí, gracias amor para mi eres el mejor hombre que existe y me siento orgullosa de quien eres y como nos has sacado a delante y por hacerme mejor persona.

A mis padres, Dolores y Jesús, por alentarme a seguir a delante, por su apoyo incondicional, por cada uno de sus consejos, porque son un gran ejemplo, los admiro y por muchas cosas más gracias.

A mis hermanos, Diana, Jesús y Edgar, porque me tienden su mano cuando más la necesito y me ayudan a corregir mis errores, gracias.

A mis hermosos sobrinos, Citlalli, Itzayana, Rodrigo, Esbeydi y Antonio, gracias por compartir con Ángel y conmigo momentos de alegría, por llenarme de felicidad y enseñarme que es fácil ser feliz.

A mis amigos, David, Yadira, Lizbeth y Hortensia les agradezco cada uno de ustedes sus consejos, su tiempo, su cariño y que soporten mis enojos, Nubia te agradezco lo mucho que me ayudas día a día, Luis simplemente gracias por compartir tus conocimientos, tus consejos, tu tiempo y tú amistad.

Por último, pero no menos importante, a usted Doctora Rosete, gracias por compartir su conocimiento, porque me enseñó a cuestionarme, a tener un pensamiento crítico, si es verdad es duro trabajar con personas tan exigentes, estrictas, inteligentes y poco flexibles como usted, me llevo un excelente sabor de boca, nunca la olvidare; dicen que hay dos tipos de profesores, los que te marcan la vida por ser de los mejores y los que te marcan la vida por ser de los peores, tuve de los dos y usted es de las mejores, profesoras que he conocido.

ÍNDICE

Introducción.....	3
Capítulo I	
Justificación.....	5
Marco teórico	
Teoría del déficit del autocuidado.....	6
Critica a la teoría del déficit de autocuidado.....	10
Alcoholismo.....	11
Depresión.....	20
Ansiedad.....	27
Vinculación con la teoría de Orem.....	32
Estado del arte.....	34
Capítulo II	
Planteamiento del problema.....	40
Objetivos	
General.....	42
Específicos.....	42
Metodología	
Tipo de estudio.....	43
Población.....	44
Variables.....	45
Consideraciones ético legales.....	51
Capítulo III	
Análisis y resultado.....	57
Discusión.....	66
Capítulo IV	
Conclusión.....	69
Referencias.....	72
Anexo.....	76

INTRODUCCIÓN

Hablar de alcoholismo, depresión y ansiedad, como problemas de Salud Pública, Social y de Salud Mental en jóvenes universitarios, representa todo un reto, lo que hace necesario, conocer de diferentes teorías y modelos que expliquen la situación actual que viven los jóvenes universitarios, en especial los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM.

De las drogas lícitas permitidas en nuestro país, el alcohol ocupa el primer lugar de consumo en la población en general. Se ha observado que un grupo importante de jóvenes, además de ingerir alcohol, también cursan con cuadros de ansiedad o depresión. Las causas son multifactoriales, entre las que se podrían mencionar: la transición de la adolescencia a la edad adulta, familias disfuncionales, poca comunicación con otros adultos, escasos recursos de todo tipo (nivel socio-económico, inasistencia a sitios de esparcimiento y diversión), alumnas/os ubicados en una carrera que no fue de su elección, entre otros, lo que representa un riesgo para la ingesta de bebidas alcohólicas, que pueden estar repercutiendo en su desarrollo académico.

No existe a nivel mundial teorías que expliquen una relación causa-efecto entre los tres ejes de estudio (depresión, ansiedad y alcohol), lo que si se ha observado en diferentes reportes científicos, es que sí existe asociación entre las tres variables, es decir, que un alcohólico se deprime, o bien, la depresión lleva a la ingesta de alcohol, en el caso de ansiedad también puede ser causa de ingesta de bebidas alcohólicas.

Los datos demográficos, en esta investigación permiten predecir cómo influyen estos en la ingesta de alcohol, ansiedad y depresión, el ser mujer es un factor de riesgo para la depresión y ansiedad, o bien el contar con familiares, amigos o pareja, que ingieran algún tipo de droga, propicia que los estudiantes lo hagan.

Para el personal de enfermería, el cuidado es el eje central de la profesión, que por medio de una formación científica, técnica y metodológica lo realiza, se

orienta desde diversas ciencias, varias metodologías y diferentes teorías, lo que les permite realizar diagnósticos integrales y un cuidado humanizado. Si la razón de ser del personal de enfermería es el cuidado, el deber SER es el cuidado así misma/o autocuidado. El modelo utilizado es el de Dorotea Orem, con su teoría del cuidado y déficit de autocuidado, que permite resaltar las condiciones en que se encuentran los seres humanos en este caso los alumnas/os de enfermería.

En la presente tesis se investigó, alcoholismo, depresión y ansiedad, en estudiantes de enfermería de la generación 2010-2013 (561 alumnas/os), cuando cursaban 2° y 4° año del ciclo escolar.

Los resultados obtenidos demuestran, que los hombres siguen consumiendo alcohol en mayor proporción y frecuencia que las mujeres, estas últimas han aumentaron el consumo de alcohol y el número de copas que ingieren en una ocasión.

Los resultados encontrados son muy similares a otros estudios realizados en poblaciones universitarias e incluso en la Encuesta Nacional de Adicciones 2011y Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2010.

Se observó que hay una proporción importante de alumnos y alumnas que se encuentran en déficit de autocuidado; más del 30.0% presentan cuadros de ansiedad o depresión.

Esta tesis cuenta con cuatro capítulos, en los cuales se abordarán: marco teórico, marco conceptual, estado del arte, metodología, resultados y análisis, discusión, conclusiones y referencias.

CAPITULO I

JUSTIFICACION

En el mundo el alcoholismo es un problema de Salud Pública, desencadenante de factores de riesgo muy importantes, que afectan a terceras personas. Han ido en aumento las investigaciones en el ámbito académico; entre los universitarios es bien sabido que tiene un alto consumo de alcohol.

Las adicciones según la Secretaria de Salud (2012) se encuentra entre los diez problemas de salud más importantes en México. La tasa de morbi-mortalidad por enfermedades relacionadas con el alcoholismo ha aumentado en un 38%.

Los problemas relacionados con el alcoholismo son amplios, por lo que en el presente trabajo de investigación se tocarán los temas: alcoholismo, depresión y ansiedad.

Desde el inicio de la Humanidad, las mujeres han sido las encargadas del cuidado y han sido educadas para ello. No es una característica innata, sino una característica construida por la sociedad y la cultura, lo que obliga como mujeres, a ayudar o a proporcionar el cuidado.

Atendiendo estas necesidades, se realizó un estudio cuantitativo descriptivo, observacional trasversal y prolectivo, con la finalidad de detectar el déficit de autocuidado en ansiedad, depresión e ingesta de alcohol en alumnas/os de enfermería de la misma generación al cursaban 2° y 4° año. De esta manera se identificará la magnitud de cada uno de los problemas y crear una alternativa, para la difusión de alternativas viables en nuestro campus, para el propio beneficios de los alumnos, con el propósito de concientizar a los alumnos sobre la importancia del cuidado y cómo reconocer que se está en déficit de cuidado (entendiendo esto como ausencia o falta o falla de cuidado), logrando oportunamente el diagnóstico y tratamiento, para el beneficio de cada uno y de la Facultad.

MARCO TEÓRICO

Otra categoría importante de esta tesis es el tema de la teoría de Dorotea Orem “Teoría general del autocuidado y del déficit del cuidado”, nos permitirá conocer cómo se da el autocuidado y cuándo un ser humano cae en déficit de cuidado.

Enfermería cuenta con tradición en la elaboración de modelos y teorías desde el siglo XIX. A través de los años ha surgido también una serie de experiencias de aplicación de ellos, contribuyendo a vincular la teoría y la práctica y, además, a dar solidez al conocimiento derivado de la investigación. Junto con esto, se han generado cada vez más investigaciones que pretenden comprobar lo sustentado por la teoría y, asimismo perfilar a enfermería como ciencia, disciplina y profesión.

Una de las grandes teóricas es Dorothea Elizabeth Orem, quien desarrolló su modelo conceptual, donde propone tres teorías relacionadas entre sí y cuya finalidad es mantener la funcionalidad vital de la persona mediante el cuidado. (Modelo de Orem. Aplicación práctica, 1993).

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MODELO DE DOROTHEA OREM

Dorothea Orem presenta su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general, compuesta por tres teorías relacionadas:

- La teoría de autocuidado, que describe el porque y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
- La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar al ser humano.
- La teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería.

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud.

- Persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse,

utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

- Salud: La salud es un estado que para la persona significa aspectos diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.
- Enfermería: Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar; por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.
- Aunque no define el entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo (Modelos y teorías de Enfermería, 2011).

TEORÍA GENERAL DEL AUTOCUIDADO

Dorotea Orem ha descrito la teoría general del autocuidado, la cual trata de tres subteorías relacionadas:

- La teoría del autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia:

"El **autocuidado** es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida

por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de vida, salud o bienestar” (Orem, D., 1995)

Define, además, tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que debe realizar un individuo para cuidar de sí mismo.

- Requisitos de autocuidado universal: Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

- Déficit de autocuidado: Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida (Orem D., 1995)

La teoría antes mencionada se vinculara con las siguientes enfermedades: alcoholismo, depresión y ansiedad. El alcoholismo es una enfermedad que poco a poco ha ido incrementando sus niveles en los estudiantes universitarios. La teoría nos ayudará a ver dónde los alumnos tienen una déficit de autocuidado.

CRÍTICA A LA TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO

Dorotea Orem, en su teoría del autocuidado y déficit del cuidado, nos dice que podemos dar autocuidado a otros individuos, pero, ¿Cómo proporcionarlo si la definición menciona “Es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo”? Con esto podemos comprender que nosotros educaríamos a la persona para que esta se proporcionara el autocuidado, nunca nosotros podríamos dar autocuidado a otra persona, solo sería brindar cuidados, que es lo que realiza Enfermería; educaríamos para que la persona prevenga, trate o controle tanto la salud y/o enfermedad

ALCOHOLISMO

Otra categoría importante de esta tesis se refiere al alcoholismo. Es una de las drogas más consumidas y que están permitidas en nuestra sociedad (lícitas), pero ¿Qué tan claro está el impacto de esta sustancia?, De ello se hablará en este capítulo, sobre la historia del alcohol, composición química, epidemiología, clasificación, farmacodinamia, farmacocinética y daños a la salud.

La fermentación de frutos ha sido considerada por el modelo antropológico como una excelente oportunidad para la promoción de grupos y fomentar rituales, que van tanto para la paz como para el combate. Existen evidencias de que el uso de bebidas alcohólicas data de 4000 años a. C. y no existe ninguna razón para suponer que estas se ingerían sólo para degustarse. Entre los documentos escritos más antiguos se encuentra una colección de tablillas de arcilla halladas en Mesopotamia, que datan del año 3000 a. C. Incluyen una lista de gastos, donde está la anotación: “Pan y cerveza para un día”.

El alcohol ha sido utilizado para diferentes fines, ya que su composición molecular se presta.

En terminología química, los alcoholes constituyen 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. El etanol se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura.

En condiciones normales, las bebidas elaboradas por fermentación tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%.

En la producción de bebidas obtenidas mediante destilación, el etanol se evapora por ebullición de la mezcla fermentada y se recoge luego en forma condensada

casi pura. Además de usarse para el consumo humano, el etanol se utiliza como combustible, como disolvente y en la industria química (Diccionario de química y de productos químicos, 2010).

Epidemiología del alcohol.

- En 2012, se produjeron unos 3,3 millones de muertes, (el 5,9% de todas las muertes a nivel mundial) a causa del consumo de alcohol.
- Existen diferencias significativas por sexo en la proporción de muertes debidas al alcohol. De ese 5,9% mencionado, el 7,6% perteneció a los hombres y el 4,0% a las mujeres (O.M.S. 2015)

Clasificación

Se han elaborado varias clasificaciones, de las cuales se describirán dos:

1) Clasificación Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y a las secciones de «trastornos mentales» en las diversas ediciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) del DSM IV reconoce cuatro tipos:

a) Bebedor excesivo episódico: El alcoholismo está presente y el individuo llega a intoxicarse con una frecuencia de cuatro veces al año.

b) Bebedor excesivo habitual: éste diagnóstico es dado a personas que son alcohólicas y llegan a intoxicarse más de 12 veces al año; es reconocible cuando está bajo la influencia del alcohol, más de una vez a la semana, aunque generalmente no está intoxicado.

c) Adicción alcohólica (definida como dependencia). Sus síntomas son evidencia directa, la incapacidad de mantenerse sin beber durante un día esto es evidencia presuntiva, así como ser un gran tomador de tres meses o más.

- (Criterio 1) Tolerancia es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una

notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis. El grado en el que se desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia.

- (Criterio 2a) La abstinencia es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos.
- (Criterio 2b) Normalmente desde que se despierta, los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia y se proponen distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas. Hay signos fisiológicos comunes y fáciles de identificar en la abstinencia del alcohol.
- Los especificadores con dependencia fisiológica y sin dependencia fisiológica se utilizan para indicar la presencia o ausencia de tolerancia o abstinencia. Los siguientes aspectos describen el patrón de uso compulsivo de una sustancia, característico en la dependencia de sustancias. Puede ocurrir que el sujeto tome la sustancia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido (p. ej., el sujeto bebe hasta intoxicarse a pesar de haberse autoimpuesto el límite de una sola bebida) .
- (Criterio 3). El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia. En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia.
- (Criterio 4). Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos.

- (Criterio 5). En algunos casos de dependencia de sustancias, todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia.
- (Criterio 6). El sujeto puede abandonar las actividades familiares o los pasatiempos con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que tomen la sustancia. También puede ocurrir que, a pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico (p. ej., graves síntomas de depresión o lesiones de órganos), la persona continúe consumiendo la sustancia.
- (Criterio 7). El aspecto clave en la evaluación de este criterio no es la existencia del problema, sino más bien la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que esta causa (APA, 2012).

2) Clasificación de los bebedores de la (Organización Mundial de la Salud 2012)

a) Abstemios

Los bebedores que no responden, quienes, o bien no disfrutan o muestran un desagrado activo al gusto y a los efectos del alcohol y, en consecuencia, no tienen interés en repetir la experiencia. No bebedores preocupados, que no solamente se abstienen, sino que buscan persuadir o coaccionar a otros que compartan su abstinencia.

b) Alcohólicos sociales

En comparación se intoxican con frecuencia, pero mantienen ciertos controles de su conducta. Prevén las ocasiones que requieren, de modo rutinario, toman un <par> antes de volver a casa. Un alcohólico social encontrará tiempo para una copa por lo menos, antes de la cena. Es probable que poco después de esta se quede dormido. Su bebida no interfiere en su matrimonio ni gravemente en su trabajo.

c) Bebedor excesivo o problema

Es cuando se bebe alcohol en cantidades importantes, que casi siempre te llevan a estar borracho, ocasionan problemas individuales, familiares, escolares, laborales o sociales. Es cuando ya tienes tolerancia al alcohol, por lo que necesitas consumir más para llegar a emborracharte; en esta fase aún no desarrollas dependencia al alcohol o adicción; sin embargo, te ves involucrado fácilmente en riñas u ocasiones peleas o accidentes.

d) Alcohólicos

Se identifica por su gran dependencia o adicción de alcohol y una forma acumulativa de conductas asociadas con la bebida.

Farmacodinamia

El etanol actúa como agente perturbador inespecífico de la membrana neuronal, alterando tanto su permeabilidad como las propiedades de sus componentes lípidos. Algunos efectos bioquímicos y conductuales pueden deberse al incremento de la transmisión inhibitoria. El etanol afecta la transmisión de glicina, la cual es un neurotransmisor inhibitorio.

La serotonina, dopamina y noradrenalina parecen tener relación con la capacidad reforzadora del etanol en el mantenimiento de la conducta del beber.

El etanol también altera otros procesos celulares de neurotransmisión, a través de la modificación de la actividad enzimática de los sistemas de generación de “segundos mensajeros”.

Es oral, sin embargo, la absorción puede llevarse a cabo en casi todas las mucosas del cuerpo (Ethanol Alters Energy Metabolism in the Liver,2002).

Farmacocinética

Se absorbe rápidamente por el tubo digestivo a nivel del estómago, intestino delgado y colon. Por vía de inhalación hacia los pulmones el tejido subcutáneo y la piel, son vías a través de las cuales el alcohol también puede ser absorbido.

La absorción completa puede requerir de 2-6 horas o más, pero esto depende del volumen y la concentración de la sustancia, presencia de alimento en el estómago y tiempo en que la bebida se ha ingerido.

El hígado es el lugar donde predominantemente se efectúa su oxidación, aunque órganos tales como el corazón y el estómago pueden también metabolizar el producto. Se requiere la acción de dos enzimas dependientes del cofactor nicotinamida adenina dimecléotido, NAD: la deshidrogenasa alcohólica y la deshidrogenasa del acetaldehído.

Entre 90-98% del etanol es oxidado y metabolizado en el cuerpo. La velocidad de eliminación de etanol es de 10 ml. /hrs., en un hombre con peso corporal de 70 kg. Las mujeres, independientemente de su peso, metabolizan el etanol con más lentitud.

A los 50mg/100 ml. las respuestas y reacciones de letargo y los procesos mentales integrativos comienzan a alterarse. Entre 100-150 mg/100 ml., la mayor parte de las personas muestran signos evidentes de intoxicación, exhibiendo ataxia y un lenguaje disártrico.

Si la ingestión es continua, las funciones físicas y cognitivas se alteran, pudiendo llegar al deceso tras el estado de coma.

Efecto del alcohol sobre aparatos y sistemas del cuerpo.

Socialmente el efecto del etanol no se reconoce como sedante, esta sustancia ejerce un efecto depresor sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), especialmente en las estructuras responsables de los procesos de integración superior y muy particularmente en el Sistema Activador Reticular Ascendente, (SARA) y la corteza cerebral. Esta depresión produce una inhibición en la acción de las neuronas represoras o inhibitoras, lo que a su vez genera una desinhibición que aparenta un efecto estimulante conocido popularmente(Medical Biochemistry, 2009)

Diagnóstico nosológico

Se deben cumplir los criterios generales para intoxicación señalados en la (CIE-10, OMS 2012) descritos a continuación. Comportamiento alterado:

- Desinhibición
- Tendencia a discutir
- Agresividad
- Labilidad afectiva o inestabilidad del humor
- Deterioro de la atención
- Juicio alterado
- Interferencia con el funcionamiento personal
- Marcha inestable
- Dificultad para mantenerse en pie
- Disartria
- Nistagmo
- Nivel de conciencia disminuido
- Enrojecimiento facial
- Infección conjuntival

Intoxicación alcohólica patológica o idiosincrática. Se deben cumplir los siguientes criterios:

- Conducta agresiva verbal o física que no es habitual cuando la persona no está sobria.
- La intoxicación se produce muy pronto.
- No hay evidencia de trastorno orgánico cerebral u otros trastornos mentales.
- Intoxicación etílica aguda
- Cuando el paciente ha ingerido grandes cantidades de alcohol.
- Cuando la ingestión de etanol ha sido simultánea a la de otros depresores del SNC.
- Cuando, además de la intoxicación, ocurre algún proceso traumático, metabólico o infeccioso.

Daños a la salud

1 En el cerebro, el alcohol en exceso inhibe las funciones de la región frontal, por lo que disminuye la memoria, la capacidad de concentración y el autocontrol.

2 En el hígado, los efectos de esta metabolización son náuseas, vómitos y dolor de cabeza.

3 En el riñón, elimina más agua de la que ingiere y provoca que el organismo la busque en otros órganos. Esto provoca que las meninges (membranas que cubren el cerebro) pierdan líquido, lo que genera el dolor de cabeza.

4 En el estómago, el alcohol aumenta las secreciones ricas en ácidos y mejora la digestión, pero cuando se bebe en exceso causa erosiones en la mucosa del estómago producidas por el etanol, principal componente del alcohol. El ardor estomacal será mayor si se mezclan diferentes bebidas, ya que la irritación gástrica se debe a todos los componentes bebidos.

5 En la piel, el alcohol aumenta el flujo de sangre, por lo que presenta más sudoración.

6 En los pulmones, el alcohol acelera la respiración. Si el alcohol circulante es demasiado, detendrá la respiración.

7 En el corazón, los efectos del alcohol provocan un aumento en la actividad cardiaca y aceleración del pulso. Cuando el alcohol llega a la sangre, se produce una disminución de los azúcares presentes en la circulación, lo que provoca una sensación de debilidad y agotamiento físico(Medical Biochemistry, 2009).

Los problemas con el alcohol tienen múltiples causas, y los factores genéticos, fisiológicos, psicológicos y sociales desempeñan un papel importante. No todas las personas se ven igualmente afectadas por cada causa. Para algunas personas que abusan del alcohol, los rasgos psicológicos como impulsividad, baja autoestima y una necesidad de aprobación, provocan que se beba alcohol de manera inapropiada. Algunas personas toman para sobrellevar o "curar" problemas emocionales. Los factores sociales y del entorno, como la presión de los compañeros y la fácil disponibilidad del alcohol, pueden jugar roles clave. La

pobreza y el abuso físico o sexual aumentan las probabilidades de desarrollar dependencia al alcohol.

Se ha visto que el alcoholismo es una enfermedad que va en aumento día con día y que tiene características importantes, para desarrollar o aumentar el riesgo de padecer otro tipo de enfermedades, tanto físicas como mentales, en este caso depresión, ansiedad o trastornos psicóticos (Ethanol Alters Energy Metabolism in the Liver,2002).

DEPRESION

Los problemas con el alcohol también tienen un impacto muy negativo en la salud mental. El abuso de alcohol y el alcoholismo pueden empeorar condiciones existentes como la depresión o provocar nuevos problemas como la pérdida grave de memoria, la depresión o la ansiedad. Entre las enfermedades mentales más frecuentes se encuentra la depresión, este trastorno afectivo es una forma de expresión de dolor que se manifiesta con síntomas psíquicos y somáticos, por lo que para el diagnóstico y tratamiento de la depresión, es muy importante valorar el entorno del paciente.

EPIDEMIOLOGÍA

La Organización Mundial de la Salud (2015) calculó en 450 millones el número de personas que padecían algún tipo de depresión en el año 2004; hacia el año 2006, el número de personas con depresión se había ubicado entre el 15 y 25% de la población mundial. En México padecen depresión entre el 9 y 13% de la población adulta con una prevalencia de dos mujeres por cada varón. Las edades más frecuentes en las que encuentra este padecimiento en México son entre los 15 a 19 años de edad y por arriba de los 65 años.

El suicidio en México es la tercera causa de muerte de jóvenes entre 15 y 24 años, en la mayoría de los casos coexiste con depresión. La autoestima baja, el estrés constante o un afrontamiento inhábil, son factores que se asocian a la depresión (OMS, 2015).

DEFINICIÓN

La depresión se ha definido como un estado de tristeza y del ánimo, el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV (2012), la depresión se caracteriza por la pérdida del interés y/o del placer en casi todas las actividades que venía realizando el individuo, y que toma en cuenta que estas manifestaciones estén presentes por al

menos dos semanas para que se pueda establecer el diagnóstico. La afección ocurre entonces en las esferas psíquica, somática y conductual, y se refleja en lo social, donde se pierde el interés de interactuar con el grupo social al que pertenece, y donde se pueden presentar datos principalmente de abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza y la pérdida de interés (APA 2012).

En los estudiantes universitarios la depresión se asocia a experiencias o sentimientos de fracaso académico y mecanismos de supresión de la cólera, mientras que la angustia se asocia a pérdidas de soporte social. Se considera a la carrera de medicina o áreas de la salud, como una de las denominadas “difíciles,” por las características de la vida académica y los factores sociales asociados a ella. El estrés que soporta un estudiante de medicina durante su adiestramiento es obligatoriamente alto (y algunas veces las exigencias diarias pueden sobrepasar su capacidad de afrontamiento, con riesgo de alteraciones en su salud mental, siendo la depresión la más frecuente (Perales, A., 2003).

La depresión en jóvenes tiene una implicación profunda en la cultura, la economía, los servicios médicos, el desempeño escolar y la familia; se clasifica como primaria o secundaria, según el trastorno principal o como consecuencia de un problema médico. Será depresión mayor o distimia si cumple con los criterios del DSM-IV-TR; se denominará endógena o exógena según la causa desencadenante.

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser un estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Criterios para el episodio maníaco

- A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos una semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras solo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o verborreico.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
5. Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).
6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora.
7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

Criterios para el episodio mixto

A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de una semana.

B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Criterios para el episodio hipomaníaco

A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos cuatro días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o verborreico.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
5. Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).
6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora.
7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas) (APA, 2012).

QUÍMICA CEREBRAL

En la actualidad, quienes investigan los aspectos bioquímicos de la depresión, concentran sus esfuerzos mayormente en los efectos de una serie de neurotransmisores (sustancias que sirven de mensajeras entre las células nerviosas). Se sabe que en el cerebro existen docenas de neurotransmisores; sin embargo, los que se estima que están involucrados en la depresión pertenecen a una clase derivada de los aminoácidos (moléculas a partir de las cuales se construyen las proteínas). A estos se les conoce como monoaminos y entre los mismos se encuentran: la serotonina, la norepinefrina y la dopamina.

Aunque, indudablemente, la baja en los niveles de neurotransmisores como la serotonina y la norepinefrina están involucradas en la depresión, también existen otras sustancias cuyas altas o bajas pueden ser causantes de estados depresivos. Nos referimos a las hormonas. Las hormonas son sustancias secretadas por las glándulas endocrinas como la pituitaria, la tiroides o las adrenales, y cuya función es la de regular procesos tales como: el metabolismo, el crecimiento y la reproducción.

Probablemente el aspecto hormonal que mayor atención ha recibido es el de la conexión entre las hormonas que regulan el estrés y la depresión. Cuando tenemos la necesidad de enfrentarnos a una situación que amenaza nuestra seguridad física o psicológica, el hipotálamo comienza a enviar señales hormonales a la pituitaria, que a su vez envía otras señales a las glándulas adrenales localizadas en la parte superior de los riñones. Las adrenales (o suprarrenales) segregan una hormona llamada cortisol que sirve para preparar nuestro organismo para enfrentarse al peligro. Uno de los resultados de los cambios hormonales relacionados con el estrés es que el cerebro se ve invadido por una serie de sustancias químicas, que estimulan las áreas que tienen que ver con los estados emocionales e inhiben las que tienen que ver con la concentración y el pensamiento racional. La producción de serotonina se ve también afectada. Cuando esta situación se prolonga demasiado, el resultado es un estado de depresión, con cansancio crónico e incapacidad para concentrarse en las tareas cotidianas. (Neurobiología de la Depresión, 2004)

DAÑOS A LA SALUD

El bajón anímico de la depresión también hace mella en el estado físico. En primer lugar, en la imagen, porque la persona con depresión suele descuidar su aspecto físico, la higiene y la vestimenta. Pero también en lo biológico, porque la depresión genera sensación de cansancio y fatiga, y provoca una serie de perturbaciones físicas, como dolores de cabeza, problemas digestivos o gástricos, problemas sexuales y trastornos del sueño.

La depresión es una enfermedad que incapacita al individuo, por lo que no tiene un nivel de vida adecuado. Junto con la ansiedad estas dos enfermedades mentales son una carga sanitaria que aumenta drásticamente.

ANSIEDAD

La naturaleza de la enfermedad mental y la demanda de enfermería psicológica requieren más atención, ya que en nuestras manos recae el cuidado y la atención del paciente que la padece

La ansiedad es una experiencia emocional con la que todos estamos familiarizados, pero no por eso es fácil definir. La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.

En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad). En el campo de la psiquiatría ha sido motivo de controversia y confusión los términos ansiedad y angustia, estrés y ansiedad, ansiedad y miedo, y la utilización en psicopatología del vocablo ansiedad como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad. (ENEP, 2010)

EPIDEMIOLOGÍA

Los problemas de salud mental representan el 8% del total de pérdida de años de calidad de vida, de tal forma que para las personas entre 15 y 44 años que viven en países con economías desarrolladas, las Enfermedades neuropsiquiátricas ocupan el 12% del total de enfermedades.

En un estudio comparativo llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud en 14 países de América, Europa, África y Asia entre 2001 y 2003, se mostró

cómo la prevalencia de trastornos mentales, entre ellos la ansiedad, variaban en función del país entre un 4,3% en China hasta un 26,4% en EE UU.

Entre un 35,5% y un 50,3% de los casos severos de trastorno mental en los países desarrollados y hasta entre un 76,3% y un 85,4%, en los países subdesarrollados, no han recibido atención en el año previo a la entrevista. Los trastornos más prevalentes fueron los trastornos de ansiedad, depresión y estrés, seguidos por los trastornos relacionados con el consumo de drogas.

Desde hace 10 años, los datos para el país son alarmantes. Según los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, coordinada por la Dra. María Elena Medina Mora en México, y levantada en 2003, los trastornos más frecuentes identificados en nuestro país fueron los de ansiedad (con una prevalencia de 14.3% alguna vez en la vida de las personas), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%) (ENEP, 2010).

CLASIFICACIÓN

La **crisis de angustia** (*panic attack*) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.

La **agorafobia** se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

El **trastorno de angustia sin agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.

El **trastorno de angustia con agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

La **agorafobia sin historia de trastorno de angustia** se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

La **fobia específica** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa, como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

La **fobia social** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa, como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

El **trastorno obsesivo-compulsivo** se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

El **trastorno por estrés postraumático** se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (*arousal*) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

El **trastorno por estrés agudo** se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático, que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

El **trastorno de ansiedad generalizada** se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses.

El **trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica** se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad, que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

El **trastorno de ansiedad inducido por sustancias** se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad, que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

El **trastorno de ansiedad no especificado** se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos, que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria).

Debido a que el trastorno por ansiedad de separación (que se caracteriza por la aparición de ansiedad coincidiendo con la separación de las figuras paternas) suele aparecer en la infancia, se incluye en la sección «Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia».

La evitación fóbica que se limita exclusivamente al contacto sexual genital con parejas sexuales se denomina trastorno por aversión al sexo y se encuentra recogido en la sección «Trastornos sexuales y de la identidad sexual» (APA, 2012).

Química del cerebro

Como en la mayoría de las enfermedades que afectan a la salud mental, la causa exacta de la ansiedad generalizada no se conoce totalmente. Algunas personas presentan la enfermedad sin causa aparente. Otros pueden tener ansiedad generalizada tras un gran incidente o suceso estresante. Algunas investigaciones como, Physiologi to functionality (1999) han apuntado la posibilidad de que la ansiedad generalizada se deba a un desequilibrio químico que ocurre de forma natural en el cerebro. Estas sustancias químicas se denominan neurotransmisores. Dos neurotransmisores que se cree que afectan a la ansiedad son la serotonina y la norepinefrina. Si se desequilibra el nivel de estas sustancias químicas en el cerebro, esto puede afectar considerablemente al estado de ánimo, y aumentar la probabilidad de que se desarrolle algún tipo de enfermedad relacionada con la ansiedad, como la ansiedad generalizada. Lo más probable es que la ansiedad generalizada sea una combinación compleja de causas, y la enfermedad no se desencadena simplemente por un desequilibrio de sustancias químicas del cerebro. Los investigadores creen que la enfermedad se debe a una combinación de factores, incluyendo los procesos biológicos corporales, la genética, el entorno y las experiencias de la vida (Physiologi to functionality, 1999).

VINCULACIÓN CON LA TEORÍA DE OREM.

	ALCOHOLISMO	ANSIEDAD	DEPRESIÓN
Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.	Alterado porque el alcohol deprime el sistema nervioso central; por tal motivo, el bulbo raquídeo no funciona adecuadamente.	Durante los episodios padecen disnea e hiperventilación.	Alterada; los pacientes tienden a deprimir todo su sistema, lo cual conlleva a padecer bradipnea.
Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.	Alterada; el consumo de alcohol es diurético y hace que el organismo pierda mucha agua, pero la persona no siente la necesidad en el momento por la alteración en los receptores del hipotálamo.	Se altera por la sensación que tiene de atragantamiento y náuseas.	Alterada; cuando se está deprimido se pierde el interés a satisfacer las necesidades básicas del cuerpo, por lo que casi no ingieren agua.
Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	Alterada, el alcohol, el centro del apetito (hipotálamo) sus señales que manda al organismo son poco captadas, ya que el SNC está deprimido.	Alterada; al tener ansiedad continua tienden a vomitar lo que ingieren y dolor en el abdomen y pesadez, por lo que disminuyen el consumo de alimentos.	Alterada; por los síntomas que padecen los pacientes no ingieren alimentos, lo cual los lleva a la desnutrición y a padecer otras enfermedades.
Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.	Alterada; es diurético, y tienden a tener poliuria.	Alterada; aumentan el metabolismo del intestino padeciendo diarreas continuas; así mismo, tienden a padecer poliuria, disuria, urgencia urinaria y continuamente incontinencia urinaria,	Alterada; padecen oliguria, su sistema está deprimido y disminuyen el gasto urinario.
Equilibrio entre actividades y	Durante la ingesta de alcohol se altera el	Alterada; padecen, Insomnio:	Alterada; es especialmente

descanso.	ciclo circadiano, se encuentran eufóricos, pero al pasar los límites que toleran se deprime completamente el S.N.C. y tienden a caer en un sueño profundo; esto puede causar que dejen de respirar o que se puedan broncoaspirar.	dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio o no reparador, sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	frecuente la incapacidad de conciliar el sueño (insomnio de conciliación), la de mantenerlo durante más de dos horas consecutivas (insomnio de mantenimiento), o despertarse al menos dos horas antes de la hora prevista.
Equilibrio entre soledad y la comunicación social.	Alterada; aumenta cuando se está consumiendo alcohol y disminuye cuando se es alcohólico.	Se altera en los episodios de ansiedad, disminuye drásticamente.	Alterada; el paciente tiende a dormir mucho, y se aísla de tener comunicación con otras personas
Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.	Al estar alcoholizados, no miden el riesgo al que se exponen y se deprime drásticamente la respuesta en los reflejos.	Alterado, en el momento del episodio, no ven el factor de riesgo de sus circunstancias.	Alterada; al estar deprimido su sistema, no tienen un cuidado adecuado de todo su cuerpo y no tienen interés para resarcirlo.
Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano	Alterada, al beber constantemente alcohol, las personas lo excluyen, y el paciente ya no tiene interés en ninguna actividad que no tenga que ser referente al alcohol.	Alterado; no tienen interés en compartir sus sentimientos.	Alterado, ya que se aíslan del contacto con las demás personas. Impotencia y bajo deseo sexual.

Tabla 1. En esta tabla se realiza la vinculación de los problemas mencionados con cada uno de los requisitos que maneja Dorotea Orem, mencionando como afecta al organismo.

*Se toman en cuenta todos los requisitos universales, porque hay casos críticos que son los que están reflejados en el cuadro (a largo plazo) esto no aplica para niveles bajos o leves.

ESTADO DEL ARTE

1 Ayala Valenzuela R. Pérez Uribe M. Obando Calderón I. Trastornos menores de salud como factores asociados al desempeño académico de estudiantes de Enfermería. *Enferm. glob.* n.18 Murcia feb. 2010. *versión On-line* ISSN 1695-6141

“La evidencia muestra los trastornos menores en salud en estudiantes universitarios como un factor relevante de ser estudiado. Una variable asociada al rendimiento académico, no tan solo por las características individuales de ellos, sino también por lo que significa el integrarse a un sistema que impone una serie de exigencias y demandas; por ejemplo, un cambio en el desempeño de roles, organización del tiempo, entre otras, que deben compatibilizar con sus hábitos de adolescentes, actitudes y cambios orgánicos.”

De modo de dimensionar el problema, aplicamos un cuestionario diseñado en la Universidad de Barcelona, adaptado, a una muestra de estudiantes que ingresaron en primer año de enfermería en una universidad privada en Chile. 62 personas participaron voluntariamente del estudio. 94% corresponde a mujeres. De los 18 problemas presentados en el instrumento, los participantes contestaron en promedio afirmativamente a 7,5 de ellos y negativamente a 12,5. Dolor osteomuscular, cefalea y trastornos del sueño son los trastornos más frecuentes, presentes en más de la mitad de los estudiantes encuestados. Se encontraron algunas correlaciones entre los trastornos: correlación positiva intermedia entre "dificultades para mantener el sueño" e "ingerir menos calorías que las necesarias"; esta última variable tiene asociaciones débiles con varios otros trastornos menores. Se obtuvo una correlación negativa, aunque baja, con ingerir más calorías que las necesarias.

Resultados similares encontramos en lo relativo a la higiene del sueño. La ingesta calórica superior a los requerimientos es mayor en la muestra estudiada que en otras investigaciones.

2 Salcedo Monsalve A. Palacios Espinosa X. Fernanda Espinosa A. Consumo de alcohol en jóvenes universitarios Alcohol consumption in young college students. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/Vol. 29(1)/pp. 77-97/2011.

Estudio transversal, con 787 estudiantes de una universidad privada de Bogotá D.C. Sus objetivos fueron determinar la prevalencia del consumo de alcohol, del alcoholismo y del riesgo de alcoholismo, y establecer el patrón del consumo actual de alcohol. Se utilizó una encuesta para recolectar los datos dentro de la cual se incluyó el índice CAGE. Se encontró una prevalencia de alcoholismo del 23% y de riesgo de alcoholismo del 75%. Los resultados indican que el consumo de alcohol en estudiantes universitarios inicia en la secundaria y es una conducta problemática que amerita ser ampliada y analizada más detalladamente, teniendo en cuenta otras variables y perfeccionando el diagnóstico del alcoholismo y su riesgo para lograr una identificación e intervención temprana.

3 Valle Rubén. Sánchez Elard. Perales Alberto. Sintomatología depresiva y problemas relacionados al consumo de alcohol durante la formación académica de estudiantes de medicina. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública. Vol.30. no1. Lima Enero. 2013. *versión impresa* ISSN 1726-4634.

Con el objetivo de evaluar la frecuencia de sintomatología depresiva (SDe) y problemas relacionados con el consumo de alcohol (PRCA) durante la formación académica de estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, se realizó un estudio transversal en estos estudiantes, del primero a sexto año. Usando la escala de depresión de Zung, para evaluar SDe y el cuestionario CAGE, para evaluar PRCA, se encontró que el 23,3% de los encuestados presentó SDe y el 7,3%, PRCA. Se encontró; así mismo, que la frecuencia de SDe y PRCA fue mayor en los estudiantes de los primeros años de estudios. Se recomienda que hay necesidad de actuar en la prevención y detección de estas entidades desde los primeros años de formación académica de estudiantes de Medicina.

4 Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. Salud Pública. Méx vol.43 no.2 Cuernavaca mar./abr. 2001.

Establecer la relación entre las expectativas hacia el consumo de alcohol, los patrones de su uso y los problemas asociados a su consumo en una muestra de estudiantes universitarios de la Ciudad de México. Estudio transversal realizado en octubre de 1998, en el que participaron 678 estudiantes, hombres y mujeres entre los 17 y 25 años de edad, provenientes de universidades públicas y privadas. En él se midieron las expectativas a partir de un cuestionario de autorreporte, el Alcohol Expectancy Questionnaire (AEQ), que fue adaptado a esta población obteniendo una consistencia interna global elevada ($\alpha=0.93$). Resultados: Del total de los estudiantes, 31% presentó un consumo alto (mayor a cinco copas por ocasión de consumo en el último año), principalmente en los varones, mientras que 17% fueron no consumidores. Mediante un modelo estructural de ecuaciones se estudió la relación entre las subescalas de expectativas, el patrón de consumo y problemas asociados. El análisis de varianza mostró una relación estadísticamente significativa entre seis subescalas de expectativas (el alcohol como facilitador de la interacción grupal, expresividad verbal, desinhibición, incremento de la sexualidad, reducción de la tensión psicológica e incremento de la agresividad) y las variables sexo, consumo de alcohol y problemas asociados ($F=5.23$, $gl=1$, $p< 0.05$). CONCLUSIONES: De manera consistente con lo informado en otros países, se encontró que los efectos que las personas atribuyen al consumo de alcohol, anticipándose a la experiencia de estar bebiendo (expectativas), están estrechamente relacionadas con su consumo. Los resultados de este estudio indican que los estudiantes con un consumo alto de alcohol tuvieron mayores puntuaciones en seis de las subescalas de expectativas, además de que estas fueron más elevadas entre quienes informaron que tuvieron problemas relacionados con el consumo en el último año. Las expectativas del alcohol como facilitador de la interacción grupal, como reductor de la tensión psicológica y como agente que incrementa la conducta agresiva se relacionaron con un consumo de alcohol más alto.

5 Borges G, Wilcox, H.C., Medina-Mora, ME, Zambrano-Ruiz, J., Blanco, J., Walters, E.E. (2005). Suicidal behavior in the Mexico National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*, 28(2), 40-47.

Se documentan datos representativos a nivel nacional en México sobre las prevalencias para inicio de ideación, plan e intento suicidas, así como trastornos psiquiátricos (de acuerdo con el DSM-IV) y uso de servicios asociados a estos comportamientos suicidas.

Los datos fueron adquiridos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México (ENEP). La población fue tomada de una muestra de 5,782 entrevistados de 18 o más años de edad, durante el periodo 2001-2003. Se estimaron inicios para ideación, plan e intento suicida, así como factores psiquiátricos y de uso de servicios mediante el análisis de supervivencia. RESULTADOS: De los entrevistados, el comportamiento suicida alguna vez en la vida fue como sigue: el 8.3% reportó haber tenido ideación, el 3.2% reportó haber tenido un plan y el 2.8% reportó haber tenido intento(s) suicida(s). La prevalencia para los comportamientos suicidas los 12 meses previos a la entrevista fue de 2.3%, 1.0% y 0.6%, respectivamente. Dichos comportamientos prevalecieron en la adolescencia y adultez temprana y fueron menos comunes después de los 35 años de edad, con excepción de la ideación suicida que se mantuvo presente en edades más avanzadas. El presentar uno o más trastornos, evaluados en la encuesta de acuerdo con el DSM-IV, fue común entre las personas con ideación (60.9%), plan (75.6%) e intento (74.6%) suicidas y se encontró que este hecho es un factor de riesgo fuerte para el comportamiento suicida, incrementando en 4.8 veces el riesgo para ideación, 10.2 para plan y 9.6 para intento. Aproximadamente una de cada cuatro personas con intento suicida reportó haber consultado alguna vez un psiquiatra. CONCLUSIONES: Como en muchos otros países, en México los trastornos mentales tienen un impacto importante en los comportamientos suicidas. Se recomiendan ampliamente los esfuerzos de intervención enfocados a

la identificación y al tratamiento de personas antes o durante el inicio de la ideación suicida.

6 Montoya LM. Gutiérrez JA. Toro BE. Briñón MA. Rosas E. Salazar LE. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. Rev CES Med 2010;24(1): 7-17.

La salud mental de los estudiantes cuando ingresan a la universidad puede verse afectada por múltiples factores, entre los cuales se encuentran las situaciones académicas generadoras de estrés. Estas constituyen un factor que puede estar relacionado con la presencia de depresión en los estudiantes universitarios. Es por ello que resulta importante conocer la prevalencia de esta entidad y la posible relación que pueda tener con los estresores académicos en los estudiantes. Métodos: Se aplicó un instrumento autoadministrado a todos los estudiantes matriculados en los programas de pregrado de la Universidad CES, que permitió establecer la prevalencia de depresión y el χ^2 de tendencia para ver el comportamiento de la relación entre el nivel de estrés y la depresión. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS®.

Resultados: La edad promedio de los estudiantes fue de $20,4 \pm 2,6$ años. El 68,7% de la población es de sexo femenino. La prevalencia para depresión encontrada fue del 47,2% y la relación de ésta con la severidad del estrés generado por los estresores académicos fue estadísticamente significativa. Conclusión: Los resultados establecen un diagnóstico de posibles factores que afectan la salud mental de la población estudiantil. Con ello, se podrán orientar programas de intervención dirigidos a disminuir los niveles de estrés y, por ende, la frecuencia de depresión, generados por las diferentes situaciones de la vida universitaria.

7 Puig Nolasco. Cortaza Ramírez. Pillon. Consumo de alcohol entre estudiantes mexicanos de medicina; Rev. Latino-Am. Enfermagem 2011 May-June;19 Spe No:714-21.

Este estudio tiene por objetivo identificar el patrón de consumo de alcohol entre los estudiantes mexicanos de medicina. Se trata de un estudio transversal realizado en la Universidad Veracruzana, en México, con 263 estudiantes (84,4%). Al evaluar estudiantes de medicina por medio de la Prueba de Identificación de Trastornos por el Uso del Alcohol (AUDIT) se identificó que el 44,2% tuvo algún tipo de uso problemático de alcohol (puntuación ≥ 8 en el AUDIT), siendo 35,7% mujeres y 53,1% hombres. En relación con la frecuencia de consumo de alcohol, 45,5% de los universitarios refirieron que consumían de dos a cuatro veces por mes, 17% bebían de dos a tres veces por semana, 29,7% en cantidad de tres a cuatro dosis y 33,9 más de 5 dosis(12) datos considerados preocupantes una vez que la mayoría eran mujeres.

8 Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FES Iztacala: un estudio piloto. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 14, (4), 2011

En los estudiantes universitarios la depresión y la ideación suicida pueden constituir un problema importante, pues al malestar psicológico se agrega la imposibilidad de obtener un rendimiento académico satisfactorio. Los objetivos de este estudio fueron conocer la prevalencia de la depresión e ideación suicida en alumnos de todas las carreras de la FESI, así como la correlación entre las variables de estudio y el promedio escolar, género y carrera en 251 estudiantes. A esta muestra se aplicaron siguiendo lineamientos éticos, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Orientaciones Suicidas de Casullo. Los resultados mostraron que existe una correlación negativa moderada entre ambas variables ($r=-.404$; $p< .01$). En cuanto a los niveles de depresión, prevalecen los niveles mínimo y leve y los niveles de ideación moderado y alto. Por género, el mayor porcentaje de mujeres muestran niveles de ideación moderado y alto, mostrando mayor depresión en el nivel moderado. Por carrera, el nivel moderado de depresión y el nivel alto de ideación se muestran con mayor prevalencia en Medicina y Biología. Dado que el promedio escolar y género no correlacionan con las variables de interés, es probable que otras variables de tipo personal estuvieran influyendo en su estado emocional.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Sistema de Salud en nuestro país, da un diminuto espacio para el cuidado del campo de la salud mental, es marginado por el personal de la salud, pero se cae en un error por causa de fraccionar al individuos en el aspecto físico, mas nunca se debe olvidar que es un ser complejo en sus diferentes esferas, cultural y mental; cualquiera que sea la fuente, puede verse reflejada en el estado físico.

Esta tesis surge de la observación de las condiciones socio-cultural y psicológicas de los estudiantes universitarios, están íntimamente familiarizados con el consumo de alcohol, pero también muchos caen en cuadro depresivo o ansioso. A través de la convivencia día tras día con mis compañeros, observé las salidas a las cervecerías, aquí llamadas “Campus Tres”, por cualquier motivo visitaban estos lugares, por tener una hora libre de clases, por ser fin de semana, por un cumpleaños, por haber pasado una materia, por haber reprobado, por todo se festeja, ya que estos sitios están muy cerca de la Facultad. Son lugares inadecuados, peligrosos y clandestinos. Mediante las conversaciones que sostuve con varios de mis compañeros, me mencionan que ninguno cuenta con licencia para vender alcohol, salidas de emergencia y no tienen seguridad.

Muchos de estos lugares son simples casas habitacionales, modificadas para tener un espacio para sentarse y tomar alcohol. Otro sitio es un cajón de estacionamiento, entre otros tantos, donde los alumnos van a “divertirse”.

También algunas de las/os compañeras/os a simple vista tenían algunos signos síntomas de ansiedad o depresión, ya que llegaban tristes, lloraban en los salones, se aislaban, nos hablaban o simplemente dejaban de asistir sin causa alguna a la escuela. A su regreso mencionaban que se sentían mal, por cosas que para algunos eran insignificantes.

Ningun/a maestra/o da atención en estos caso, ya que no saben cómo manejarlos oportunamente o a dónde canalizarlos dentro de la escuela.

Al ver la magnitud de este problema, me doy cuenta de que existe una problemática importante y trascendental. Con todo esto, he observado que no existe cultura de prevención y detección temprana de estos problemas, no contamos con sitios de ayuda para salir de estas problemáticas, todo esto hace que me surja una pregunta:

¿Cómo se encuentran los alumnos de Enfermería de la FES Zaragoza en cuanto a déficit de autocuidado en depresión, ansiedad e ingesta de alcohol?

OBJETIVO GENERAL

Analizar la prevalencia de déficit de autocuidado en alcoholismo, depresión y ansiedad en los estudiantes de la FES Zaragoza generación 2010-2013 cuando cursaban el ciclo escolar 2° y 4° año de la carrera de Enfermería con una población de 561 alumnos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Obtener datos sociodemográficos de la población estudiada.
- Examinar los factores, los problemas de salud y los déficits de autocuidado.
- Definir los niveles de consumo de alcohol en los estudiantes.
- Definir los niveles de depresión en los estudiantes.
- Definir los niveles de ansiedad en los estudiantes.
- Determinar si los niveles de consumo de alcohol, depresión y ansiedad son iguales o superiores a los niveles nacionales.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio de tipo cuantitativo, analítico, observacional prolectivo, transversal y comparativo, que se desarrolla en la FES Zaragoza, con estudiantes que cursaron la carrera de Enfermería generación 2010-2013 cuando cursaban el ciclo escolar 2° y 4° año.

Los Instrumentos fueron aplicados dentro de las aulas escolares, durante la época en que los estudiantes se encontraban en las instalaciones de la Facultad (evitando el periodo en que salen a prácticas hospitalarias y comunitarias).

Dentro de las aulas se le brindo a cada grupo la presentación correspondiente de los propósitos del proyecto, de la importancia de su participación, de la veracidad de sus respuestas y de la trascendencia del estudio, además de asegurarles el anonimato, solicitando únicamente datos sociodemográficos, como sexo, edad, estado civil, entre otros. Se pidió únicamente el número de cuenta, aclarando que solo servirá en caso de detectar alumnos en riesgo, para darles información oportuna y seguimiento.

Se brindó a los alumnos un cuadernillo, el cual contenía.

- Caratula
- Introducción
- Instituciones de llenado
- Cuestionario de datos sociodemográficos
- La escala de Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol (AUDIT)
- La escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)
- La escala de ansiedad Hamilton

Así como un lápiz y dos tarjetas lectoras para registrar sus respuestas.

La encuesta fue recolectada por los responsables del proyecto, tanto matutino como vespertino.

Tratamiento estadístico

Mediante el programa SPSS 20 fue posible realizar estadísticas descriptivas que nos permitieron conocer la prevalencia y porcentajes en cuanto a datos socioeconómicos, consumo de alcohol, niveles de depresión y ansiedad. Las tablas de contingencia nos permitieron identificar niveles de consumo de alcohol, depresión y ansiedad y su relación con las variables independientes, así como la aplicación de la prueba de χ^2 cuadrada de Pearson, la cual permitió determinar si existe una asociación entre variables categóricas (alcohol/sexo, depresión/sexo y ansiedad/sexo).

POBLACIÓN

La población de estudio fue conformada por alumnos inscritos de la generación 2010-2013 de la carrera de Enfermería en la FES Zaragoza. La población estimada es de 561 alumnos, divididos en dos turnos (matutino y vespertino) cuando cursaban el ciclo escolar 2° y 4° año.

Criterios de inclusión:

- Estudiantes que estén cursando la carrera de Enfermería.

Criterios de exclusión:

- Alumnos que no sean de segundo y cuarto año.
- Alumnos que no se presentaron el día que se realizó la aplicación de instrumento.
- Alumnos que no aceptaron participar.

Criterios de eliminación:

- Alumnos que no llenaron de manera correcta el instrumento de valoración.

OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	ESCALA	VALOR	TIPO
Sexo	Condición biológica que distingue al ser humano en dos grupos: hombres y mujeres.	A) Hombre B) Mujer	Hombre Mujer	Nominal
Edad	Edad en años que reporta el sujeto al momento de la encuesta.	A) 21 años B) 22 años C) 23 años D) 24 años E) Más de 24 años	1 2 3 4 5	Nominal
Estado civil	El estado de convivencia que guardan los sujetos bajo un contrato formal o informal.	A) Casado(a) /unión libre B) Separado(a) Divorciado(a) C) Viudo(a) D) Soltero(a)	1 2 3 4 5	Nominal
Trabajo	Se refiere a la actividad remunerada (trabajo) que realiza el hombre para satisfacer sus necesidades.	A) No trabajo B) Sí trabajo medio tiempo (4 hrs diarias) C) Sí trabajo tiempo completo (8 hrs. diarias) D) Trabajo solo los fines de semana	1 2 3 4 5	Nominal
Trabajo que desempeñas	La rama de la producción donde se encuentra laborando.	A) Empleado de comercio/negocio familiar B) Prestador de servicios (vendedor, atendiendo negocio) C) Mesero cantinero D) Actividad relacionada con enfermería E) Otro	1 2 3 4 5	Nominal
Salario	Remuneración económica, a cambio del trabajo	A) Buena B) Regular C) Media	1 2 3	Nominal
Vive con	Espacio físico de vivienda	A) Papá B) Mamá C) Ambos	1 2 3	Nominal
Escolaridad del padre	Grado de estudios que se tienen a la fecha	A) Sin educación formal B) Escuela primaria C) Secundaria o equivalente D) Preparatoria o equivalente E) Universidad/postgrado	1 2 3 4 5	Nominal
Escolaridad de la madre	Grado de estudios que se tienen a la fecha	A) Sin educación formal B) Escuela primaria C) Secundaria o equivalente D) Preparatoria o equivalente E) Universidad/postgrado	1 2 3 4 5	Nominal

Vives con..... 10- hermanos/as 11. otros familiares 12 amigos 13. solo 14. mi pareja	Personas con las que convives en un espacio físico.	NO A SÍ B	1 2	Nominal
Alguna persona usa alcohol o tabaco de forma habitual Papá Mamá Hermano/as otros familiares Tu mejor amigo/a Tu pareja	Consumo de drogas lícitas, en personas que están a tu alrededor.	NO A SÍ B	1 2	Nominal
Alguna Persona usa algún tipo de droga (que no sea alcohol ni tabaco), de forma habitual? Papá Mamá Hermano/as otros familiares Tu mejor amigo/a Tu pareja	Consumo de drogas ilícitas, en personas que están a tu alrededor.	NO A SÍ B	1 2	Nominal

Variables (AUDIT)

Frecuentemente tomas bebidas alcohólicas.	Frecuencia con la que se consume alcohol.	A) Nunca B) Una vez al mes más o menos C) Dos o cuatro veces al mes D) Dos o cuatro veces por semana E) Cuatro o más veces por semana	0 1 2 3 4	Escalar
¿Cuántas copas tomas en un día típico o común de los que bebes?	Cantidad sustancial consumida.	A) 1 o 2 B) 3 o 4 C) 5 o 6 D) 7 o 9 E) 10 o mas	0 1 2 3 4	Escalar
¿Qué tan frecuentemente tomas seis o más copas en la misma ocasión?.	Tiempo o constancia con la que ingieres alcohol.	A) Nunca B) Menos de una vez al mes C) Mensualmente D) Semanalmente E) Diario o casi diario	0 1 2 3 4	Escalar
¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?	Necesidad momentánea del consumo de alcohol.	A) Nunca B) Menos de una vez al mes C) Mensualmente D) Semanalmente E) Diario o casi diario	0 1 2 3 4	Escalar
¿Qué tan frecuentemente	Necesidad biológica o psicológica para el	A) Nunca B) Menos de una vez al mes	0 1	Escalar

bebiste en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso?	consumo de alcohol.	C) Mensualmente D) Semanalmente E) Diario o casi diario	2 3 4	
¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento?	Síntoma de culpabilidad por actos cometidos inconscientemente.	A) Nunca B) Menos de una vez al mes C) Mensualmente D) Semanalmente E) Diario o casi diario	0 1 2 3 4	Escalar
¿Qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado?	Daño neuronal causado por la ingesta prolongada de alcohol.	A) Nunca B) Menos de una vez al mes C) Mensualmente D) Semanalmente E) Diario o casi diario	0 1 2 3 4	Escalar
¿Te has lesionado o alguien ha resultado lesionado?	Reacciones físicas causadas por la alteración del sistema nervioso central, provocadas por el alcohol o desinhibición de perjuicios.	A) No B) Si, pero no en el último año C) Si en el último año	0 2 4	Escalar
¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebes?	Personas que por su enlace afectivo demuestran interés en tu persona.	A) No B) Si, pero no en el último año C) Si en el último año	0 2 4	Escalar

Variables escala CES-D

Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.	Trastorno emocional.	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	0 1 2 3	Escalar
No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito.	Trastorno psicológico y biológico.	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	0 1 2 3	Escalar
Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza ni con la ayuda de familiares y amigos.	Decaimiento emocional.	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	0 1 2 3	Escalar
Sentía que era tan bueno/a como cualquier otra persona.	Equilibrio emocional.	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	3 2 1 0	Escalar
Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo	Deficiencia momentánea del Atención	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	0 1 2 3	Escalar
Me sentía deprimido/a.	Malestar físico y psicológico causado por el entorno social.	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	0 1 2 3	Escalar
Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.	Desestabilidad emocional.	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	0 1 2 3	Escalar

Me sentía un optimista sobre el futuro.	Equilibrio emocional.	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	3 2 1 0	Escalar
Pensé que mi vida era un fracaso.	Desestabilidad psicológica.	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	0 1 2 3	Escalar
Me sentía con miedo.	Percepción mental hacia tu persona relacionando tu entorno.	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	0 1 2 3	Escalar
Mi sueño era inquieto/a.	Desequilibrio biológico y mental	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	0 1 2 3	Escalar
Estaba contento/a.	Equilibrio psicológico y biológico	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	3 2 1 0	Escalar
Hable menos de lo usual.	Desequilibrio emocional y psicológico	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	0 1 2 3	Escalar
Me sentía solo/a.	Percepción de abandono de familiares y amigos	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	0 1 2 3	Escalar
La gente no era amigable.	Percepción personal que se tiene de los demás	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	0 1 2 3	Escalar
Disfrute la vida.	Equilibrio psicológico y emocional	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	3 2 1 0	Escalar
Pase ratos llorando.	Desequilibrio emocional y psicológico	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	0 1 2 3	Escalar
Me sentí triste.	Desequilibrio emocional y psicológico	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	0 1 2 3	Escalar
Me sentí que no le caía bien a la gente.	Percepción errónea personal que se tiene de los demás	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	0 1 2 3	Escalar
No podía seguir adelante.	Desequilibrio emocional y psicológico	A) Ningún día B) 1 a 2 días C) 3 a 4 días D) 5 a 7 días	0 1 2 3	Escalar

Variables escala Hamilton

Estado ansioso	Desorden psicológico con los síntomas, preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	A) Ausente B) Intensidad leve C) Intensidad moderada D) Intensidad grave E) Totalmente incapacitado	0 1 2 3 4	Escalar
Tensión	Dificultad física provocada psicológicamente. Sensaciones de tensión, fatiga, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensaciones de inquietud, imposibilidad de relajarse	A) Ausente B) Intensidad leve C) Intensidad moderada D) Intensidad grave E) Totalmente incapacitado	0 1 2 3 4	Escalar
Temores	Síntoma mental personal, a la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	A) Ausente B) Intensidad leve C) Intensidad moderada D) Intensidad grave E) Totalmente incapacitado	0 1 2 3 4	Escalar
Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas temores nocturnos.	A) Ausente B) Intensidad leve C) Intensidad moderada D) Intensidad grave E) Totalmente incapacitado	0 1 2 3 4	Escalar
Funciones intelectuales (cognitivas)	Dificultad de concentración mala o escasa memoria.	A) Ausente B) Intensidad leve C) Intensidad moderada D) Intensidad grave E) Totalmente incapacitado	0 1 2 3 4	Escalar
Humor depresivo	Pérdida de interés, falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	A) Ausente B) Intensidad leve C) Intensidad moderada D) Intensidad grave E) Totalmente incapacitado	0 1 2 3 4	Escalar
Síntomas somáticos musculares	Síntoma mental personal y físico que provoca dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	A) Ausente B) Intensidad leve C) Intensidad moderada D) Intensidad grave E) Totalmente incapacitado	0 1 2 3 4	Escalar
Síntomas somáticos sensoriales	Síntoma físico que provoca zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad, sensaciones parentesias (pinchazos, picazón u	A) Ausente B) Intensidad leve C) Intensidad moderada D) Intensidad grave E) Totalmente incapacitado	0 1 2 3 4	Escalar

	hormigueos).			
Síntomas cardiovasculares	Síntoma físico que provoca taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho) pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de baja presión o desmayo, arritmias.	A) Ausente B) Intensidad leve C) Intensidad moderada D) Intensidad grave E) Totalmente incapacitado	0 1 2 3 4	Escalar
Síntomas respiratorios	Síntoma físico que provoca opresión o constricción en el tórax (pecho) sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	A) Ausente B) Intensidad leve C) Intensidad moderada D) Intensidad grave E) Totalmente incapacitado	0 1 2 3 4	Escalar
Síntomas gastrointestinales	Síntoma físico que provoca Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, gorbosismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	A) Ausente B) Intensidad leve C) Intensidad moderada D) Intensidad grave E) Totalmente incapacitado	0 1 2 3 4	Escalar
Síntomas genitourinarios	Síntoma físico que provoca micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta de periodo menstrual) menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	A) Ausente B) Intensidad leve C) Intensidad moderada D) Intensidad grave E) Totalmente incapacitado	0 1 2 3 4	Escalar
Síntomas del sistema nervioso autónomo	Síntoma físico que provoca boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).	A) Ausente B) Intensidad leve C) Intensidad moderada D) Intensidad grave E) Totalmente incapacitado	0 1 2 3 4	Escalar

COSIDERACIONES ÉTICO LEGALES

Bajo la premisa de identificación de autocuidado de ingesta de alcohol y niveles de depresión y ansiedad, la investigación se mantuvo dentro de los lineamientos legales establecidos por la ley máxima del país y las demás instituciones legales que intervienen en el cuidado de la salud mental de la población mexicana. En orden de importancia se citarán los fragmentos más importantes que guiaron la investigación.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Se citara un fragmento de la Carta Magna, que en su Artículo 4° a la letra dice. “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”

LEY GENERAL DE SALUD

En su **Artículo 72**, menciona lo siguiente: “La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental”

En su **Artículo 184 bis**, se crea el Consejo Nacional Contra las Adicciones, que tendrá por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones que regula el presente título, así como proponer y evaluar los programas a que se refieren los Artículos 185, 188 y 191 de esta Ley. Dicho Consejo estará integrado por el Secretario de Salud, quien lo presidirá, por los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal cuyas atribuciones tengan relación con el objeto del Consejo y por representantes de organizaciones sociales y privadas relacionadas con la salud. El secretario de

Salud podrá invitar, cuando lo estime conveniente, a los titulares de los gobiernos de las entidades federativas a asistir a las sesiones del Consejo.

Norma Oficial Mexicana NOM- 012- SSA3- 2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Campo de aplicación

Esta norma es de observancia obligatoria, para todo profesional de la salud, institución o establecimiento para la atención médica de los sectores público, social y privado, que pretendan llevar a cabo o realicen actividades de investigación para la salud en seres humanos, con las características señaladas en el objetivo de la presente norma.

Carta de consentimiento informado en materia de investigación, al documento escrito, signado por el investigador principal, el paciente o su familiar, tutor o representante legal y dos testigos, mediante el cual el sujeto de investigación acepta participar voluntariamente en una investigación y que le sea aplicada una maniobra experimental, una vez que ha recibido la información suficiente, oportuna, clara y veraz sobre los riesgos y beneficios esperados. Deberá indicarse los nombres de los testigos, dirección y la relación que tienen con el sujeto de investigación.

Investigación para la salud en seres humanos, en la que el ser humano es el sujeto de investigación y que se desarrolla con el único propósito de realizar aportaciones científicas y tecnológicas, para obtener nuevos conocimientos en materia de salud.

Disposiciones Comunes

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predesibles;

Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de

asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Norma Oficial NOM.015-SSA3-2012, para la Atención Integral a Personas con Discapacidad

Dentro de la Norma Oficial Mexicana, el alcoholismo, la depresión y la ansiedad encajan dentro de la discapacidad intelectual, pues son enfermedades que limitan la conducta adaptativa al entorno, así como la capacidad de realizar una o más actividades diarias.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana el personal de salud está obligado, dentro de sus respectivos ámbitos de competencia profesional, a proporcionar:

- Educación, prevención y promoción para la salud.
- Diagnóstico oportuno.
- Evaluación de la discapacidad para determinar el tipo y grado de limitación funcional.
- Atención médica de rehabilitación.
- Referencia y contrarreferencia.

Declaración de Helsinki

La declaración es considerada como el documento más importante en la ética de la investigación con seres humanos. A pesar de que no es un instrumento legal, la autoridad e influencia que ha ganado nivel nacional e internacional, son indiscutibles. Para la presente investigación tomaremos principal interés en los siguientes aspectos:

- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos,

procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

- **Se tomó toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona** que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal. Con la finalidad de reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social el único dato personales que se manejó fue el número de cuenta, que sería utilizado en algún caso de algún estudiante que se detectara en riesgo y darle seguimiento.
- **La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado**, por lo que se dieron a conocer de manera adecuada los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, beneficios y cualquier otro aspecto pertinente de la investigación. Se aclaró cualquier duda para la presente investigación, puesto que no se afecta la salud de los estudiantes, el consentimiento fue verbal y escrito.

CAPITULO III

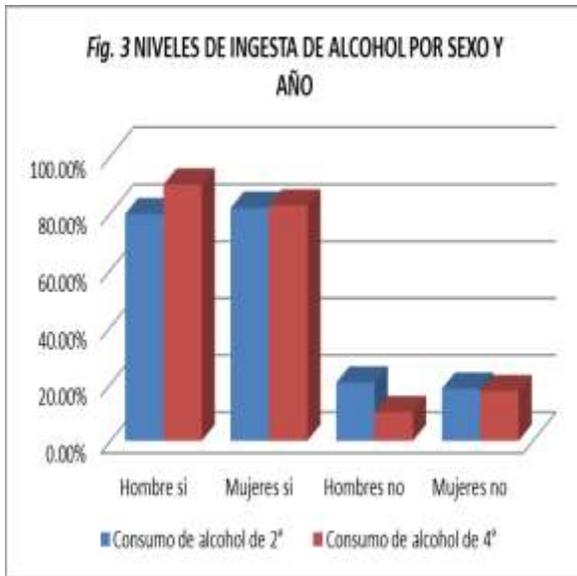
RESULTADOS

Para la presente investigación se tomó en cuenta la población estudiantil de la carrera de Enfermería, que consta de 561 alumnos, cuando cursaban 2° y 4° año de la generación 2010-2013.

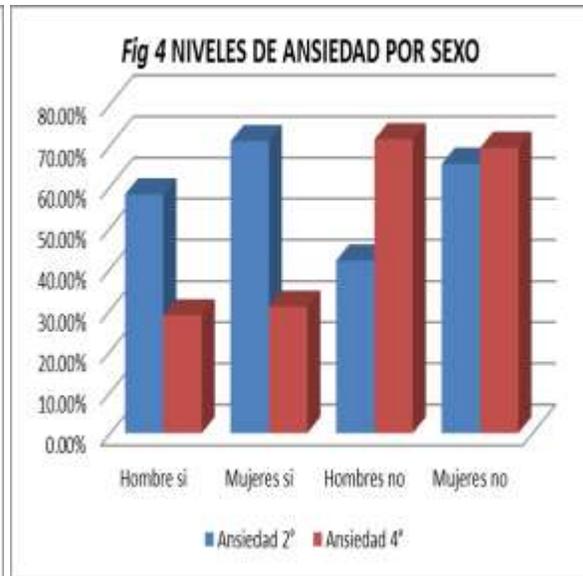
La población de segundo año fue de 284 sujetos, el 67.0% eran mujeres y 33.0% hombres, en el cuarto año fue de 277 sujetos, de los cuales 75.0% eran mujeres y 25.0% hombres.



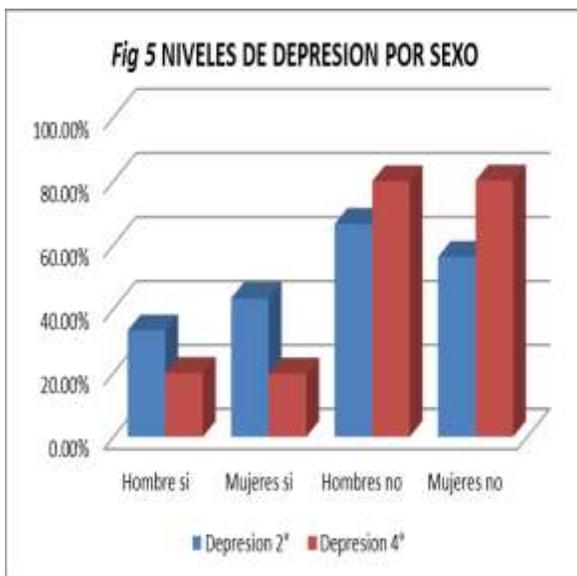
Se observa un incremento en la población de mujeres de 2° a 4° lo que hace pensar que se incorporaron alumnas irregulares. Y una disminución de hombres de lo que hace suponer que se resagaron o abandonaron la carrera



Se observa que los hombres ingieren mayor cantidad de alcohol, cuando cursando el cuarto año en relación al segundo



En este grafico se detecta que los alumnos de segundo año presentaban mayor ansiedad que cuando cursar el cuarto año, se podría pensar la insertidumbre que vivían recién iniciados en la carrera.



La depresión se presenta con mayor frecuencia en las mujeres una posible explicación, es lo incierto ante hechos vitales como el cursar una carrera universitaria. Se observa en el gráfico que la diferencia entre hombres y mujeres no es significativa.

TABLA 2

Consumo de alcohol por sexo en alumnos al cursar 2° año de la carrera

	No	Sí	Total
Hombre	19 (20.4%)	74 (79.6%)	93 (100%)
Mujer	35 (18.3%)	156 (81.7%)	191 (100%)

χ^2 DE .004

TABLA 3

Consumo de alcohol por sexo en alumnos de 4° año de la carrera

	No	Si	Total
Hombre	7 (10.0%)	63 (90.0%)	70 (100%)
Mujer	36 (17.4%)	171 (82.6%)	207 (100%)

χ^2 DE .096

En la tabla dos y tres de la variable alcohol, se dividió el grupo: alumnos que si consumieron alcohol en los tres últimos meses y los que no lo hicieron, los resultados demuestran una relación estadísticamente significativa. Los hombres siguen consumiendo alcohol en mayor cantidad que las mujeres. La ingesta de alcohol en hombres de 2° año se incrementó pasando de 79.6% a 90.0% en 4° año para las mujeres se mantuvo prácticamente igual en 2° año fue 81.7% y en 4° de 82.6%.

TABLA 4*Niveles de consumo de alcohol por sexo en alumnos al cursar 2° año de la carrera*

	No consume	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto	Total
Hombre	19 (20.4%)	51 (54.8%)	16 (17.2%)	7 (7.5%)	93 (100%)
Mujer	35 (18.3%)	131 (68.6%)	22 (11.5%)	3 (1.6%)	191 (100%)

 χ^2 de .020

La prueba que mide consumo de alcohol ASSIST tamiza el consumo en cuatro rangos. Se observa en esta tabla que las mujeres beben más en el rango de riesgo bajo que los hombres y los hombres lo hacen en riesgo alto considerándose ya como abuso. Los datos son estadísticamente significativos.

TABLA 5*Niveles de consumo de alcohol por sexo en alumnos al cursar 4° año de la carrera*

	No consume	Sin Riesgo	Moderado	Abuso	Total
Hombre	7 (10.0%)	47 (67.1%)	15 (21.1%)	1 (1.4%)	70 (100%)
Mujer	36 (17.4%)	155 (74.9%)	14 (6.8%)	2 (1.0%)	207 (100%)

 χ^2 DE .012

Para los alumnos de cuarto año las condiciones son similares, consumen más alcohol los hombres que las mujeres, nuevamente los datos son estadísticamente significativos.

Es de llamar la atención que son los hombres los que siguen consumiendo mayor cantidad de alcohol, y número de copas pero que las mujeres han incrementado la frecuencia de ingesta de alcohol y también el número de copas.

TABLA 6*Número de copas por sexo en alumnos al cursar 2° año de la carrera*

	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 o 9	10 o más	Total
Hombre	30 (34.5%)	20 (23.0%)	21 (24.1%)	10 (11.5%)	6 (6.9%)	87 (100%)
Mujer	85 (45.0%)	61 (33.7%)	24 (13.3%)	9 (5.0%)	2 (1.1%)	181 (100%)

 χ^2 de.001**TABLA 7***Numero de copas por sexo en alumnos al cursar 4° año de la carrera*

	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 o 9	10 o más	Total
Hombre	14 (21.2%)	24 (36.4%)	17 (25.8%)	8 (12.1%)	3 (4.5%)	66 (100%)
Mujer	82 (42.9%)	72 (37.7%)	29 (15.2%)	8 (4.2%)	0 (0%)	191 (100%)

 χ^2 de.001

La tabla seis y siete describe el número de copas que se ingieren por ocasión. Se sabe que las mujeres no deben consumir más de tres copas y los hombres más de cinco, y que están deben ingerirse con intervalo de una hora, en el caso de las mujeres se encontraron que en el 2° año, y cuarto año la cifra era similar de 1 a 2 copas, 45.0% y 42.9% respectivamente. También se observa que para cuarto año se incrementa el número de copas por ocasión hasta llegar a consumir de siete a nueve copas. Los hombres consumen en porcentajes elevados de cinco copas hasta llegar a más de diez, por ocasión. Lo que hace que los datos sean estadísticamente significativos..

Todos los datos se sometieron a prueba de confiabilidad de Alfa de cronbach, para los datos de segundo obtuvieron un alfa de 0.799; y para las de cuarto fue de 0.755

TABLA 8*Ansiedad por sexo en alumnos al cursar 2° año de la carrera*

	No	Sí	Total
Hombre	39 (41.9%)	54 (58.0%)	93 (100%)
Mujer	125 (65.4%)	66 (70.9%)	191 (100%)

 χ^2 DE .565**TABLA 9***Ansiedad por sexo en alumnos al cursar 4° año de la carrera*

	No	Sí	Total
Hombre	50 (71.4%)	20 (28.6%)	70 (100%)
Mujer	138 (69.3%)	61 (30.7%)	199 (100%)

 χ^2 DE .434

En la tabla ocho y nueve de la variable ansiedad se consideró los alumnos que presentaban ansiedad y los que no lo tenían, encontrándose que en el caso del segundo año las mujeres son más ansiosas que los hombres sin embargo los datos no son estadísticamente significativos, para el cuarto año encontramos datos muy similares en hombres y mujeres el sexo no influye para la ansiedad.

TABLA 10*Niveles de ansiedad por sexo en alumnos al cursaban 2° año de la carrera*

	Sin	Leve	Moderada	Grave	Total
Hombre	59 (63.4%)	19 (20.4%)	14 (15.1%)	1 (1.1%)	93 (100%)
Mujer	125 (65.4%)	36 (18.8%)	28 (14.7%)	2 (1.0%)	191 (100%)

 χ^2 DE .988**TABLA 11***Niveles de ansiedad por sexo en alumnos al cursaban 4° año de la carrera*

	Sin	Leve	Moderada	Grave	Total
Hombre	50 (71.4%)	14 (20.0%)	6 (8.6%)	0 (0%)	70 (100%)
Mujer	138 (69.3%)	39 (19.6%)	17 (8.5%)	5 (2.5%)	199 (100%)

 χ^2 DE .616

La escala de ansiedad de Hamilton, divide esta de leve a grave como lo demuestra la tabla 10 y 11 observando que los resultados son similares para hombres y mujeres tanto en segundo como cuarto año. Los datos no son estadísticamente significativos.

Todos los datos se sometieron a prueba de confiabilidad de Alfa de cronbach, para los datos de segundo obtuvieron un alfa de 0.864; y para las de cuarto fue de 0.873

TABLA 12*Depresión por sexo en alumnos al cursar 2° año de la carrera*

	No	Sí	total
Hombre	62 (66.6%)	31 (33.3%)	93 (100%)
Mujer	108 (56.3%)	83 (43.4%)	191 (100%)

 χ^2 DE .565**TABLA 13***Depresión por sexo en alumnos al cursar 4° año de la carrera*

	No	Sí	total
Hombre	56 (80.0%)	14 (20.0%)	70 (100%)
Mujer	166 (80.2%)	41 (19.8%)	207 (100%)

 χ^2 DE .548

La depresión una de las principales causas de incapacidad en la población en general, los estudiantes universitarios también presentan diferentes niveles de depresión y esta fue medida por la escala CES-D.

En los cuadros 12 y 13 se observa que tanto hombres como mujeres se deprimen y que esta situación se dio tanto en segundo como cuarto año. No se encontró una relación estadísticamente significativa; antaño se sabía que las mujeres se deprimían en razón de 2:1 en relación a los hombres.

TABLA 14*Niveles de depresión por sexo en alumnos al cursar 2° año de la carrera*

Sexo	Sin	Leve	Moderada	Grave	Total
Hombre	62 (66.7%)	18 (19.4%)	4 (4.3%)	9 (9.7%)	93 (100%)
Mujer	108 (56.6%)	43 (22.5%)	18 (9.4%)	22 (11.5%)	191 (100%)

 χ^2 DE .299**TABLA 15***Niveles de depresión por sexo en alumnos al cursar 4° año de la carrera*

Sexo	Sin	Leve	Moderada	Grave	Total
Hombre	56 (80.0%)	7 (10.0%)	1 (1.4%)	6 (8.6%)	70 (100%)
Mujer	166 (80.2%)	20 (9.7%)	5 (2.4%)	16 (7.7%)	207 (100%)

 χ^2 DE .962

La depresión también es medida en la escala utilizada en niveles la tabla 14 y 15 reporta que no existe una diferencia significativa, ni por niveles de depresión tanto para los alumnos de cuarto y los alumnos de segundo, aunque si es de llamar la atención que en la población existan alumnos con depresión grave tanto en hombres como mujeres cerca del 10% de la población se encuentran en estas condiciones.

Todos los datos se sometieron a prueba de confiabilidad de Alfa de cronbach, para los datos de segundo obtuvieron un alfa de 0.810; y para las de cuarto fue de 0.881

DISCUSIÓN

En la presente tesis se investigó acerca de Identificar la prevalencia de déficit de autocuidado en alcoholismo, depresión y ansiedad en los estudiantes de la FES Zaragoza generación 2010-2013 al cursaban 2° y 4° año de la carrera, donde se aplicó el instrumento de evaluación para valorar alcohol, depresión y ansiedad a 561 alumnos. Se utilizaron las pruebas de AUDIT, CES-D y Hamilton. Los resultados que se obtuvieron anteriormente se analizarán con otros artículos encontrados.

1 Salud Pública. Mex vol.43 no.2 Cuernavaca. 2001. Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. En la investigación reportada menciona que de 638 estudiantes investigados, 31% presentó un consumo alto (mayor a cinco copas por ocasión de consumo en el último año). Lo que concuerda con los resultados encontrados el 26.8% de los alumnos tuvieron una ingesta mayor de cinco copas por ocasión, en el artículo consultado se menciona que principalmente son los varones, los que consumen más alcohol, al igual que lo encontrado; mientras que 17% fueron no consumidores, al igual que en la investigación.

2 Salcedo Monsalve Alejandra y colaboradores. Consumo de alcohol en jóvenes universitarios. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. 2011. Encontraron que 23% de prevalencia de alcoholismo y de 75% de riesgo de alcoholismo. En la investigación se recabó que 14.26% de prevalencia de consumo de alcohol. Los resultados que obtuvieron indican que el consumo de alcohol en estudiantes universitarios inicia en la secundaria. Ellos sugieren que es una conducta problemática que amerita ser ampliada y analizada más detalladamente. Los resultados que arrojó la investigación son alarmantes, lo cual nos da información de que se tiene que realizar algún estudio correspondiente para las demás carreras.

3 Puig-Nolasco y colaboradores. Consumo de alcohol entre estudiantes mexicanos 2011. Identificaron que el 44,2% de los estudiantes tuvo algún tipo de

uso problemático de alcohol. En tanto a los resultados obtenidos en la investigación fue que un 2.31% tenían algún tipo de consumo de alcohol. Ellos mencionan que el 35,7% mujeres y 53,1% hombres; así mismo, en la investigación concluida, dio 7.7% en mujeres y 23.9% hombres; fue más alto en hombres. También obtuvieron, que en relación con la frecuencia de consumo de alcohol, 45,5% de los universitarios refirieron que consumían de dos a cuatro veces por mes; de ellos el 17% bebían de dos a tres veces por semana, 29,7% en cantidad de tres a cuatro copas y 33,9 más de cinco copas (12%) datos considerados preocupantes una vez que la mayoría eran mujeres. En esta investigación se obtuvo con referencia a el consumo de copas por ocasión nos arrojó 33.7% de tres a cuatro copas 26.0% más de cinco copas, fue más del doble, siendo las mujeres las que consumen más bebidas por ocasión con un 39.0% y hombres 20.7%.

4 Montoya LM y colaboradores. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico 2010. La prevalencia para depresión en estudiantes universitarios encontrada fue del 47,2% y la relación de esta con la severidad del estrés generado por los estresores académicos fue estadísticamente significativa. Los resultados obtenidos en la investigación nos da que 30.1% de prevalencia de la depresión. En este caso no se investigó la relación con la severidad del estrés, pero podemos mencionar que es un factor detonante para padecer depresión.

5 Ayala Valenzuela R y colaboradores Trastornos menores de salud como factores asociados al desempeño académico de estudiantes de Enfermería. 2010. Ellos obtuvieron que los síntomas más frecuentes que padece la gente ansiosa son los siguientes: dolor osteomuscular, cefalea y trastornos del sueño son los trastornos más frecuentes, presentes en más de la mitad de los estudiantes encuestados. Los resultados obtenidos en la investigación nos dice que el 38.9% del total de la población está ansiosa.

6 Rubén Valle y colaboradores. Sintomatología depresiva y problemas relacionados con el consumo de alcohol durante la formación académica de estudiantes de medicina 2013. Encontraron que el 23,3% de los encuestados presentaron síntomas depresivos y el 7,3%, problemas relacionados con el alcohol. Los resultados de la investigación nos arrojó que 25.6% de los alumnos que tienen algún síntoma depresivo y un 26.8% problemas relacionados con el alcohol. Ellos obtuvieron que la frecuencia de síntomas depresivos y problemas relacionados con el alcohol fue mayor en los estudiantes de los primeros años de estudios. Se obtuvo en la investigación concluida que concuerda con Rubén Valle en que la frecuencia de depresión y alcoholismo es mayor en los de 2° años que en 4° año de estudio.

7 Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FES Iztacala: un estudio piloto. 2011. En cuanto a los niveles de depresión prevalecen los niveles mínimo y leve y los niveles de ideación moderado y alto. Por sexo, el mayor porcentaje de mujeres muestran niveles de ideación moderado y alto, mostrando mayor depresión en el nivel moderado. De los resultados obtenidos en la investigación se observó que un 25.6% de los alumnos tienen algún signo de depresión, y la depresión es un factor de ideación suicida.

8 Borges, G y colaboradores. Suicidal behavior in the Mexico National Comorbidity Survey Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. 2005. De los entrevistados, el comportamiento suicida alguna vez en la vida fue: el 8.3% reportó haber tenido ideación, el 3.2% reportó haber tenido un plan y el 2.8% reportó haber tenido intento(s) suicida(s). La prevalencia para los comportamientos suicidas, los 12 meses previos a la entrevista, fue de 2.3%, 1.0% y 0.6%, respectivamente. En la investigación terminada dio que un 35.8% de los alumnos presenta algún signo o síntoma de ansiedad, lo cual es un factor de riesgo para la ideación suicida; no investigamos intentos suicidas, por el factor estresante de no estar completamente en privacidad y no ser entrevista cara a cara.

CAPITULO IV

CONCLUSIÓN

Con base en los resultados que dio la presente investigación, se concluye que el déficit de autocuidado en ansiedad, depresión e ingesta de alcohol está presente en los alumnos de Enfermería, es decir hay una falla o ausencia de salud, por lo que ocho de los requisitos universales se encuentran en déficit de autocuidado; mantenimiento de un ingreso suficiente de aire, mantenimiento de una ingesta suficiente de agua, mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos, provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal, equilibrio entre actividades y descanso, equilibrio entre soledad y la comunicación social, prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano y promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, que menciona Dorotea Orem. Están alteradas las tres conductas. Al padecer cualquiera de estos problemas, el cuerpo humano tiende a modificar su funcionamiento alterándolo. Por ejemplo, con el alcohol se encuentra alterado el mantenimiento suficiente de agua, ya que el sistema nervioso central está deprimido, teniendo alteración en los receptores del hipotálamo, lo que hace que no tenga la necesidad de ingerir agua. Además el alcohol es diurético, que hace que el cuerpo se deshidrate sin sentirlo, lo que une esto a otro requisito de provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal, tienden a tener poliuria. Este mismo requisito está alterado para ansiedad. También aumenta el metabolismo del intestino, padeciendo diarreas continuas, así mismo tienden a padecer poliuria, disuria, urgencia urinaria y continuamente incontinencia urinario. Esto aunado a que es un gran costo a la sociedad por los altos índices de enfermedades que se desencadenan.

Al ser la población estudiada de la misma generación cuando cursaban 2° y 4° año, llama la atención que cuando cursaron 2° año presentaron mayores niveles de consumo de alcohol, ansiedad y depresión. Es alarmante porque los estudiantes de Enfermería proporcionarán cuidados a la población, pero cómo se

ha de realizar, si los mismos no tienen un autocuidado. Son focos rojos e impredecibles para tener algún evento adverso al estar desempeñando actividades de enfermería, siendo el estudiante al que le dejan por momentos la responsabilidad del cuidado del paciente, repercutiendo en la calidad del cuidado. Se aumentó el consumo de alcohol en mujeres, lo cual es alarmante, puesto que tiene relación en aumento de factores de riesgo tanto físicos y emocionales (ansiedad y depresión) y sociales, que está ocurriendo con la mujer. Desde mi punto de vista, esta falsa libertad, problemas de identidad, el qué soy, y a dónde voy, las llevan a competir con los hombres, pero las mujeres no luchan por la igualdad de sus derechos, sino en eventos del consumo de alcohol y drogas.

Se tiene que concientizar al alumnado para que tome medidas de prevención a la salud, prácticas de autocuidado y evitar los factores que llevarían en decadencia su salud y la correlación o codependencia se sustancias lícitas o ilícitas. Hasta el momento se desconoce si el alcohol lleva a la depresión y/o ansiedad o la depresión y/o ansiedad al alcoholismo; es una falsa ideología que el alcohol resuelve la depresión (Rubén Valle, 2013).

Es un estudio importante porque nos da la información de cómo se encuentran los estudiantes y que algunos no asimilan sus padecimientos. Cabe mencionar que la Facultad NO cuenta con una infraestructura de diagnóstico y tratamiento oportuno, un modelo de información donde se tengan programas de atención, primaria, donde se den medidas preventivas para los alumnos sin riesgo, secundarias, diagnósticos oportunos y un tratamiento multidisciplinario y terciario desde donde se pueda canalizar a los alumnos a otras instituciones para ser tratados adecuadamente. Los profesores tienen que conocer la situación de los alumnos; varios son ájenos a prestar atención a alguna de las situaciones ya mencionadas; es un factor de riesgo para el rendimiento académico, bajas notas la no asimilación del conocimiento; algunos tienden a desertar. A la larga, los bajos promedios no les facilitará el ingreso laboral, lo que los llevará a deprimirse más o a ingerir más alcohol.

¿Qué es enfermería? Según la OMS, “La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”, o como decía Florence Nightingale: “La ciencia y el arte del cuidado.” Ustedes, como profesores de enfermería, tienen entre sus funciones la promoción de la salud, pero por qué no hacerlo entre los alumnos, no solo enseñándolo sino llevándolo a la práctica en las mismas aulas y en cada uno de los módulos, para que los que se encuentran en un déficit de autocuidado en depresión, ansiedad o ingesta de alcohol, sean diagnosticados y tratados, en una etapa oportuna (atención primaria). Los alumnos tendrán un mejor aprendizaje; así mismo, tendrán otro concepto de sus propios cuidados. Sé que son demasiados, pero, por ende, es necesario crear espacios para ayudar a las futuras generaciones de Enfermería.

Si bien este estudio se llevó solo en la carrera de Enfermería, esto no es privativo solo a esta carrera (Torres Amador, 2012) realizó un estudio en los estudiantes del área de la salud y obtuvo similares resultados. Se recomienda realizar el estudio a las demás carreras, para el beneficio de los alumnos y la mejora de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alcoholismo Nota descriptiva N°349, Enero del 2015. Recuperado el 18 de abril de 2015, de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
2. Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FES Iztacala: un estudio piloto. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 14, (4), 2011.
3. Leiva Díaz. Gabriela Pereira Vasters. Moacyr Lobo da Costa Jr. Caracterización de estudiantes de la carrera de enfermería sobre consumo de drogas lícitas e ilícitas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010 May-Jun; 18(Spec):565-72
www.eerp.usp.br/rlae.
4. Secretaria de Salud. Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas 2011. Recuperado el 18 de abril de 2015, de:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abuso_de_bebidas.pdf
5. Secretaria de Salud (2012). Consumo de alcohol y tabaco en México. Pp. 15-60, 185-200.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). La depresión Nota descriptiva N°369, Octubre de 2015. Recuperada el 15 de mayo de 2015, de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
7. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" (2011). Encuesta nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Recuperado el 18 de junio de 2015, de:
<http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
8. Marriner. T.A., Raile. A.M. (2011). Modelos y teorías de Enfermería (7a. ed.). Elsevier, Mosby. Pp.190-200.
9. Cavanagh. S. (1993). Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson. Salvat Enfermería.

10. Orem, D. E. Nursing. Concepts of practice. Mosby. 1995.
- 11 Gessner g. Hawley. Diccionario de química y de productos químicos. 5a ed. 2010. Pp. 20-23, 55.
12. Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2012). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a ed.). Masson. Pp. 135, 159, 167, 200-203, 379, 451-478, 345-383, 401-480.
13. Berg. J., Tymoczko. J., Stryer. L. Ethanol Alters Energy Metabolism in the Liver. 2002.
14. Rosenthal. Glew. Miriam. Robert. Ethano. Medical Biochemistry. Pp. 191-198). Wiley. 2009.
15. Perales. Alberto., Sogi. Cecilia., Morales Ricardo.(2003) Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. Recuperado el 15 de junio del 2015 de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v64n4/a07v64n4.pdf>
16. Escobar, A. Neurobiología de la depresión. (7a ed). Temas Selectos de Neurociencias III.UAM. México. 2004. Pp. 181-190.
17. Racagni G. Brunello N. Physiologi to functionality: The Brain and neurotransmitter activity. Int Clin Psychopharmacol. 1999. Pp. 145-150
18. Ayala Valenzuela, R.* , Pérez Uribe, M.** , Obando Calderón, I.** Trastornos menores de salud como factores asociados al desempeño académico de estudiantes de Enfermería. Enferm. glob. n.18 Murcia feb. 2010. *versión Online* ISSN 1695-6141.
19. Alejandra Salcedo Monsalve* Ximena Palacios Espinosa* Ángela Fernanda Espinosa**.Consumo de alcohol en jóvenes universitarios Alcohol consumption in

young college students. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/Vol. 29(1)/pp. 77-97/2011.

20. Rubén Valle^{1,a}, Elard Sánchez^{2,b}, Alberto Perales^{2,b}. Sintomatología depresiva y problemas relacionados al consumo de alcohol durante la formación académica de estudiantes de medicina. Rev. perú. med. exp. Salud Pública. Vol.30.no1. Lima Enero. 2013. *versión impresa* ISSN 1726-4634

21. Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. Salud Pública Méx vol.43 no.2 Cuernavaca mar./abr. 2001.

22. Borges G, Wilcox, H.C., Medina-Mora, ME, Zambrano-Ruiz, J., Blanco, J., Walters, E.E. (2005). Suicidal behavior in the Mexico National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. Salud Mental, 28(2), 40-47.

23. Montoya LM, Gutiérrez JA, Toro BE., Briñón MA, Rosas E, Salazar LE. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. Rev CES Med 2010;24(1): 7-17.

24. Puig-Nolasco¹ Leticia Cortaza-Ramirez² Sandra Cristina Pillon³. Consumo de alcohol entre estudiantes mexicanos de medicina; Rev. Latino-Am. Enfermagem 2011 May-June;19 Spe No:714-21.

25. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art. IV

26. Ley General de la Salud. Art. 72 Recuperado Agosto del 2015, de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

27. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial (2013). Declaración de Helsinki. Principios Éticos para investigaciones médicas. Recuperado el Agosto del 2015, de: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf

28. Torres Amador. Prevalencia de factores de riesgo para el consumo de bebidas alcohólicas, en estudiantes de enfermería, medicina, odontología y psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM. 2012

ANEXO

Cuadernillo que fue aplicado a los alumnos.



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Carrera de Enfermería

Programa de autocuidado
(salud mental)
Instrumentos de evaluación

Introducción

En la profesión de enfermería existen diferentes teorías y modelos que han fundamentado la profesión, entre las cuales se encuentra Dorotea Örem, que hace referencia a los elementos esenciales del autocuidado y el déficit de autocuidado; por tratarse de uno de los modelos teóricos con mayor validez y aplicabilidad práctica, permite al alumnado de Enfermería, diseñar planes del cuidado tanto a individuos, familia y comunidad. Éste modelo se pretende aplicarlo en el campo de la salud mental, en problemas considerados de salud pública, teniendo como propósito que los/as alumnos/as, lleven a la práctica, medidas de prevención, o en su caso de control, en los problemas de consumo de algunas sustancias adictivas, depresión, ansiedad y se conviertan en promotores de salud, para favorecer estilos de vida saludables, que beneficie el desarrollo humano.

1. Eres	Hombre A Mujer B
2. ¿Qué edad tienes?*(Si tu edad no está en las respuestas, por favor anótala en la tarjeta)	21 años A 22 años B 23 años C 24 años D *Años cumplidos Más de 24 años E
3. ¿Cuál es tu estado civil?	Casado(a) /Unión Libre A Separado(a) / Divorciado(a) B Viudo(a) C Soltero(a) D
4. Actualmente ¿Trabajas? (SI NO TRABAJAS PASA A LA PREGUNTA 7)	No trabajo A Si trabajo medio tiempo (4 hrs diarias) B Si trabajo tiempo completo (8 hrs diarias) C Trabajo sólo los fines de semana D
5. ¿Qué trabajo desempeñas?	Empleado de comercio/negocio familiar A Prestador de servicios (vendedor, atendiendo negocio) B Mesero, cantinero C Actividad relacionada con enfermería D Otro E
6. Tu salario es	Bueno A Regular B Malo C

7. Vives con	Papa A Mama B Ambos C
--------------	---

8. ¿Cuál es la escolaridad de tu papa (o sustituto)?	Sin educación formal A Escuela primaria B Secundaria o equivalente C Preparatoria o equivalente D Universidad /post grado E
--	---

9. ¿Cuál es la escolaridad de tu mamá (o sustituta)?	Sin educación formal A Escuela primaria B Secundaria o equivalente C Preparatoria o equivalente D Universidad /post grado E
--	---

En casa ¿vives con ...	No	Si
10. Hermanos/as	A	B
11. Otros familiares	A	B
12. Con amigos	A	B
13. Solo	A	B
14. Con mi pareja	A	B

¿Alguna de estas personas usa alcohol o tabaco de forma habitual?	No	Si
15. Papá	A	B
16. Mama	A	B
17. Hermanos/as	A	B
18. Otros familiares	A	B
19. Tu mejor amigo/a	A	B
20. Tu pareja	A	B

¿Alguna de estas personas usa algún tipo de droga (que no sea alcohol ni tabaco), de forma habitual?	No	Si
21. Papa	A	B
22. Mamá	A	B
23. Hermanos/as	A	B
24. Otros familiares	A	B
25. Tu mejor amigo/a	A	B
26. Tu pareja	A	B

Ahora te haremos algunas preguntas sobre el uso de alcohol, tabaco, medicinas y otras drogas. En la siguiente tabla puedes ver nombres comunes con los que se conoce a las sustancias.

Nombres comunes de las sustancias

- Tabaco:** cigarrillo, puro, pipa etc.
- Bebidas alcohólicas:** cerveza, pulque, vino, brandy, whisky, ron, tequila, coolers, presidencola, licores, destilados, etc.
- Cannabis/marihuana:** mota, café, hierba, hashish, etc.
- Cocaína:** polvo, pasta base y pasta de coca, perico, nieve, grapa, coca, crack o piedra etc.
- Estimulantes de tipo anfetamínico:** ritalin, asenix, diestet, esbelcaps, benzedrina, akedron, captagón, tenuate, pastillas, anfetis, aceleradores, voladores, éxtasis, píldoras adelgazantes, drogas de diseño, "tachas", "cri cri" "speed", MDMA, cristal, etc.
- Inhalables:** thinner, PVC, cemento, resistol, pegamento, pintura, gasolina activo, sprays, chemos, memos, monas, solventes, etc.
- Tranquilizantes o pastillas para dormir:** para calmar a las personas, calmar los nervios o relajar los músculos como librium, valium, diacepam, ativan, rohypnol, rivotril, benzodicepina, flunitrazepam, tafil, lexotan, equanil, mandrax, sevenal, sopor, "taroles", "pastas", "roches", "reinas", "chochos".
- Alucinógenos:** hongo, peyote, mezcalina, ketamina, LSD, trip ó viaje, PCP, ácido, champiñones, aceites, Special K, etc.
- Opiáceos:** morfina, heroína, opio, nubain, darvon, demerol, roxanol, codeína, talwin, laudano, buprenorfina, "66", "apolo", "nuvainaso", "arpón", "ficción", "chiva" la H, "Speed Ball".
- Otros, especifica

¿Alguna vez en tu vida has consumido ... ?	No	Si
27. Tabaco	A	B
28. Bebidas alcohólicas	A	B
29. Cannabis/marihuana	A	B
30. Cocaína	A	B
31. Estimulantes de tipo anfetamínico	A	B
32. Inhalables	A	B
33. Tranquilizantes o pastillas para dormir	A	B
34. Alucinógenos	A	B
35. Opiáceos	A	B
36. Otros	A	B

¿Con qué frecuencia has consumido las siguientes sustancias en los últimos tres meses?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
37. Tabaco	A	B	C	D	E
38. Bebidas alcohólicas	A	B	C	D	E
39. Cannabis/marihuana	A	B	C	D	E
40. Cocaína	A	B	C	D	E
41. Estimulantes de tipo anfetamínico	A	B	C	D	E
42. Inhalables	A	B	C	D	E
43. Tranquilizantes o pastillas para dormir	A	B	C	D	E
44. Alucinógenos	A	B	C	D	E
45. Opiáceos	A	B	C	D	E
46. Otros	A	B	C	D	E



En los últimos tres meses ¿Con qué frecuencia has tenido deseos fuertes o ansias de consumir...?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
47. Tabaco	A	B	C	D	E
48. Bebidas alcohólicas	A	B	C	D	E
49. Cannabis/marihuana	A	B	C	D	E
50. Cocaína	A	B	C	D	E
51. Estimulantes de tipo anfetamínico	A	B	C	D	E
52. Inhalables	A	B	C	D	E
53. Tranquilizantes o pastillas para dormir	A	B	C	D	E
54. Alucinógenos	A	B	C	D	E
55. Opiáceos	A	B	C	D	E
56. Otros	A	B	C	D	E

En los últimos tres meses ¿Con qué frecuencia tu consumo de (LAS SUSTANCIAS QUE HAS CONSUMIDO) le ha ocasionado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
57. Tabaco	A	B	C	D	E
58. Bebidas alcohólicas	A	B	C	D	E
59. Cannabis/marihuana	A	B	C	D	E
60. Cocaína	A	B	C	D	E
61. Estimulantes de tipo anfetamínico	A	B	C	D	E
62. Inhalables	A	B	C	D	E
63. Tranquilizantes o pastillas para dormir	A	B	C	D	E
64. Alucinógenos	A	B	C	D	E
65. Opiáceos	A	B	C	D	E
66. Otros	A	B	C	D	E

En los últimos tres meses ¿Con qué frecuencia dejaste de hacer algo que deberías haber hecho debido a tu consumo de...	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
67. Bebidas alcohólicas	A	B	C	D	E
68. Cannabis/marihuana	A	B	C	D	E
69. Cocaína	A	B	C	D	E
70. Estimulantes de tipo anfetamínico	A	B	C	D	E
71. Inhalables	A	B	C	D	E
72. Tranquilizantes o pastillas para dormir	A	B	C	D	E
73. Alucinógenos	A	B	C	D	E
74. Opiáceos	A	B	C	D	E
75. Otros	A	B	C	D	E

¿Has intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (LAS SUSTANCIAS QUE HAS CONSUMIDO) y no lo has logrado?	No, nunca	Si, en los últimos tres meses	Si, pero no en los últimos tres meses
76. Tabaco	A	B	C
77. Bebidas alcohólicas	A	B	C
78. Cannabis/marihuana	A	B	C
79. Cocaína	A	B	C
80. Estimulantes de tipo anfetamínico	A	B	C
81. Inhalables	A	B	C
82. Tranquilizantes o pastillas para dormir	A	B	C
83. Alucinógenos	A	B	C
84. Opiáceos	A	B	C
85. Otros	A	B	C

Trata de recordar tu consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses.

1. ¿Qué tan frecuentemente tomas bebidas alcohólicas?	Nunca..... A Una vez al mes o menos..... B Dos o cuatro veces al mes..... C Dos o tres veces por semana..... D Cuatro o más veces por semana..... E
2. ¿Cuántas copas tomas en un día típico o común de los que bebes? (CUBA ES IGUAL A CERVEZA, VASO DE PIÑA QUE, COCTEL, COOLER, O CUALQUIER BEBIDA QUE CONTenga ALCOHOL, CAGUAMA EQUIVALE A TRES COPAS) (ver tabla 1)	1 ó 2..... A 3 ó 4..... B 5 ó 6..... C 7 ó 9..... D 10 ó más..... E
3. ¿Qué tan frecuentemente tomas 5 ó más copas en la misma ocasión? (En un mismo día, evento o reunión).	Nunca..... A Menos de una vez al mes..... B Mensualmente..... C Semanalmente..... D Diario o casi diario..... E
4. ¿Durante el último año, ¿te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?	Nunca..... A Menos de una vez al mes..... B Mensualmente..... C Semanalmente..... D Diario o casi diario..... E
5. ¿Durante el último año, qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías haber hecho por beber? (COMO IR A TRABAJAR O A LA ESCUELA).	Nunca..... A Menos de una vez al mes..... B Mensualmente..... C Semanalmente..... D Diario o casi diario..... E
6. Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente bebiste en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?	Nunca..... A Menos de una vez al mes..... B Mensualmente..... C Semanalmente..... D Diario o casi diario..... E
7. Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?	Nunca..... A Menos de una vez al mes..... B Mensualmente..... C Semanalmente..... D Diario o casi diario..... E
8. Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?	Nunca..... A Menos de una vez al mes..... B Mensualmente..... C Semanalmente..... D Diario o casi diario..... E

9. ¿Te has lesionado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de tu ingesta de alcohol?	No A
	Sí, pero no en el último año B
	Sí, en el último año C
10. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebes o te ha sugerido que te bajes al consumo?	No A
	Sí, pero no en el último año B
	Sí, en el último año C

Las siguientes preguntas son acerca de tu consumo de tabaco... (SI NUNCA HAS CONSUMIDO TABACO PASA A LA PREGUNTA 19)

11. Actualmente ¿Fumas?	Sí A
	No B
12. ¿Cuántos años tenías la primera vez que fumaste un cigarro completo?	De 8 a 10 años A
	De 11 a 15 años B
	De 16 a 20 años C
	Más de 21 años D
13. ¿Cuántos minutos pasan entre el momento en que te levantas y el momento en que fumas el primer cigarro?	Más de 60 minutos A
	De 31 a 60 minutos B
	De 6 a 30 minutos C
	5 minutos o menos D
14. ¿Te cuesta trabajo no fumar en los lugares donde está prohibido hacerlo? (cines, hospitales, metro, salón de clases.)	Sí A
	No B
15. ¿Cuál es el cigarro que más se te antoja?	El primero de la mañana A
	Otros B
16. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	Menos de 11 A
	Entre 11 y 20 B
	Entre 21 y 30 C
	Más de 30 D
17. ¿Fumas más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?	Sí A
	No B
18. ¿Fumas aunque estés tan enfermo como para estar en la cama?	Sí A
	No B

Para contestar las siguientes preguntas por favor piensa en un mes del último año, que refleje tus hábitos de consumo de sustancias (sin incluir alcohol ni tabaco), es decir, marihuana, cocaína, heroína, inhalables, alucinógenos, o medicinas como los tranquilizantes o estimulantes de tipo anfetamínico, que hayas consumido, sin que te las haya recetado un médico, o en mayor tiempo o cantidad que la recetada. Puedes ver la tabla de la página 3 de este cuadernillo para identificar las sustancias y algunos nombres comunes de las mismas (Si realmente nunca haz consumido ninguna droga de las mencionadas pasa a la pregunta 39)

	No	Si
19. ¿Has usado drogas por razones que no sean médicas?	A	B
20. ¿Has consumido drogas prescritas?	A	B
21. ¿Has abusado de más de una droga alguna vez?	A	B
22. ¿Puedes pasar una semana sin usar drogas? (que no sea por razones médicas)	A	B
23. ¿Eres capaz de dejar de usar drogas cuando quieres?	A	B
24. ¿Has tenido lagunas mentales o recuerdos aislados como resultado del uso de drogas?	A	B
25. ¿Siempre te sientes mal por el abuso de drogas?	A	B
26. ¿Tu pareja o tus padres siempre se lamentan por tu uso de drogas?	A	B
27. ¿El abuso de drogas ha creado problemas entre tu y tu pareja?	A	B
28. ¿Has perdido constantemente amigos por usar drogas?	A	B
29. ¿Constantemente has descuidado a tu familia o has tenido fallas en tu trabajo porque consumes drogas?	A	B
30. ¿Constantemente has tenido problemas en tu trabajo por el consumo de drogas?	A	B
31. ¿Constantemente pierdes tu trabajo por abuso de drogas?	A	B
32. ¿Buscas peleas bajo la influencia de drogas?	A	B
33. ¿Has estado involucrado en actividades ilegales por obtener droga?	A	B
34. ¿Constantemente has sido arrestado por posesión ilegal de drogas?	A	B
35. ¿Has experimentado la necesidad de dejar de usar drogas como resultado de un consumo fuerte de droga?	A	B
36. ¿Has tenido problemas médicos como resultado del uso de drogas? (por ejemplo pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado, etc.)	A	B
37. ¿Has pedido ayuda por el problema de uso de drogas?	A	B
38. ¿Has estado en un tratamiento por tu uso de drogas?	A	B

Nos interesa conocer algunas experiencias que te pudieron haber ocurrido durante la semana pasada. Lee cada afirmación e indica el número de días (de 0 a 7) que te sentiste así la semana pasada.

Durante la semana pasada ¿cuántos días te sentiste así?	Ningun día	1 a 2 días	3 a 4 días	5 a 7 días
39. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan	A	B	C	D
40. No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito	A	B	C	D
41. Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza ni con la ayuda de familiares y amigos	A	B	C	D
42. Sentía que era tan bueno/a como cualquier otra persona	A	B	C	D
43. Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo	A	B	C	D
44. Me sentía deprimido/a	A	B	C	D
45. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	A	B	C	D
46. Me sentía optimista sobre el futuro	A	B	C	D
47. Pensé que mi vida era un fracaso	A	B	C	D
48. Me sentía con miedo	A	B	C	D
49. Mi sueño era inquieto/a	A	B	C	D
50. Estaba contento/a	A	B	C	D
51. Hablé menos de lo usual	A	B	C	D
52. Me sentí solo/a	A	B	C	D
53. La gente no era amigable	A	B	C	D
54. Disfruté de la vida	A	B	C	D
55. Pasé ratos llorando	A	B	C	D
56. Me sentí triste	A	B	C	D
57. Me sentí que no le caía bien a la gente	A	B	C	D
58. No podía seguir adelante	A	B	C	D

Por favor la respuesta no la pienses mucho; contesta con lo primero que viene a tu mente.

	A Ausente	B Intensidad Leve	C Intensidad Moderada	D Intensidad Grave	E Totalmente Incapacitado
59: Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.					
60: Tensión: Sensaciones de tensión, fatiga, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.					
61: Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.					
62: Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño, Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
63: Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.					
64: Humor depresivo: Pérdida de interés, Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
65: Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.					
66: Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad, Sensaciones parentésicas (pinchazos, picazón u hormigueos)					
67: Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.					
68: Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).					
69: Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, gorbosismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.					
70: Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del periodo menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.					
71: Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).					

Si ...

después de responder el cuestionario reconoces que tienes un déficit de cuidado solicita al aplicador información que te pueda ser útil acerca de las diferentes sustancias y de lugares a donde acudir en búsqueda de ayuda.



¡Muchas Gracias!

por tu participación, recuerda que eres importante para conocer como estamos en el déficit del cuidado.