

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

**Consumo de alcohol en las facultades de Ciencias de la Salud, Ciencias
Políticas e Ingeniería de la Universidad Nacional de Chimborazo**

Un análisis desde la Determinación Social, año 2017

César Eduardo Ponce Guerra

Tutor: Carlos Reyes Valenzuela

Quito, 2018



Cláusula de cesión de derecho de publicación de tesis

Yo, César Eduardo Ponce Guerra, autor de la tesis intitulada “Consumo de alcohol en las facultades de Ciencias de La Salud, Ciencias Políticas e Ingeniería de la Universidad Nacional de Chimborazo. Un análisis desde la Determinación Social, año 2017”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Epidemiología y Salud Colectiva, en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

Fecha:

Firma: César Eduardo Ponce Guerra

Resumen

El presente constituye un estudio descriptivo-explicativo de corte transversal que se realiza en la ciudad de Riobamba, en específico, en la Universidad Nacional de Chimborazo, donde participaron 512 estudiantes. El objetivo del estudio es analizar el consumo de alcohol y su relación con el estado mental, en estudiantes de tres facultades de la Universidad Nacional de Chimborazo: Ciencias de la Salud, Ciencias Políticas e Ingeniería, desde un análisis de la Determinación Social, en el año 2017. Se analizan, además, los modos y estilos de vida de los estudiantes, así como también los posibles procesos destructivos y protectores que se desarrollan en la dimensión particular e individual. Se observa un alto índice de consumo de alcohol, en la población universitaria, en la cual el 70.2% ha consumido por lo menos alguna vez en su vida alcohol, siendo la edad comprendida entre 16 y 20 años como la etapa de inicio de consumo. Por otro lado, el género masculino y la Facultad de Ingeniería presentan mayor prevalencia de consumo y a nivel de sufrimiento mental se determina que la Facultad de Ciencias de la Salud presenta el nivel más alto. No obstante, se identifica que mientras mayor nivel de consumo o dependencia de sustancias que se presenta en los estudiantes, mayor es el nivel de sufrimiento mental.

Complementarios a estos resultados, los estudiantes cuyas familias tienen mayores ingresos mensuales, exhiben un nivel de consumo perjudicial y dependiente de sustancias y, junto con los que tienen los menores ingresos mensuales comparten el mayor nivel de sufrimiento mental. En lo que respecta a los procesos protectores de la salud, se evidencia que no hay diferencia significativa entre las distintas categorías propuestas para género, etnia y clase social, no obstante los procesos protectores medios son los que se desarrollan con el mayor porcentaje. Los presentes hallazgos plantean que las políticas universitarias respecto a los patrones de consumo de sustancias en los estudiantes requieren ser analizadas de manera holística, en la cual se introduzcan aportes desde el enfoque de la salud colectiva, con el objetivo de transformar los procesos destructivos en procesos protectores de la salud, lo cual implica identificar las tres dimensiones (general, particular e individual) en las que se desarrollan los estudiantes.

Dedicatoria

Dedico este trabajo de mucho esfuerzo a Dios, quien me concede con cada nuevo día, una nueva oportunidad para alcanzar mis objetivos. A mis padres, quienes me dieron la vida y todo el apoyo necesario para seguir adelante, a mi familia que de una u otra manera están siempre brindándome su apoyo.

Agradecimiento

Quiero expresar un profundo agradecimiento a todos los que conforman el claustro académico de la Universidad Andina Simón Bolívar sede Ecuador, de manera especial al Dr. Carlos Reyes por el apoyo brindado durante todo el proceso de la elaboración del presente trabajo investigativo, dando a demostrar su excelente contingente profesional y su calidad humana.

Tabla de Contenidos

Capítulo Primero

Enfoque y Marco Teórico	23
1. Determinación Social de la Salud	24
1.1. Dimensión General	28
1.2. Dimensión Particular	30
1.3. Dimensión Individual	31
1.4. Procesos Destructivos y Protectores	32
1.5. Género, Etnia y Clase social: Tres vías de inequidad	33
1.6. Determinación Social del consumo de alcohol en estudiante universitarios	35
2. Consumo de Alcohol	37
2.1. Antecedentes	39
2.2. Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de alcohol	41
2.3. Trastornos Psicológicos con mayor prevalencia en estudiantes universitarios	43
2.3.1. Ansiedad	44
2.3.2. Depresión	46
2.3.2.1. Clasificación de la Depresión	49
2.4. Consumo de alcohol y su relación con el estado de salud psicosocial en estudiantes universitarios	55

Capítulo Segundo

Metodología y Resultados	61
1. Metodología	61
1.1. Pregunta central de Investigación	61
1.2. Objetivos	61
1.2.1. Objetivo General	61
1.2.2. Objetivos Específicos	61
1.3. Tipo de Estudio	62
1.3.1. Nivel	62
1.3.2. Diseño	62
1.3.3. Tipo de investigación	62
1.4. Universo y Muestra	63
1.5. Recolección de datos	63

1.5.1. Técnicas	63
1.5.2. Instrumentos	64
1.6. Análisis de datos	65
1.7. Ética	65
1.8. Modelo analítico y operacional de estudio	66
1.9. Modelo operacional de los procesos protectores	76
2. Resultados	78
2.1. Contexto Sociohistórico de la ciudad de Riobamba y la Universidad Nacional de Chimborazo	78
2.2. Resultados descriptivos generales	80
2.3. Resultados descriptivos de consumo de alcohol por facultad, sexo, etnia, ingresos mensuales y clase social.	81
2.4. Resultados descriptivos de sufrimiento mental por facultad, género, etnia, ingresos mensuales y clase social	85
2.5. Resultados descriptivos de nivel de consumo de alcohol y sufrimiento mental	89
2.6. Resultados descriptivos de Modos de Vida	90
2.7. Resultados descriptivos de Estilos de Vida	92
2.8. Análisis comparativo entre variables relacionadas a datos sociodemográficos, respecto al consumo de alcohol y sufrimiento mental	95
2.9. Análisis de varianza entre variables relacionadas a datos sociodemográficos, respecto al consumo de alcohol y sufrimiento mental.	96
2.10. Análisis comparativo entre variables relacionadas a los modos de vida, respecto al consumo de alcohol y sufrimiento mental.	96
2.11. Análisis de varianza entre variables de estudio relacionadas a los modos de vida respecto al consumo de alcohol y sufrimiento mental.	97
2.12. Análisis comparativo entre variables de estudio relacionadas a los estilos de vida, respecto al consumo de alcohol y sufrimiento mental.	98
2.13. Análisis de varianza entre variables de estudio relacionadas a los estilos de vida, respecto al consumo de alcohol y sufrimiento mental.	99
2.14. Procesos Protectores y Destructivos	101
 Capítulo Tercero	
Discusión, conclusiones y recomendaciones	105
1. Discusión y conclusiones	105
2. Recomendaciones	111

Lista de fuentes bibliográficas	115
Anexos	122
Anexo 1: Consentimiento informado	122
Anexo 2: Encuesta sobre procesos de Determinación Social del consumo de alcohol.	123
Anexo 3: Test de AUDIT	130
Anexo 4: Test GHQ-28 Goldberg	131

Lista de tablas

Tabla 1: Niveles de Consumo de Alcohol y Trastornos Implicados	41
Tabla 2: Descripción de los trastornos con sintomatología ansiosa	45
Tabla 3: Clasificación de los Episodios Depresivos	50
Tabla 4: Clasificación de los Trastornos Depresivos	53
Tabla 5: Modelo Analítico y Operacional del estudio sobre consumo de alcohol en estudiantes universitarios de la UNACH	66
Tabla 6: Modelo Operacional de los Procesos Protectores de la Salud	76
Tabla 7: Nivel de consumo de alcohol por Facultad	81
Tabla 8: Nivel de consumo de alcohol por género	81
Tabla 9: Nivel de consumo de alcohol por etnia	82
Tabla 10: Nivel de consumo de alcohol por rango de ingresos mensuales	82
Tabla 11: Nivel de consumo de alcohol por clase social	83
Tabla 12: Nivel de sufrimiento mental por facultad	85
Tabla 13: Nivel de sufrimiento mental por género	85
Tabla 14: Nivel de sufrimiento mental por etnia	86
Tabla 15: Nivel de sufrimiento mental por ingresos mensuales	86
Tabla 16: Nivel de sufrimiento mental por clase social	87
Tabla 17: Nivel de consumo de alcohol y sufrimiento mental	89
Tabla 18: Procesos protectores por Género	101
Tabla 19: Procesos protectores por Etnia	101
Tabla 20: Procesos protectores por Situación económica	102
Tabla 21: Procesos protectores por rango de ingresos mensuales	103

Lista de Abreviaturas

AUDIT	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol Use Disorders Identification Test (inglés) • Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (español)
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades N°10
ESPOCH	Escuela Superior Politécnica de Chimborazo
DSM V	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders N° 5 (inglés) • Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales N° 5 (español)
EPI 2	Formulario de Notificación Epidemiológica
GAD	Gobierno Autónomo Descentralizado
GHQ	<ul style="list-style-type: none"> • General Health Questionnaire (inglés) • Cuestionario de Salud General (español)
IES	Institución de Educación Superior
INEC	Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
UNACH	Universidad Nacional de Chimborazo
UPA	Unidad de Planificación Académica
USD	Dólares Americanos
SETED	Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas

Introducción

El presente estudio describe el consumo de alcohol en los estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Chimborazo en la ciudad de Riobamba desde un análisis de la Determinación Social de Salud. Se analizan los modos y estilos de vida de los estudiantes participantes, así como también los diferentes problemas psicológicos o mentales relacionados al consumo de la sustancia. El documento se divide en tres capítulos.

En el primer capítulo denominado Enfoque y Marco Teórico se explica los fundamentos teóricos en los que se basa la investigación, la riqueza de la literatura que será un soporte para explicar de manera convincente y científica el contenido del estudio. Es importante comenzar explicando el corpus teórico de la Determinación Social de la Salud. Luego el consumo de alcohol, partiendo desde los antecedentes, generalidades y la clasificación de los trastornos que se desprenden en este grupo de afectaciones con sus respectivas pautas diagnósticas. Finalmente se describen los trastornos psicológicos, los cuales presentan una estrecha relación con el consumo de sustancias, siendo los de más alta prevalencia la Depresión y la Ansiedad.

En el segundo capítulo al que se le denominó como Metodología y Resultados, se explica la pregunta de investigación y los objetivos de investigación, el tipo de estudio donde incluye el nivel y el diseño. Asimismo, se da a conocer el universo y muestra y el proceso utilizado para la conformación de dicha muestra. En este apartado también se describen las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección y análisis de datos. De igual modo resulta necesario explicar el fundamento ético con el que fue realizado el estudio considerando aquí la confidencialidad, el anonimato de los participantes y el consentimiento informado, para finalmente exponer todos los resultados obtenidos del estudio, en base a los objetivos propuestos.

En el tercer y último capítulo denominado Discusión, Conclusiones y Recomendaciones, se realiza una discusión científica con otros estudios semejantes, evidenciando las limitaciones y posibilidades del presente estudio, las conclusiones y la propuesta de recomendaciones para contribuir en la búsqueda de alternativas para el abordaje de la problemática analizada en el estudio.

1. Planteamiento del problema

Desde tiempos remotos el alcohol constituye una droga aceptada en nuestra sociedad, en la cual su consumo fue observado como algo consentido y, hasta cierto punto, promovido de generación en generación en diversas culturas. En la actualidad, no obstante, el acercamiento al consumo de alcohol, se establece a una edad cada vez más precoz, siendo la adolescencia, la etapa donde se empieza el consumo que se prolonga hasta la edad adulta. En los últimos años ha surgido un fuerte cuerpo de evidencias que pone de manifiesto que el consumo de alcohol ha aumentado en el mundo (Babor y otros, 2010). El consumo de alcohol ha sido categorizado como un problema de salud general y ha sido asociado con violencia familiar, riñas en las calles, accidentes y muertes violentas. También la perspectiva de salud evidencia que el consumo de alcohol entra a todos los tejidos del organismo y afecta la mayoría de las funciones vitales (Morales y otros 2002, 114). El consumo de alcohol representa un problema crónico de salud en toda América Latina, siendo el causante de miles de muertes anuales y de años de vida saludables perdidos por enfermedades agudas y crónicas causadas por su consumo (Monteiro 2015, 99).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la declaración del Informe Mundial de situación sobre Alcohol y Salud (2014) identifica que cada año mueren en el mundo 3,3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo cual representa un 5,9% de todas las defunciones y del que, además, se relaciona al origen de más de 200 enfermedades y trastornos (Barradas, Fernández y Gutiérrez 2016, 3). El consumo problemático de alcohol presenta una relación directa e indirecta en la aparición de daños físicos, mentales y sociales, entre los cuales se han identificado problemas que afectan la permanencia de los estudiantes en la universidad y la calidad de su formación para la vida profesional (Castaño y Calderón 2014, 740).

Según la OMS (2014), Ecuador está en la lista de las naciones que más alcohol ingiere en América Latina, ubicándose en el noveno lugar con 7.2 litros de alcohol per cápita por año (El Comercio, 2014). Estos datos confirman que a día de hoy, el consumo de alcohol conforma una de los mayores problemas psicosociales que se presenta en Ecuador. En particular, en la provincia de Chimborazo, los/as estudiantes de Instituciones de Educación Superior (IES), incluida la Universidad Nacional de Chimborazo, configura una población consumidora, corroborado por Ramos y otros (2016, 94) que encuentran que los mayores porcentajes de prevalencia de consumo se

presentan en estudiantes universitarios y el mayor número de nuevos casos en los jóvenes de educación secundaria, especialmente entre los 12 y 14 años.

El III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Ecuador (2016) indica que el 51,5% de los estudiantes universitarios consume alcohol al menos una vez durante los últimos 30 días, de los cuales el 58,1% son hombres y el 45,5% son mujeres. En relación a la edad, la mayor prevalencia de consumo de alcohol en el último mes se registra entre los 23 a 24 años con el 58,8%. Un reciente estudio realizado por Ruisoto y otros (2016) en diversas universidades de Ecuador, analiza la prevalencia y el perfil de consumo de alcohol en estudiantes universitarios del país. Se encuesta a 3.232 estudiantes a través del test AUDIT y escalas psicosociales y se obtiene una prevalencia de consumo del 92,24% en los hombres y 82,86% en las mujeres. En total, el 49,73% de los hombres y el 23,80% de las mujeres reportan un consumo problemático, en la cual en los hombres el perfil de consumo problemático se caracteriza por síntomas de ansiedad y depresión. En tanto en las mujeres se observa que el consumo problemático se asocia a una mayor inflexibilidad psicológica y menor compromiso vital.

Se ha intentado establecer una normativa a tal consumo en los jóvenes universitarios, con diferentes acciones tales como el cierre de centros de diversión aledaños a las instituciones, trasladar el expendio en otros lugares de tiendas, restaurantes y cafeterías. No obstante, la venta no solono ha cesado sino que ha originado mayores ganancias para las “tienditas del barrio”, lo que pone de manifiesto que únicamente un enfoque restrictivo, no permite abordar el fenómeno. En relación a esto último, el consumo de alcohol en estudiantes universitarios se conforma como una actividad que representa parte del diario vivir y del cual no se presentaría que la población estudiantil presente una magnitud del problema. Es más, el alcohol se constituye en una sustancia aceptada y naturalizada socialmente, aunque se desconozcan las consecuencias en la formación académica de los estudiantes

Desde una perspectiva de la salud colectiva, las consecuencias producidas por el consumo de alcohol en los estudiantes de la UNACHson de diversa índole, tales como la afectación física y mental, los problemas económicos, accidentes de tránsito, trastornos de conducta, disfunción familiar, fracasos académicos y en algunos de loscasos con la muerte de los jóvenes. En este contexto, surge la siguiente interrogante: ¿Qué criterios se distinguen entre los estudiantes universitarios que no son consumidores

y aquellos que consumen alcohol? El presente estudio explora tal incógnita desde el enfoque de la Determinación Social de la Salud.

Es así que el presente estudio no sólo se centra en obtener la prevalencia de estudiantes que consumen alcohol, cuáles son los factores de riesgo o qué consecuencias tiene esta conducta consumidora como el paradigma tradicional. Además, se busca analizar en primera instancia los modos de vida de los estudiantes de tres facultades diferentes en cuanto al área de estudio, enfatizando en las categorías de género, etnia y clase social. Al mismo tiempo, identificar los procesos destructivos y protectores que se desarrollan en este dominio (particular) y en el dominio individual con los estilos de vida, para determinar bajo esta relación el consumo de alcohol de los estudiantes y los posibles problemas emocionales o mentales asociados a este consumo.

2. Justificación

Tal como se señala en el apartado anterior, el alcohol representa la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia e incidencia de consumo en los adolescentes y jóvenes de todas las ciudades en Ecuador. El consumo que realiza este grupo etéreo, conlleva un importante riesgo tanto para la salud individual, como para la salud colectiva, ya que el hecho de consumir alcohol a temprana edad aumenta la probabilidad de que se mantenga o se agudice este problema durante la vida adulta. En este mismo punto, se ha encontrado que el alcohol conforma la puerta de entrada al consumo de otras sustancias psicoactivas y representa un riesgo para la salud solo o en combinación con otros hábitos frecuentes en población universitaria tales como consumo de tabaco o la práctica de hábitos alimenticios inadecuados (Londoño 2005, 259).

Como se puede evidenciar el consumo de alcohol en la población universitaria representa una problemática psicosocial que merece ser estudiada y analizada desde diversos enfoques conceptuales de salud. De allí que este estudio, desde el enfoque de la Determinación Social, resulta indispensable, fundamentando las siguientes categorías como lo han establecido algunos autores (Hernández-Sampieri y otros, 2013).

a) Conveniencia: La presente investigación busca explorar el consumo de alcohol en población universitaria, desde una visión usualmente no indagada como la Determinación Social de la Salud. Es de interés que la información obtenida conforme línea base para el desarrollo de futuras investigaciones y para la toma de decisiones encaminadas a contrarrestar esta problemática.

b) Relevancia Social: Al ser el consumo de alcohol en estudiantes universitarios un tema de relevancia actual, resulta importante investigar y obtener información científica y veraz, sobre todo lo que implica el consumo de alcohol en este tipo de población. Esto posibilitará disponer de información para la implementación de estrategias desde la salud colectiva, que permitan abordar el consumo de esta sustancia no solo en jóvenes universitarios, sino en todos los grupos etáreos. En específico, respecto al consumo de alcohol en los estudiantes de la UNACH, se requiere un plan de acción que permita alternativas oportunas para la situación actual.

c) Valor teórico: En Ecuador, las investigaciones sobre consumo de alcohol en estudiantes universitarios resultan muy escasas y las pocas disponibles enmarcadas en un paradigma de salud biomédico o han sido efectuados por los Organismos Nacionales de Control (SETED). De tal modo resulta de gran valor contar con estudios sobre el consumo de alcohol en estudiantes de educación superior bajo los fundamentos de la Epidemiología Crítica y Salud Colectiva. Es por eso que el presente estudio resulta pionero.

d) Utilidad Metodológica: La investigación analizará el consumo de alcohol en estudiantes universitarios utilizando una metodología que permita explorar la tipología de modos de vida, enfatizando las categorías inserción clase social, género y etnia. Asimismo, identificar los procesos protectores y destructivos en las dimensiones particular (modos de vida) e individual (estilos de vida) y finalmente establecer una relación entre el consumo de alcohol con problemas emocionales de los jóvenes.

Capítulo Primero

Enfoque y Marco Teórico

El estudio de consumo de alcohol en población universitaria ha suscitado abundante interés, puesto que las investigaciones se iniciaron en la década de los setenta en países industrializados para dar cuenta de la ingesta de esta sustancia en dicha población. Con posterioridad, se van disponiendo de reportes de los altos niveles de consumo y problemas asociados a su abuso, en este grupo poblacional. A decir de algunos autores, se presenta mayor probabilidad de uso de sustancias psicoactivas durante la adolescencia y la etapa de adulto joven, con una asociación positiva entre nivel educativo y consumo (Castaño y Calderón 2014, 740).

Si bien es cierto se encuentra un sinnúmero de investigaciones sobre consumo de alcohol en estudiantes universitarios a nivel mundial, la mayoría de tales estudios se amparan en el paradigma positivista, en los cuales se analiza la prevalencia, incidencia, causas, impactos socioeconómicos, comorbilidad y diferentes comportamientos asociados. Estos estudios siguen una lógica lineal y cartesiana, en la cual se intenta determinar la causa y consecuencias de la “enfermedad”. Tal fundamento resulta incompleto y ambiguo, entendiendo el consumo de alcohol como el resultado de la exposición a diversos factores de riesgo, sujetas a la vulnerabilidad de la persona como ente individual. Esto último se asocia a una perspectiva en la cual la sociedad se desagrega y se concibe simplemente como la suma de individuos “sanos” con buenos factores de protección e individuos enfermos expuestos a factores de riesgo.

Es importante recalcar que salud no sólo implica ausencia de enfermedad, pues con ello se limita a las manifestaciones biológicas del individuo. Bajo esta consideración, las políticas de salud se definen como un conjunto de prioridades, planes, estrategias y programas restringidos a los espacios de asistencia o curación de casos de enfermedad. Aunque la OMS (1946) lo haya redefinido como el completo estado de bienestar físico, psicológico y social, su fundamento sigue siendo individual, pues solo desde individuos se puede percibir estas facetas de bienestar. La salud no se reduce a una categoría individual o perceptiva, sino por el contrario, conforma un proceso más complejo que no debe ser limitado a un estado de bienestar individual sino también colectivo. Bajo este criterio, resulta también necesario conocer que las desigualdades en salud están de

la mano con las desigualdades políticas, económicas y sociales, en la cual los grupos sociales menos favorecidos presentan peor estado de salud en comparación con otros grupos. De igual manera es necesario revelar las diferencias asociados con el género o etnia. Carvalho y Buss (2008, 157) manifiestan que el reconocimiento de una vida saludable no depende exclusivamente de aspectos genéticos, sino de las relaciones sociales, económicas y derechos que generan formas de acceso a la alimentación, a la educación, al trabajo, a la vivienda, a la distracción y aun ambiente adecuado, entre otros aspectos fundamentales para la salud.

Es así que el presente estudio busca explicar el consumo de alcohol y su relación con el estado mental, en los estudiantes universitarios de la UNACH, desde un análisis de la Determinación Social de la Salud. Para ello, a continuación se aborda las principales categorías teóricas en las cuales se fundamenta la investigación: los modelos de dominio de vida, los procesos protectores y destructivos de la salud y las tres vías de inequidad.

1. Determinación Social de la Salud

La determinación social de la salud representa una de las tres categorías centrales de la Epidemiología Crítica, como ciencia emancipadora que se origina en la década de los setenta, propuesta por importantes y reconocidos investigadores sociales latinoamericanos (Breilh, 1977; Castellanos, 1987; Castiel, 1994; Samaja, 1993; Soliz, 2014; Testa, 1997). Junto con las categorías reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza, ha conformado el eje teórico con el que se ha construido un proceso de ruptura con el paradigma de la salud pública, basado en un nuevo contenido y articulación de la práctica, el desarrollo conceptual y metodológico-instrumental de la epidemiología. El objeto de este análisis resulta en la determinación social de la salud.

Desde sus comienzos, y especialmente a partir de la aparición en Ouro Preto en 1985, la salud colectiva latinoamericana, colocó como eje de su ideario y plan estratégico, la lucha contra toda forma de acumulación elitista de los bienes de nuestras sociedades, o la exclusión frente a esos bienes y derechos. Asimismo, se identifica contra un modo productivo acumulador, sustentado en patrones de trabajo malsanos, los patrones sociales de consumo de alimentos y servicios incompatibles con la salud. En definitiva, tal enfoque se confronta a la hegemonía en salud del modelo industrial farmabio-médico, que no solo deforma el ejercicio de los servicios clínico-quirúrgicos, al

amparo de las presiones comerciales y políticas del poder empresarial y sus representantes en sus gobiernos (Breilh 2014, 98). En la propuesta de Epidemiología Crítica, para entender el proceso salud-enfermedad, se rescata el valor de lo social y la necesidad de abordarlo como un objeto de estudio en sí mismo. Sin embargo, esta inclusión de lo social en la salud, no implica una producción teórica totalmente originaria, sino una incorporación y articulación creativa de distintas conceptualizaciones sobre lo social que se han venido trabajado previamente, tales como la economía política, la ecología crítica y la epistemología. Al respecto, vale añadir las contribuciones de la nueva epidemiología latinoamericana que articula una nueva comprensión del objeto epidemiológico, argumentos sobre la salud como un proceso socialmente determinado y vinculado al desarrollo de la sociedad capitalista como tal (Breilh 2014, 95). En contraparte, se articula una crítica al modo tradicional de entender lo social, dado que una concepción positivista, convencional y hegemónica de lo social, asume una acción para producir modificaciones en los estados patológicos y comportamientos de los individuos afectados. Bajo este paradigma se concibe lo social como algo externo, en la cual puede promover la acción en las personas, pero que no amerita transformarse como tal.

De este modo, al atender lo social como una totalidad en ningún caso reducible a lo individual, resultan descripciones renovadas de la salud y que comportan intervenciones sociales y no a nivel individual (Breilh 2014, 95). En este punto, Breilh (2014, 55) enfatiza que:

Dicho argumento sintetiza pedagógicamente la lucha que desplegamos por años, desde la epidemiología crítica y que se enfoca en el punto más álgido de diferenciación con el funcionalismo. Ella y nosotros hemos luchado para que se comprenda que la salud no se transforma, que la prevención real no se logra, actuando solamente sobre individuos y “variables”, sino transformando los procesos sociales amplios que son parte de la salud y su determinación.

Estos argumentos juegan alrededor de uno de los puntos clave para la construcción de la Epidemiología Crítica Latinoamericana y expresa una idea de fuerza del enfoque, en la cual la pensadora brasileña Donnangelo (1982) manifiesta:

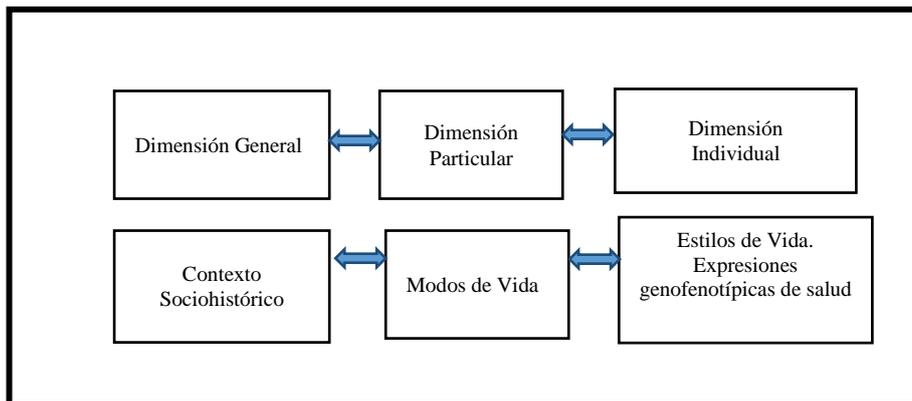
Lo que traté de mostrar es hasta qué punto la forma de incorporación del concepto de lo social obstaculiza determinados avances. En la epidemiología clásica, porque lo social es incorporado marginalmente y en la epidemiología social, porque lo social es incorporado sólo como determinante externo. Como una forma fuerte de ver la constitución del proceso salud-enfermedad, que hasta hoy no dio margen, no creo posibilidades para que se renovase el campo del saber en lo que se refiere a la propia salud-enfermedad (Donnangelo 1982 citada en Breilh 2014, 55).

La crítica más estructurada, primero, se refiere a la práctica médica pero al mismo tiempo el cuestionamiento de la forma de concebir la enfermedad y sus causas. Se empieza a concebir que el paradigma biológico individual de la enfermedad, si bien ha impulsado durante largo tiempo los avances del pensamiento médico, esconde una parte importante de la naturaleza del proceso salud-enfermedad, tal como se da en los grupos humanos, y se ha convertido en una traba para la generación del conocimiento nuevo. De esta manera, se plantea que las causas de la enfermedad deben buscarse, no solamente en los procesos biológicos o en las características de la triada ecológica huésped-agente-ambiente, sino en los procesos sociales, en la producción y la reproducción social, retomando así a los planteamientos de la causalidad en los grupos humanos. Empero, al objeto empírico “enfermedad” la anteceden varios fenómenos diferentes: hay un proceso material biológico y una interpretación del mismo que socialmente hablando, determina si lo que se observa es enfermedad o salud (Breilh 2010, 23). Por tanto, la epidemiología no estudia la enfermedad en el individuo, sino en el grupo humano, esto es como característica de la colectividad, excluyendo la concepción dicotómica de salud y enfermedad y lo recupera como proceso orgánico. Tal como fundamenta Breilh (2010, 23) la recuperación no se orienta al proceso orgánico del individuo, sino de la colectividad, que como tal, resulta de un modo específico de apropiarse de la naturaleza por medio de determinada forma de organización social. Se introduce así, la necesidad de reconocer el carácter multidimensional de la salud y relacionar los procesos estructurales de la sociedad en general, los modos de vida particulares de sus clases y grupos socioculturales integrantes, con los fenómenos individuales de la salud que afloran en sus individuos. De esta forma, alimenta una superación del funcionalismo y el cuestionamiento de la visión de realidad en un solo plano (Breilh 2010, 16).

De allí que considerar la determinación social de la salud no resulte igual que referirse de determinantes sociales de la salud, categoría utilizada por la escuela de la salud pública y organismos internacionales de salud. La determinación social de la salud constituye una categoría conceptual trabajada especialmente en las corrientes de medicina social y salud colectiva latinoamericanas, que parte de una deconstrucción paradigmática de las ciencias occidentales y su forma de comprender y explicar el mundo (Soliz 2014, 33). Frente a abordajes convencionales y reduccionistas, el paradigma crítico en salud sostiene que el sujeto que investiga, el objeto de investigación y la praxis parten de una estructura compleja y multidimensional, que

reconocen un espacio formado por tres dominios: general (sociedad), particular (modos de vida) y singular (estilos de vida) los mismos que existen en una suerte de movilidad dialéctica es decir, sostienen relaciones de interdependencia, interacción e interinfluencia (Soliz 2016, 26). Esto se expresa en la Figura 1.

Figura 1
Modelo de Dominios de Vida, propuesto desde la Epidemiología Crítica



Fuente y elaboración: Jaime Breilh (2003)

Estas dimensiones se relacionan en una lógica de determinación e indeterminación, entendidas como procesos que tienen un modo de devenir definido. Esto resulta en un concepto fundamental, pues se diferencia de los enfoques de causalismo o multicausalismo, en la medida que aporta la explicación científica de la génesis de los procesos, sin caer en determinismos. Es así que la epidemiología crítica, desde la determinación, genera una comprensión del modo de devenir de los procesos generativos y sus relaciones. Además, parte de la noción de necesidad colectiva con una visión del desarrollo, lo cual corresponde a una concepción de la prevención colectiva. Por otro lado, se ocupa pluridimensionalmente de la anticipación y acciones de los procesos destructivos y postula una visión de promoción colectiva que fomenta los procesos protectores y favorecedores. Por último, se rige por una ética de la gestión con formas participativas de administración popular (Soliz 2014, 43).

Al trascender la noción hegemónica, biomédica, simplista y lineal de la salud, se considera que los seres humanos, no son explicados en un vacío ecológico ni social y que por el contrario se reivindican los dominios de la complejidad en salud en una relación de interacción con sus naturalezas vivas (Soliz 2016, 27). Por ello el reto para superar la visión individualizante y asistencialista de la salud, como ausencia de enfermedad y tomar distancia de la visión patologizante, demanda considerar la salud como un proceso determinado por la oposición dinámica de procesos saludables

protectores (que se deben promover) versus procesos destructivos (que se deben prevenir y corregir). Esto se observa en los ámbitos social amplio (realidad general), particular (inserción social y tipología de modos de vida) y singular individual (fisiológica-fisiopatológica-genofenotípica), lo que se ha denominado como perfil epidemiológico (Soliz 2016, 27).

Así, entender la salud se deriva el corpus teórico conceptual de Determinación Social, que propone que en las sociedades se dan las condiciones generales y una forma de metabolismo con las naturalezas vivas. Se construyen como sociecosistemas, dado que en los grupos sociales se dan interacciones familiares, barriales comunitarias y se determinan las tipologías de modos de vida y en el nivel individual se dan los estilos de vida, con la influencia de variables sociales y/o culturales (Soliz 2016, 27).

La situación de salud de una población está estrechamente vinculada al modo de vida de la sociedad como un todo, a las condiciones de vida de la sociedad en cuestión y al estilo de vida personal de los individuos que integran esa sociedad (García y González 2000, 589). De tal modo, desde la Salud Colectiva, la Determinación Social de Salud, considera que la salud individual, constituye una construcción compleja y multidimensional, determinada por tres niveles o dominios de la realidad: la realidad general (contexto sociohistórico), la realidad particular (modos de vida) y la realidad individual o singular (estilos de vida) (Breilh 2003, 22). Estas tres dimensiones o realidades que son interdependientes e interinfluyentes en el proceso de salud-enfermedad, serán explicadas con mayor detalle a continuación.

1.1. Dimensión General

También conocido como contexto sociohistórico, incluye los procesos económicos-estructurales, políticos y culturales que configuran las lógicas y racionalidades que, expresando un modelo civilizatorio, organizan la vida en una sociedad. Aquí son determinantes el sistema de acumulación económica, los grandes patrones culturales y epistémicos; y el sistema de relaciones de poder y organización política. Estos procesos generales determinan además la composición social de una sociedad, con su configuración de clases, sus pueblos y formaciones etnonacionales, y sus relaciones de género, todas las cuales operan para definir las relaciones y grados de inequidad y las desigualdades resultantes frente al derecho (Breilh 2009, 269).

La dimensión general conforma una de las dimensiones de expresión y de configuración de la salud, de la enfermedad y de la distribución de ambas en colectivos humanos y no humanos, el control del territorio determina los procesos de alteración, daño y afección en las familias y su comunidad (Borde 2017, citado en Soliz 2017, 40). La salud humana y los ecosistemas constituyen objetos que incluyen procesos de carácter biológico socialmente determinados. Cuando pensamos sobre dicha determinación social de la salud, se requiere explorar e intervenir en las relaciones "social-biológico" y "sociedad- naturaleza", de tal manera que ninguna de las partes pierda su presencia en la determinación. Se presenta entonces una historicidad de lo biológico. Al respecto, se plantea un condicionamiento histórico de los fenómenos físico-químicos y biológicos de la naturaleza urbana artificializada, cuanto de los procesos fisiológicos del fenotipo y del genotipo de los habitantes de la ciudad. Estos y aquellos tienen una historicidad, y se mueven en relación con los procesos sociales, puesto que, en el desarrollo de la salud de los ciudadanos y de los ecosistemas con los que viven, no se conciben espacios determinados por procesos puramente biológicos o naturales. (Breilh 2010, 87).

Es este punto, Breilh (2010, 87) señala que la dimensión histórica de los procesos biológicos humanos y ecológicos de la ciudad no consiste en que los procesos físicos y biológicos del ser humano y de los ecosistemas urbanos se rijan directamente por leyes sociales. Lo natural requiere lo social para desarrollar su propio espacio legal y, a su vez, participa en la configuración de la historia del todo social. Así, las formas de desarrollo de la vida en la ciudad y en la sociedad en general se transforman de modo continuo y sus cambios están determinados por las condiciones del modo de reproducción social imperante. Luego la conexión entre lo biológico y lo social, no se reduce a un vínculo externo, puesto se identifica un nexo interno, esencial, dado por el movimiento de subsunción. Esto se ejemplifica que la moderna biología establece la unidad dinámica de movimiento entre ambiente, fenotipo y genotipo, no como un proceso de adaptación de los organismos al ambiente, sino como un cambio permanente del patrón de transformaciones mutuas que se establece entre aquellos y el ambiente. Para este cambio, incide jerárquicamente la determinación social; lo que Breilh (2010) establece que lo biológico se desarrolla bajo subsunción a lo social. (Breilh 2010, 87)

La dimensión general o contexto socio-histórico va a determinar la realidad particular con los modos de vida, esto es, las formas de reproducción material y social, formas de consumo, organización social y cultural, las relaciones étnicas y las

relaciones de poder de género (Breilh 2010, 90). No obstante en el presente de estudio, no se aborda en profundidad tal dimensión, en vista que, aunque el grupo universitario investigador resulta heterogéneo en la procedencia, el interés sobre las pautas de consumo de alcohol se centra en las dimensiones particular e individual.

1.2. Dimensión Particular

La dimensión particular corresponde a los modos de vida, característicos de los grupos socioeconómicos (clases sociales cruzadas por relaciones de género y etnicidad). (Breilh 2009, 270). Hablar de modos de vida significa abordar patrones típicos de trabajo, de vida cotidiana y familiar en la esfera del consumo, formas de organización y actividad política, formas culturales y de construcción de la subjetividad y relaciones ecológicas (Breilh 1989, 1).

Breilh (2010, 19) manifiesta que los modos de vida dependen en su movimiento histórico, viabilidad, avances y retrocesos que determina el sistema de acumulación económica que se haya impuesto en la ciudad; aunque los integrantes de una clase social pueden generar proceso de ruptura aprovechando del margen de autonomía relativa, espacios y fisuras que deja siempre la estructura de poder. García y González (2000, 589) refieren que el modo de vida, es una categoría estrechamente relacionada con la calidad de vida que caracteriza las principales propiedades existentes en una determinada sociedad, además es el modo por el que los miembros de la sociedad utilizan y desarrollan las condiciones de vida, y a su vez estas condiciones de vida lo modifican. Argumentan además que el modo de vida está también determinado por las cualidades biológicas, psicológicas y sociales de cada persona en particular, las que determinan un estilo de vida específico para cada individuo.

Entre las principales categorías que se puede analizar dentro de los modos de vida según Breilh (2010, 90) corresponden a:

- a. Condiciones grupales del trabajo: posición en la estructura productiva; patrones laborales.
- b. Calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo: tipo de cuota; construcciones de necesidad; sistema de acceso y patrones de consumo.
- c. Capacidad objetiva del grupo para crear y reproducir valores culturales e identidad.

- d. Capacidad objetiva del grupo para empoderamiento, organización y soportes en beneficio del grupo.
- e. Calidad de las relaciones ecológicas del grupo: relación con la naturaleza.

Como se había mencionado anteriormente, la dimensión general va a determinar tanto las realidades particulares como la dimensión individual con los estilos de vida de las personas.

1.3. Dimensión Individual

La dimensión o realidad individual representa el espacio singular y familiar donde las personas construyen y organizan sus propios estilos de vida y los procesos físicos y psicológicos de las personas, donde se expresan los impactos finales de la determinación, sean estos positivos o negativos para la salud (Breilh 2009, 270). Los estilos de vida han sido objeto de estudio de diferentes disciplinas, entre ellas, la sociología, antropología médica y la epidemiología, aunque con significados diferenciados (Álvarez 2012, 95). Según Menéndez (1998, 50) en sus orígenes el término fue aplicado por las ciencias sociohistóricas al análisis sobre los comportamientos sociales y culturales de diversos grupos, incluyendo clases sociales y grupos nacionales, los cuales hacen referencia a contextos de orden macrosocial. Para García y González (2000, 589) el estilo de vida refleja el comportamiento del sujeto en su contexto social y su especificidad psicológica en la realización de su actividad vital, tiene un carácter activo y está regulado por la personalidad, y representa el conjunto de conductas del individuo en su medio social, cultural y económico. Complementario a esto, el estilo de vida abarca los hábitos y la realización personal en todas las esferas de la vida del hombre, el área laboral, la cultura material (manera de vestir, útiles domésticos), higiene personal, cultura sanitaria, actividad cultural y sociopolítica, así como las relaciones sociales y sexualidad.

Breilh refiere (2010, 20) que al igual que en los modos de vida, dentro de la dimensión individual o estilos de vida, existen características o categorías sobresalientes que son analizadas, las cuales se describen a continuación:

- a) Itinerario típico personal en la jornada de trabajo.
- b) Patrón familiar y personal de consumo: alimentación; descanso; vivienda; acceso y calidad de servicios; recreación.
- c) Concepciones y valores personales.

- d) Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud.
- e) Itinerario ecológico personal.

En el marco de los modos de vivir grupales y los estilos de vida individuales se forjan formas de vivir, elementos y tendencias malsanas, así como procesos saludables y protectores. En otras palabras, se va generando un movimiento contradictorio de procesos destructivos y procesos protectores que, en última instancia, condicionan el desarrollo en los fenotipos y genotipos de las personas, sea de procesos favorables (fisiológicos, soportes y defensas físicos y psicológicos), o sea de alteraciones y trastornos (fisiopatológicos, vulnerabilidades y debilidad psicológica) (Breilh 2010, 90).

1.4. Procesos destructivos y Procesos Protectores

La Epidemiología Crítica presenta en la actualidad un desafío mayor que es observar la salud en su integralidad y como proceso, lo que implica superar tanto la visión unidimensional de la vieja epidemiología, como su visión fragmentada y estática de los “factores” (Breilh 2003, 208). Es así que mientras la epidemiología tradicional concibe al “objeto salud” como un proceso esencialmente individual, que se asume por el efecto negativo (enfermedad), la Epicrítica comprende los procesos críticos de una colectividad que se dan en los modos de vida grupales y dentro de éstos las expresiones en los estilos de vida personales, tales procesos adquieren propiedades saludables/benéficas (protectores) o propiedades insalubres/deteriorantes (destructivos) (Breilh 2002, 941).

De acuerdo a Breilh (2003, 208) cuando un proceso se torna beneficioso se convierte en favorecedor de las defensas y los soportes y estimula una direccionalidad favorable a la vida humana, individual o colectiva, y en este caso se lo denomina Proceso Protector o benéfico. En tanto, cuando ese proceso se torna un elemento destructivo, provoca privación o deterioro en la vida humana individual o colectiva, lo llamamos Proceso Destructivo. Se comprende que un proceso puede corresponder a diferentes dimensiones y dominios de la Determinación Social y, además, puede tornarse protector o destructivo según las condiciones históricas en que se desenvuelve la sociedad correspondiente.

Estos procesos adquieren proyección distinta frente a la salud, de acuerdo a los condicionamientos sociales de cada espacio y tiempo. Esto es, de acuerdo a las relaciones sociales en que se desarrollan, condiciones que pueden ser de construcción de

equidad, mantenimiento y perfeccionamiento o que, por el contrario, pueden tornarse elementos de inequidad, privación y deterioro. No se trata de que haya procesos protectores y destructivos separadamente, sino que en su desarrollo concreto, los procesos de la adquieren facetas o formas protectoras o facetas o formas destructivas, según su operación desencadene mecanismos de uno o de otro tipo en los genotipos y fenotipos humanos del grupo involucrado (Breilh 2003, 208). Para estudiar la distribución de modos y estilos de vida, que tanta importancia tienen para la Epidemiología Crítica, una categoría fundamental es la de inequidad, para la cabal comprensión de ésta, es necesario abordar las categorías de clase social, género y etnia (Breilh 2003, 214-215).

1.5. Género, Etnia y Clase social: Tres vías de la inequidad

La salud colectiva incluye una propuesta adicional a la determinación social, denominada tripe inequidad, en la cual en su génesis se enfatiza la categoría clases social como herramienta de análisis epidemiológico, produciendo trabajos de enorme valor en varios contextos. Sin embargo, en años recientes se ha llegado a articular una propuesta algo distinta, incorporando las categorías de etnia y género como dominios que junto con la antes mencionada clase social explican la estructura de relaciones de poder de una sociedad. (Breilh 2003, 218). La concentración de poder se remonta hacia los comienzos de la humanidad pero se consolida y expande en la etapa histórica de las sociedades clasistas, donde quedan conformadas en su unidad e interdependencia las tres fuentes de inequidad social: la condición de género; la ubicación etno-nacional; y la situación de clase (Breilh 1996, 19).

Antes de explicar a fondo cada una de las categorías antes mencionadas, es necesario en primer plano distinguir la diferencia entre diversidad, desigualdad e inequidad, cuyas conceptualizaciones Breilh (1996, 19) las define de la siguiente manera:

La diversidad es una característica sustancial de la naturaleza y toda sociedad. El carácter heterogéneo de la realidad y su movimiento es un principio básico del mundo real. Todos los procesos de la realidad son diversos, aunque también tienen relaciones esenciales que les otorgan unidad. Por su parte la desigualdad, es más bien una expresión observable típica y grupal de la inequidad, expresa un contraste de una característica o medida, producida por la inequidad, como ejemplo podemos citar caso de desigualdad de salario entre clases sociales o entre géneros, entonces la desigualdad es la expresión observable de una inequidad social. Finalmente la categoría inequidad social expresa, las contradicciones sustanciales de poder que enfrentan los grupos

existentes en una sociedad. Contradicciones que determinan tres procesos interdependientes, donde la apropiación y reproducción del poder ocurre, así mismo, en tres dominios de distinta generalidad y peso determinante que son: las relaciones sociales (de clase) dadas por la ubicación de propiedad en la estructura productiva; las relaciones etnonacionales que existen y las relaciones de género.

Para entender esta inequidad entre grupos humanos, y la distribución de poder, es necesario abordar las relaciones que se desarrollan en las categorías de la triple inequidad (clase social, etnia y género). Breilh (1996, 21-25) explica cada una de ellas a continuación:

- a. Relaciones de clase social: son en primer lugar relaciones de poder económico, a partir de las cuales se establece el acceso a las otras formas de poder. Dependen de la ubicación diferencial de los grupos en el sistema de producción, de las relaciones de propiedad sobre los bienes y medios de producción, del grado de control y relaciones técnicas que las personas de ese grupo tienen sobre la marcha del proceso productivo. También incluye la cuota que les toca para su consumo, de acuerdo a las relaciones de distribución.
- b. Relaciones étnicas¹: surgen como una combinación de ancestro biológico racial y conformación cultural y deben diferenciarse de las condiciones raciales. La diferencia de razas no se observa al comienzo de la especie, sino que los procesos de configuración y transmisión genética humana han sido socialmente determinados de acuerdo a las condiciones y ámbitos de vida donde se realiza un proceso histórico. Esto promueve que los seres humanos fueran diferenciándose a lo largo del tiempo en razas.
- c. Relaciones de género: las relaciones de género son construcciones culturales que surgen históricamente alrededor de las diferencias sexuales y biológicas entre los hombres y las mujeres. Los diferentes atributos del fenotipo femenino y masculino, como las que se refieren a sus distintas capacidades ergonómicas y osteomusculares, las diferencias del psiquismo básico y del sistema límbico de regulación de las emociones, las diferencias de sus órganos y funciones reproductivas y de la sexualidad.

Como se explicó anteriormente, en las tres dimensiones de la Determinación Social de la Salud (general, particular e individual) se producen procesos favorables, protectores y procesos malsanos, destructivos que determinan un estado de equilibrio o

¹ Etnia es una construcción histórica cultural sobre la base racial. Se define por el conjunto de atributos culturales (idioma, vestido, religión, instituciones) que otorgan una identidad global aceptada por el conjunto (Breilh 1996, 24)

desequilibrio de la salud individual y colectiva, sean estos de carácter físico o mental/psicológico. Es así que el presente estudio analiza estos procesos en las dimensiones particular e individual de los estudiantes de la UNACH y explica, desde un análisis propuesto por la Determinación Social de la Salud, el consumo de alcohol y sufrimiento mental, como un desequilibrio de la salud individual y colectiva.

1.6. Determinación Social de la Salud del consumo de alcohol en estudiantes universitarios

El paradigma del realismo crítico en salud sostiene que el sujeto que investiga, el objeto de la investigación y la praxis, se conforma de una estructura compleja y multidimensional, que reconoce un espacio formado por tres dominios: general (sociedad), particular (modos de vida) y singular (estilos de vida) los cuales se constituyen en una suerte de movilidad dialéctica, en específico, estas dimensiones o dominios sostienen una relación de interdependencia, interafección e interinfluencia. Por su parte, el modelo biomédico y la antropología cultural tienden a ignorar los procesos que operan en las dimensiones de la vida, dejando de lado en su análisis y sobre todo en sus intervenciones ciertos aspectos cruciales subsecuentes al consumo de alcohol. En este sentido, Menéndez (1990, 81) destaca los siguientes: el alcohol como mecanismo de enganche laboral; generador de deuda y de mantenimiento de relaciones laborales forzadas; medio de pago laboral; mecanismo para la apropiación y despojo de tierras; desplazador de cultivos alimenticios; producto nocivo en función de su deficiente elaboración; instrumento de diferenciación, discriminación y estigmatización racial étnica, ocupacional y clasista, entre otras.

El reto para superar un enfoque individualizante y asistencialista de la salud como propone el modelo biomédico, demanda analizar la salud como un proceso complejo, determinado por la oposición dinámica de los procesos destructivos, los cuales exigen una corrección y, por el contrario, los procesos protectores requieren promoverse en las tres dimensiones de la vida. De esta forma, concebir la salud no implica únicamente una ausencia de enfermedad en el individuo, sino un proceso donde se analizan las condiciones generales y formas de metabolismo con las naturalezas vivas en las sociedades, las interacciones familiares, barriales, comunitarias, determinando las tipologías de modos de vida y estilos de vida con variables sociales y culturales que se dan en la dimensión particular (Soliz 2016, 27). Complementario a esto, Breilh (2010,

201) sostiene que la salud adquiere una categoría dialéctica, porque expresa un movimiento entre jerarquía y subsunción versus la autonomía relativa de las dimensiones general, particular e individual. Como resultado, se van desarrollando las relaciones entre los colectivos y lo individual, lo social y lo natural o entre lo social y lo biológico.

La salud se forja o se desarrolla entre los procesos destructivos y protectores de diverso orden que se generan en las distintas dimensiones de la determinación social de la salud (general, particular e individual) y espacios de la reproducción social (etnias, géneros, clases sociales). Por tanto, en la unidad de la vida social los procesos destructivos no se dan sólo en el ámbito del trabajo, sino que ocurren simultáneamente en el consumo, en la vida familiar o en las actividades cotidianas, incluidas las académicas. En relación a esto último, en el caso de los estudiantes universitarios, los procesos destructivos presentan una relación específica con la vida universitaria: tal es el caso del itinerario en la jornada de estudio, y en algunos casos laboral. Siguiendo los postulados de Breilh, cuando en un grupo (unidad: clase-género-etnia) se acumulan e intensifican las modalidades destructivas del trabajo o de estudio, las formas de consumo resultan insuficientes o deformes, los patrones culturales resultan cambiados o usurpados, la organización del grupo es débil, y se presenta una mala relación del grupo con la naturaleza, entonces su calidad de vida y capacidad defensiva desmejoran. En el caso específico de estudiantes universitarios, se identifican algunos procesos desfavorables en los siguientes aspectos:

1. En la sobrecarga en la jornada de estudios y, en algunos casos, se añade una actividad laboral o tareas de responsabilidad parental.
2. En procesos de desorganización e indisciplina en los patrones familiares y personales de consumo tales como alimentación, descanso o vivienda.
3. En las limitaciones en el acceso y calidad de servicios.
4. En el debilitamiento de las concepciones y valores culturales y personales.
5. En la escasez de los estudiantes para organizar acciones en defensa de la salud, como la práctica de deporte y todo lo relacionado al uso del tiempo libre.
6. Y, en concreto, en las dificultades para implementar estrategias para contrarrestar o disminuir el consumo de sustancias.

Considerando lo anterior, en los estudiantes se potenciarían estos procesos destructivos, así como los procesos fisiopatológicos del geno-fenotipo a nivel físico o mental como consumo de sustancias y alteraciones psicológicas, caso concreto de la

presente investigación (Breilh, 2010, 20). Por el contrario, cuando los estudiantes universitarios y su grupo social promueven y fortalecen procesos protectores en los modos de vida y estilos de vida, se observaría un aumento del nivel de resiliencia para abordar los procesos malsanos y perjudiciales que se desarrollan en cada dimensión de la vida. Esto redundaría en un avance de la fisiología plena de los fenotipos y se generarían las condiciones de prevención de un desequilibrio en la salud física y mental. En el caso específico de los patrones de consumo de alcohol, mediante tales procesos protectores se obtendría una disminución o cese de tales patrones de consumo de sustancias y un fortalecimiento en el estado de salud mental de los estudiantes.

De esta manera, el estado de salud individual de estudiantes universitarios, no representa un aspecto aislado, sino que está determinado por los modos de vida, que están insertos en contextos sociohistóricos y bajo lo cual, tales procesos no pueden abordarse sin considerar la realidad particular (reproducción social, cuidado de la vida, patrones de consumo, organización social y relación con la naturaleza) y del escenario geopolítico, local, nacional, regional, mundial (contexto sociohistórico). Menéndez (1990, 16) para el estudio del consumo de alcohol, utiliza una categoría que guarda similitud con la dimensión general de Breilh (2003) a la que denomina “alcoholización”: se refiere a los procesos y estructuras económico-políticas y socioculturales que operan en una situación históricamente determinada para establecer las características del uso y consumo de alcohol por los conjuntos sociales.

Dado que a la fecha, no se conocen otras investigaciones que analicen el consumo de alcohol en estudiantes universitarios desde el enfoque de la Determinación Social, el presente estudio se posesiona teóricamente en el realismo crítico, tomando como marco disciplinar la Salud colectiva y la Epidemiología Crítica, por lo que resulta inédito y de un carácter exploratorio.

2. Consumo de alcohol

El consumo de sustancias psicoactivas ha sido un tema de interés para diversos sectores académicos, políticos y sanitarios. En la mayoría de las investigaciones, de tipo epidemiológico y descriptivo, se presenta una tendencia al aumento en los indicadores de prevalencia y disminución en la edad de inicio de consumo (Duque y Maturana 2012, 5). En la actualidad, un número considerable de jóvenes consume sustancias, lo que se ha convertido en un fenómeno de especial relevancia para la salud (Soutullo y

Mardomingo 2010, 229). Entre los riesgos de salud que causan la mayor morbilidad y mortalidad a nivel mundial se encuentran, sin lugar a dudas, el consumo de alcohol y del tabaco, los cuales varían según la cultura, el país, género, grupo etario o las normas sociales. En particular, el consumo de alcohol resulta elevado en la mayoría de los países de América Latina, donde su uso es promovido y considerado como una práctica aceptada en diversos aspectos de la socialización (García, Tobón y Ramírez 2011, 162). Está comprobado que mientras más precoz es el consumo de alcohol, mayor resulta el riesgo que posteriormente la persona consuma drogas denominadas más “fuertes o ilegales” (Soutullo y Mardomingo 2010, 229).

El alcohol se ha utilizado con fines recreativos, medicinales y ceremoniales a lo largo de, por lo menos diez mil años. El alcohol que contienen la cerveza, el vino y los licores fuertes es un compuesto que se conoce como alcohol etílico o etanol, el cual a corto plazo, ejerce su acción sobre el sistema nervioso como un “bloqueador” de los mensajes que se transmiten de una célula nerviosa a otra. Primero, afecta los lóbulos frontales del cerebro, donde se regulan las inhibiciones, la facultad de razonamiento, la memoria y el juicio. Después de un consumo continuo, afecta el cerebelo, donde se encuentra el control muscular motor, el equilibrio y los cinco sentidos. Por último, aqueja la espina dorsal y la médula, el lugar de las funciones involuntarias como la respiración, el ritmo cardíaco y el control de la temperatura corporal. Si se consume suficiente alcohol, hasta el punto de un nivel de alcohol en la sangre de 0.5% o más, el sistema de funciones involuntarias se puede desconectar y la persona puede morir por envenenamiento agudo con alcohol (Sarason y Sarason 2006, 444).

En la vida universitaria los jóvenes presentan un acercamiento más directo con el consumo de alcohol, hecho que detona un sinnúmero de consecuencias en sus relaciones sociales, en su comportamiento en general, en el planteamiento de objetivos, en el cumplimiento de responsabilidades, entre otras. Se puede afirmar que el consumo de alcohol en los estudiantes universitarios resulta mayor que en el resto de edades, poniendo en riesgo su salud tanto física como mental, afectando evidentemente a las funciones cognitivas, ejecutivas y en su desempeño académico (Ramos y otros, 2016, 92-94).

2.1. Antecedentes

El incremento de la prevalencia de consumo de alcohol en población juvenil y las consecuencias nocivas cada vez mayores ocasionadas por la ingesta de esta sustancia, han despertado el interés de investigadores, organizaciones, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, plasmado en los estudios que se describen a continuación. En el año 2008, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “220 millones de personas en el mundo consumen alcohol, por lo que se hallaba entre las diez primeras causas de discapacidad” (Díaz y otros 2013, 266). El Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censo (INEC, 2013) revela que 912.576 ecuatorianos consumen alcohol, de quienes el 89.7% son hombres y el 10.3% son mujeres. Además, el 2.5% de la población entre 12 y 18 años consume alguna bebida alcohólica.

La Secretaría Técnica de Prevención de Drogas (SETED) a través del “IV Estudio nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años” (2014) demuestra que en la Provincia de Chimborazo existe una prevalencia del 18.8% de consumo de alcohol con un promedio de gasto mensual por consumo de \$44.08 americanos, superada solamente por Guayas con \$44.90. Por su parte, la “Encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes universitarios” (2015) indica que en la Provincia de Chimborazo se presenta una prevalencia del 59.14% de consumo de alcohol en jóvenes universitarios, siendo la quinta provincia con más alta prevalencia en el país. Complementario a esto, en esta encuesta nacional, se identifica que el 90.62% de los estudiantes universitarios de la provincia de Chimborazo manifiestan que el consumo de alcohol produce problemas familiares y el 90.78% de la población responden que el consumo de alcohol causa daños severos en la salud de las personas. Entre otros aspectos, se obtuvo como resultado que en la provincia de Chimborazo el gasto promedio mensual por consumo de alcohol es de \$26.37 dólares americanos, el 5.25% de la población universitaria percibe miedo de sufrir un ataque o abuso sexual mientras su familiar estaba bajo los efectos del alcohol. La Notificación de Enfermedades de vigilancia epidemiológica EPI 2 informa que en la provincia de Chimborazo, 276 personas (57 de sexo femenino y 219 de sexo masculino) presentan trastornos relacionados al consumo de alcohol, casos que son confirmados en consulta externa y emergencia (MSP 2013).

El consumo de alcohol específico en población universitaria ha contado con algunos estudios. El II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la

Población Universitaria Informe Regional (2012) indica que el alcohol constituye la droga de mayor consumo entre los jóvenes universitarios andinos. Se destaca el hecho de que en Ecuador el 88,7% de los estudiantes de la muestra declararon haber consumido alcohol alguna vez en la vida, con relación al consumo reciente, la tasa de consumo fue de 70,4% y el consumo actual presentó que una tasa de 49,8%. Asimismo, se obtiene como resultado que el 82,2% de la población universitaria de Ecuador perciben el consumo de alcohol como una conducta de alto riesgo. Un segundo estudio recientemente realizado por Ruisoto y otros (2016) en diversas universidades de Ecuador, cuyo objetivo de estudio fue analizar la prevalencia y el perfil de consumo de alcohol en estudiantes universitarios del país. Se encuesta a 3.232 estudiantes a través del test AUDIT y escalas psicosociales y se obtiene una prevalencia de consumo del 92,24% en los hombres y 82,86% en las mujeres. En total, el 49,73% de los hombres y el 23,80% de las mujeres reportaron un consumo problemático, en la cual, en los hombres, el perfil de consumo problemático se caracterizó por síntomas de ansiedad y depresión. En tanto en las mujeres, el consumo problemático presenta mayor inflexibilidad psicológica y menor compromiso vital. En la provincia de Chimborazo, En un estudio denominado “Salud Mental” en la Facultad de Ciencias de la Salud; de la Universidad Nacional de Chimborazo (sigue en proceso de ejecución), bajo la dirección del psicólogo Ramiro Torres, se presentan como resultados que 564 jóvenes (48.28% del total de estudiantes) consumen alcohol actualmente, de los cuales 243 (43.08%) son de género masculino y 321 (56.92%) femenino.

Como se ha señalado previamente, se presentan evidencias que plantean que el consumo de alcohol representa un grave problema para la salud individual y colectiva de estudiantes universitarios. Esto fundamentalmente porque implica diversas consecuencias perjudiciales para los consumidores; a nivel psicológico se expone a diferentes trastornos psicopatológicos ocasionados por el consumo de alcohol, donde va a verse afectado la esfera cognitiva, afectiva y social del consumidor, estos trastornos van a ser explicados con mayor detalle a continuación.

2.2.Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de alcohol.

Se identifican distintas manifestaciones de consumo de alcohol, que suponen un riesgo o daño importante para el individuo y su grupo social. Entre ellas, se incluyen el consumo diario elevado, los episodios repetidos de beber hasta la intoxicación, consumo que está causando daño físico y mental o consumo cuyo resultado es el desarrollo de dependencia o trastorno. Dichas formas de consumo han sido categorizadas en tres grupos de trastornos o psicopatologías: a) consumo de riesgo, b) consumo perjudicial y c) dependencia, cuyos fundamentos teóricos y diagnósticos se encuentran descritos en la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10), manual de utilización oficial en las instituciones gubernamentales del Ecuador como el MSP, y base teórica del reactivo empleado en la investigación (AUDIT), para determinar los niveles de consumo de alcohol. A continuación se explica con más detalle los trastornos por consumo de alcohol, previamente mencionados (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Niveles de Consumo de Alcohol y Trastornos Implicados

NIVEL	DEFINICIÓN	TRASTORNOS IMPLICADOS	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
CONSUMO DE RIESGO	Patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes, a pesar de que el individuo no haya experimentado ningún trastorno.	Intoxicación Aguda:	Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas. (CIE 10 1992, 100)
CONSUMO PERJUDICIAL	Se refiere a una forma de consumo que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque también puede incluir graves consecuencias sociales.	Consumo Perjudicial	El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia. Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por

DEPENDENCIA

Es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos incluyen el deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física y mental cuando se interrumpe el consumo.

Síndrome de Dependencia:**Síndrome de Abstinencia**

terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial. (CIE 10 1992, 102)

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes. (CIE 10 1992, 103)

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la

abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones. (CIE 10 1992, 105)

Fuente: CIE-10 (1992)

Elaboración propia (2018)

Posterior a la explicación de los trastornos producidos por el consumo de alcohol, es importante señalar que la mitad de personas con problemas de alcohol, tienen una afectación mental añadida, donde se destaca como más prevalente, la presencia de sintomatología ansioso-depresiva, junto con importantes dificultades en las relaciones interpersonales, a esta comorbilidad se la conoce como patología dual (Landa y otros 2005, 254). Sin embargo, en ocasiones se trata de síndromes psicológicos independientes que no están ligados al consumo del alcohol, pero su ingesta puede agravar la situación. En el ámbito de educación superior se pueden encontrar otros determinantes relacionados a las alteraciones psicológicas en los estudiantes, el estrés académico, la separación de la familia, problemas económicos, bajo rendimiento académico, rupturas amorosas, por citar algunos, que de una u otra manera vulneran el equilibrio mental y desencadenan diversos trastornos psicológicos, “siendo los de mayor prevalencia la ansiedad y la depresión” (Casas y Guardia 2002, 195), los mismos que serán abordados a continuación.

2.3. Trastornos Psicológicos con mayor prevalencia en estudiantes universitarios

Los trastornos mentales constituyen una prioridad en la salud, dado que se encuentran entre las causas más importantes de morbilidad en atención primaria. Las investigaciones en el campo de la salud mental han fijado su atención en la población universitaria, y diversos estudios señalan que los trastornos depresivos y ansiosos en estudiantes universitarios presentan una mayor tasa en comparación con la población general. Este aumento se debe a que en el ambiente universitario se ponen a prueba competencias y habilidades para alcanzar los objetivos durante el periodo de formación profesional, sometiendo continuamente al estudiante a una gran carga de exigencias académicas, nuevas responsabilidades, evaluaciones o realización de trabajos. A esto cabe añadir, algunas veces, desarraigo, presiones familiares, económicas y sociales. De este modo, al interactuar con determinantes identificados como de riesgo para la

presencia de sintomatología ansiosa y depresiva (tales como el sexo, antecedentes familiares y personales de depresión, diagnóstico de enfermedad grave, muerte de un ser querido, separación de los padres y el consumo de alcohol, entre otras) pudieran causar eventualmente un deterioro en su salud mental.(Arrieta y otros 2014, 15)

La mayoría de los estudiantes universitarios de pregrado se encuentra en la etapa de juventud, período en el cual tienden a emerger con particular intensidad problemas de salud mental como los trastornos del estado de ánimo y los trastornos ansiosos(Antúnez y Vinet 2013, 209). La ansiedad y la depresión se consideran dos de los desórdenes psicológicos de mayor registro en los centros de saluden población general. Igualmente, en población universitaria constituyen dos de los principales motivos de consulta atendidos a través de los servicios de Bienestar Universitario. Por esta razón, diversos estudios se han centrado en la evaluación de la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios (Agudelo y otros 2008, 34). A continuación, se proporciona una explicación más detallada de estos dos trastornos (ansiedad y depresión) que afectan principalmente la esfera afectiva de las personas, provocando cambios significativos en el estado de ánimo y el comportamiento.

2.3.1. Ansiedad

La ansiedad representa una de las emociones más sentidas en toda la vida del ser humano, que se la categoriza como un fenómeno afectivo de amenaza y negativo. Sigmund Freud afirmaba que la ansiedad “resulta adaptativa si la aflicción que la acompaña motiva a las personas a aprender nuevas formas de enfrentar los retos de la vida” (Sarason y Sarason 2006, 238). Con frecuencia, la persona ansiosa que espera que ocurra lo peor es incapaz de disfrutar de su vida personal y de obtener gratificación del trabajo. Por lo tanto, las personas ansiosas se privan de experimentar los resultados positivos de la vida. Sarason y Sarason 2006, 238).

Generalmente, el término ansiedad se define como un sentimiento de miedo y aprensión difuso, vago y muy desagradable. La persona ansiosa se preocupa mucho, sobre todo por los peligros desconocidos. También, muestra combinaciones de los siguientes síntomas: ritmo cardíaco acelerado, respiración entrecortada, diarrea, pérdida del apetito, desmayos, mareos, sudoración, insomnio, micción frecuente y estremecimientos. Todos estos síntomas físicos se presentan tanto en el miedo como en la ansiedad: mientras que en que las personas que presentan miedo pueden decir con

mayor facilidad a qué le temen, las personas que se sienten ansiosas no están conscientes de las razones de sus temores. De tal modo, que el miedo y la ansiedad presentan reacciones similares, la causa de la preocupación es evidente en el primer caso pero no es muy clara en el segundo. Algunos ejemplos incluyen miedo a ser evaluado de un modo negativo por otros (por ejemplo, en una entrevista de trabajo) y miedo a experimentar alguna herida corporal o enfermedad (por ejemplo, pensar en la posibilidad de un choque durante un vuelo en el que el avión se mueve demasiado) (Sarason y Sarason 2006, 238).

Para las personas que sufren de trastornos de ansiedad, a menudo, los pensamientos intrusivos toman la forma de preocupaciones sobre acontecimientos y consecuencias futuras probables, o interpretaciones catastróficas de acontecimientos pasados que destacan lo negativo, especialmente los errores que el individuo pudo haber cometido. Estas preocupaciones intrusivas e interpretaciones exageradamente angustiosas son características de la experiencia de la ansiedad, que parecen adoptar un carácter automático que proviene más de los individuos que de lo que realmente está sucediendo en sus vidas. Las características de la ansiedad incluyen sentimientos de incertidumbre, impotencia y activación fisiológica y habitualmente una persona que experimenta ansiedad se queja de sentirse nerviosa, tensa, aprensiva e irritable o presenta dificultad para conciliar el sueño por las noches. También es observable una fácil fatiga, “mariposas en el estómago”, dolores de cabeza, tensión muscular o dificultad para concentrarse. Se ha observado una creciente evidencia de que las personas que sufren de trastornos de ansiedad resultan muy sensibles a las señales de amenaza, puesto que estos individuos pueden mostrar un alto grado de sensibilidad, vigilancia o prontitud para prestar atención a las amenazas potenciales (Sarason y Sarason 2006, 238-239).

Sarason y Sarason (2006, 239) explican una breve descripción de los trastornos, cuya característica común son los síntomas de ansiedad, basados en el DSM V (véase Tabla 2).

Tabla 2

Descripción de los Trastornos con sintomatología ansiosa

Trastorno	Descripción
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Preocupación crónica, excesiva e incontrolable sobre actividades y eventos presentes y futuros (por ejemplo, preocupaciones sobre el desempeño en el trabajo y las finanzas).

Trastorno de angustia	Crisis de pánico recurrentes e inesperadas, que conducen al miedo de crisis futuras y a la evitación de situaciones ligadas a las crisis.
Trastornos fóbicos	Temor y evitación notables de situaciones sociales debidos a vergüenza o humillación (fobias sociales), o temor y evitación notables de objetos o situaciones específicos (fobias específicas).
Trastorno obsesivo-compulsivo	Pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes intrusivos (por ejemplo, dudas excesivas, pensamientos de contaminarse con algo) y/o conductas o actos mentales repetitivos diseñados para reducir la aflicción.
Trastorno por estrés postraumático	Reexperimentación persistente de angustia (por ejemplo, sueños, flashbacks), y evitación de estímulos asociados con la exposición previa al estrés extremo (por ejemplo, un combate militar o una violación).

Fuente: Sarason y Sarason (2006)

Elaboración propia (2018)

Finalmente es importante señalar que la ansiedad tiene un perfil menos controlable, no tiene un objeto, no se puede luchar contra ella de forma racional, es persistente y provoca reacciones físicas y psicológicas que se escapan de esa persona y que no son fáciles de manejar. (Serrano y otros 2014, 29). En lo sucesivo, se aborda otra de las psicopatologías con más alta prevalencia en los estudiantes universitarios y población en general, y que en un número considerable de casos está vinculada con la ansiedad, cuya denominación es depresión.

2.3.2. Depresión

El término depresión cubre una variedad de cambios en los estados de ánimo negativos y en la conducta. Algunas fluctuaciones en el estado de ánimo son normales y otras coinciden con la definición de los problemas clínicos y dicho cambio de estado de ánimo puede ser temporal o duradero. Sarason y Sarason (2006, 333) identifican que la depresión varía desde un sentimiento de melancolía relativamente menor hasta una visión profundamente negativa del mundo y una incapacidad para funcionar en forma eficaz. La depresión constituye uno de los desórdenes clínicos más frecuentes en la población en general, del cual se ha señalado que se presenta una codependencia entre depresión y ansiedad. Los hallazgos de las investigaciones intentan explicar la depresión para su intervención y de esta manera prevenir otras conductas tales como el suicidio. La depresión se incluye en el grupo de los “trastornos afectivos”, dado que una

característica que lo conforma es la alteración de la capacidad afectiva, siendo no sólo la tristeza sino también la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes nos rodean (Riveros y otros 2006, 92).

La identificación de signos y síntomas de la depresión requiere de una evaluación integral de la persona, tomando en cuenta todas las esferas en las que se desenvuelve el individuo. Riveros y otros (2006, 93-95) describen los siguientes signos y síntomas más sobresalientes en el diagnóstico de la depresión:

- a. **Estado de ánimo:** Se asocia a un estado de ánimo bajo, en el cual la persona puede darse cuenta de esto, aunque es frecuente que los familiares cercanos, lo hayan notado. La persona es vista como más callada, distante, seria, aislada, o irritable, lo que resulta un aspecto significativo del cambio en el carácter. El estado de ánimo puede variar a lo largo del día, en el que la persona con depresión, percibe que en una parte del mismo, se siente más triste, por ejemplo la mañana, y conforme pasa el día, va sintiéndose mejor. Puede haber llanto, con frecuencia, puede presentarse al recordar experiencias negativas en la vida reciente o remota.
- b. **Pérdida del interés por situaciones o actividades que antes le producían placer:** Esta es otra manifestación cardinal de la depresión. La persona no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar, tales como ir al cine, salir con amigos, oír música, leer, o realizar su propio trabajo. Al respecto, se ha observado que las personas con depresión ya no disfrutan de efectuar esas actividades, o a que ya se le dificultan. Por ejemplo, si a una persona le gustaba leer, pero ahora le cuesta trabajo concentrarse y retener lo que está leyendo, y hace un gran esfuerzo en esto, entonces empieza a no ser una actividad agradable. Lo mismo es el asistir a una reunión o una fiesta, la dificultad para interactuar con los demás se ve magnificada, por el hecho, que ahora la persona se siente con poca capacidad para estar bien con sus amigos y familiares, por lo que se torna un suplicio, el ver a los demás reír y divertirse, cuando es algo que él o ella no pueden experimentar.
- c. **Sentimientos de culpa:** Este tipo de síntoma es muy frecuente en personas deprimidas. Ellos pueden pensar que están deprimidos por cosas o situaciones que hicieron o dejaron de hacer en el pasado o aún más pudieran sentir que estar deprimidos representa una forma de castigo, y que están expiando sus culpas a través de su patología.

- d. **Insomnio y otros trastornos del sueño en la depresión.** El insomnio es la manifestación de sueño insuficiente o poco reparador y en el caso de las personas con depresión, representa una de las formas más típicas, el insomnio de la última parte de la noche, también llamado insomnio terminal o tardío. Despertarse una hora más temprano, del horario habitual, que solía tener la persona previamente, es considerado como despertar matutino prematuro o insomnio terminal. Algunos pacientes con depresión pueden tener datos de insomnio inicial (incapacidad para iniciar el sueño por más de 30 minutos, en el horario acostumbrado) o insomnio terminal (fragmentación del sueño, con despertares de más de 20 minutos o levantarse de la cama, sin tener la necesidad de ir al baño). Sin embargo, puede haber algunos enfermos que, en vez de presentar una baja en calidad y cantidad de sueño, tienen lo opuesto, es decir un exceso de sueño. Estas son personas que duermen de nueve a diez horas, y que refieren que entre más duermen, más deprimidos se sienten, con gran estado de adinamia, debilidad y lentitud psicomotriz.
- e. **Disminución de energía.** La persona refiere dificultad para moverse, arreglarse, asearse, iniciar labores mínimas, o que requiere de un gran esfuerzo para llevarlas a cabo. Aquí hay que evaluar qué actividades ya no puede realizarlas.
- f. **Agitación psicomotriz y ansiedad psíquica.** Estas son dos manifestaciones que se pueden presentar en depresiones, en donde hay un componente sintomático ansioso importante. La persona mueve las manos o los pies de manera inquieta, juguetea con los cabellos, se seca las manos, se levanta y sienta, etc. Además la persona deprimida puede referir que se siente nervioso/a, agitado/a, que no puede estar tranquilo, que se está preocupando mucho por cosas pequeñas que antes no le preocupaban.
- g. **Malestares físicos.** Es común que la persona con depresión presente una serie de malestares, poco sistematizados, pero que pueden ser severos: cefalea, dispepsias, boca seca, náusea, suspiros excesivos, sensación de respiraciones que no son suficientes, malestares musculares, etc.
- h. **Alteraciones gastrointestinales y pérdida de peso.** Es frecuente que las personas con depresión presenten baja en su apetito, con una disminución significativa de su peso corporal. Esto se puede cuantificar en kilos, si es que la persona se ha pesado o en tallas de ropa, ya que el paciente, siente que su ropa le queda holgada. Una pérdida de peso de más de 5 kg, sin dieta, deberá de ser

estudiada, descartando problemas médicos, trastornos de la alimentación, sobre todo, si la persona es mujer (v.g. anorexia o bulimia) y dietas. Por otro lado, algunas personas con depresión pueden aumentar de peso, cuadro identificado como depresión afectiva estacional, porque es común que con esas características clínicas, se presente con más frecuencia en el invierno.

- i. **Disminución del deseo sexual.** Se ha notado una baja en el deseo sexual (libido), o disfunción eréctil en el hombre y anorgasmia en la mujer.
- j. **Manifestaciones diversas.** Estas pueden ser de tipo hipocondríaco, estar buscando explicaciones en el funcionamiento de sus diferentes órganos y sistemas, acudir más frecuentemente al médico con dolencias poco sistematizadas. También pueden haber datos obsesivo-compulsivos, es decir, la persona presenta pensamientos repetitivos que no puede apartar de su cabeza, y que son reconocidos como absurdos y la repetición de actos motores o rituales, varias veces, para estar seguro de que se hacían y estaban bien hechos.

Si bien es cierto que la sintomatología anteriormente presentada cumple un patrón general, ésta puede variar en cantidad, frecuencia e intensidad, de acuerdo al cuadro que presente la persona con depresión, esta variabilidad determinará si la persona presenta un episodio depresivo en sus grados: leve, moderado o grave, o a su vez un trastorno depresivo recurrente, los cuales van a ser explicados de mejor manera a continuación.

2.3.2.1. Clasificación

El CIE 10 subdivide las patologías depresivas en dos grupos: episodios y trastornos. El primero se caracteriza por ser un solo periodo de tiempo donde el individuo presenta la sintomatología, por lo general dos semanas como mínimo. El trastorno representa el conjunto de periodos o episodios repetidos de depresión que la persona ha venido presentando.

a. Episodios Depresivos

En los episodios depresivos típicos, la persona presenta humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos: a) la disminución de la atención y concentración, b) la pérdida de la

confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, c) las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves), d) una perspectiva sombría del futuro, e) los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, f) los trastornos del sueño y g) la pérdida del apetito (CIE 10 1992, 152)

La distinción en grados: leve, moderado o grave se basa en una complicada valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas presentes, además de un análisis del nivel de actividad social y laboral cotidiana (ver Tabla 3).

Tabla 3

Clasificación de los Episodios Depresivos

Episodio depresivo	Sintomatología	Clasificación
	Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos. (CIE 10 1992, 154-155)	Sin síndrome somático: Debe satisfacer las pautas del Episodio Depresivo Leve y estar presentes pocos síntomas somáticos o ninguno (CIE 10 1992, 155).
Episodio Depresivo Leve		Con síndrome somático: Debe satisfacer las pautas del Episodio Depresivo Leve y estar presentes como mínimo cuatro síntomas somáticos (CIE 10 1992, 155).
Episodio Depresivo Moderado	Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve, así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es	Sin síndrome somático: Debe satisfacer las pautas del Episodio Depresivo Moderado y estar presentes pocos síntomas somáticos o ninguno (CIE 10 1992, 155).

esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático. (CIE 10 1992, 155)

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave. (CIE 10 1992, 156)

Episodio Depresivo Grave

Con síndrome somático:

Debe satisfacer las pautas del Episodio Depresivo Moderado y estar también presentes cuatro o más síntomas psicóticos, pero puede considerarse si se presentan dos o tres de gravedad (CIE 10 1992, 156).

Sin síntomas psicóticos:

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas. (CIE 10 1992, 156)

Con síntomas psicóticos:

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en el Episodio Depresivo Grave y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar

hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. (CIE 10 1992, 157)

Fuente: CIE 10,1992.
Elaboración propia, 2018.

b. Trastornos Depresivos

El trastorno depresivo se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía, inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepresivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos ha de utilizarse también esta categoría). A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes (CIE 10 1992, 158).

El Trastorno Depresivo recurrente puede subdividirse, como se indica a continuación, especificando primero el tipo del episodio actual y después el tipo que predomina en todos los episodios (ver Tabla 4).

Tabla 4

Clasificación de los Trastornos Depresivos

Trastorno Depresivo	Síntomatología	Clasificación
Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Leve	<p>Deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo leve. Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y entre ellos debe haber un intervalo libre de alteración significativa del humor de varios meses de duración. Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual. (CIE 10 1992, 159)</p>	<p>Sin síndrome somático: No existe la presencia de síntomas somáticos (CIE 10 1992, 159).</p> <p>Con síndrome somático: Existe la presencia de síntomas somáticos (CIE 10 1992, 159).</p>
Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Moderado	<p>Deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo moderado. Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor. Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual. (CIE 10 1992, 160)</p>	<p>Sin síndrome somático: No existe la presencia de síntomas somáticos (CIE 10 1992, 160).</p> <p>Con síndrome somático: Existe la presencia de síntomas somáticos (CIE 10 1992, 160).</p>
Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Grave		<p>Sin síntomas psicóticos: Deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración</p>

significativa del humor. (CIE 10 1992, 160-161)

Con síntomas psicóticos.

Deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor. (CIE 10 1992, 161)

Trastorno Depresivo Recurrente, actualmente en remisión

En el pasado debieron satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente, pero el estado actual no satisface las pautas para episodio depresivo de cualquier gravedad, o para cualquier otro trastorno. Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor. (CIE 10 1992, 161)

Fuente: CIE 10,1992.

Elaboración propia, 2018.

Como se ha señalado anteriormente, la población de estudiantes universitarios, presentan distintas dificultades que afectan su bienestar e impiden una adaptación apropiada, lo que representa a la juventud como una época de vulnerabilidad al consumo y dependencia de sustancias, principalmente el alcohol, por su fácil acceso y al ser una droga socialmente aceptada así como también el desencadenamiento de alteraciones psicológicas, que pueden o no estar asociadas al consumo y que no son tan evidentes en etapas de desarrollo previas, tal es el caso los trastornos depresivos y ansiosos, que son los de mayor prevalencia en estudiantes universitarios (Covay otros 2007, 106). Ante la preocupación social que representa la alta prevalencia de las

alteraciones citadas, es sumamente importante que en el presente estudio se aborde el desequilibrio en la salud mental de la población universitaria de la UNACH, desde un análisis de la Determinación Social de la Salud.

2.4. Consumo de alcohol y su relación con el sufrimiento emocional en estudiantes universitarios

2.4.1. Consumo de alcohol en estudiantes universitarios

El alcohol constituye una sustancia de consumo legal, potencialmente adictiva, que cuenta con toda una ley que respalda y restringe su consumo (Montaño y otros 2011, 28). Entre los jóvenes, el alcohol resulta una de las drogas predilecta, de hecho, consumen alcohol con mayor frecuencia e intensidad que todas las demás drogas ilícitas combinadas (Salcedo y otros 2011, 78). El alcohol es la sustancia psicoactiva de más prevalencia e incidencia de consumo en los jóvenes de todas las ciudades en Ecuador, y los porcentajes más altos de prevalencia en los jóvenes se encuentran entre los estudiantes universitarios (Ramos y otros 2016, 94). El joven que ingresa a la universidad está expuesto a gran diversidad de situaciones, por esto el ingreso y la permanencia se convierte en una etapa de búsqueda intelectual y crecimiento personal, que le ofrece la posibilidad de moldear su identidad personal. Así, aunque los docentes e instituciones fomenten el desarrollo saludable, los estudiantes universitarios pueden presentar crisis de identidad que probablemente le origine serios problemas (desordenes del comportamiento, rebeldía, lucha intergeneracional, consumo o abuso de alcohol y sustancias, entre otros). Entre las situaciones que favorecen el consumo son la necesidad de socialización con los compañeros, las relaciones con el sexo opuesto, las expectativas positivas hacia el consumo y la gran cantidad de expendios de alcohol cercanos a las universidades que aumentan la probabilidad de consumo (Arrieta 2009, 880).

En la vida universitaria, los jóvenes presentan un acercamiento más directo hacia el consumo de alcohol, hecho que detona un sinnúmero de consecuencias en sus relaciones sociales, en su comportamiento en general, en el planteamiento de objetivos, cumplimiento de responsabilidad (Ramos y otros 2016, 94). De tal modo se evidencia que existen situaciones que favorecen el inicio y el mantenimiento de esta conducta. El inicio se relaciona con la presencia de baja autoestima, comportamientos perturbadores, déficit de habilidades sociales y de afrontamiento al estrés, así como la carencia o bajo apego a la creencia religiosa. Respecto a los determinantes que pueden favorecer el

mantenimiento de esta conducta, pueden presentarse alteraciones psicológicas, disfunción familiar y bajo autocontrol de la persona (Armendáriz y otros 2012, 101).

Se puede afirmar que el consumo de alcohol en los estudiantes universitarios es más frecuente que en el resto de edades, poniendo en riesgo su salud tanto física como mental, afectando evidentemente a las funciones cognitivas, ejecutivas y en su desempeño académico.

El problema del consumo de alcohol en jóvenes se va extendiendo a tal punto que hoy debe ser considerado un problema de salud pública, trayendo serias implicaciones, debido a que el uso o abuso de alcohol, ha sido ampliamente asociado al aumento de enfermedades gastrointestinales y cardiovasculares, problemas de colesterol, accidentes de tránsito, muertes violentas, abuso y violencia sexual, contagio de infecciones de transmisión sexual o embarazo adolescente o no deseado, entre otros. Cabe recalcar que una consecuencia del consumo del alcohol en el medio universitario se asocia al bajo rendimiento académico o problemas en su interacción social y familiar (Ramos y otros 2016, 94).

Se han identificado cinco tipologías en el consumo de alcohol en los jóvenes en general: a) el consumo experimental es aquel que se realiza por primera vez y que puede derivar o no en un consumo posterior de la sustancia, b) el consumo ocasional es aquel que se hace de forma regular y en bajas dosis y no conlleva problemas para el estudiante, c) el consumo de riesgo es aquel en el cual se tiene una ingestión regular de alcohol en un patrón que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el joven o para los demás; d) el consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol, es caracterizado por un deseo intenso de consumir alcohol y dificultad para controlar el consumo y, e) dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol, estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe (Cardona y Orjuela 2014, 9).

El aumento del consumo de alcohol en general y la aparición de cada vez más jóvenes que lo ingieren de manera riesgosa y dependiente representa un problema de urgente solución, pues aunque las instituciones universitarias adelantan campañas de

prevención, la tendencia se mantiene. Para comprender la agudización del problema de consumo, es preciso incluir, además de otras explicaciones basadas en las condiciones propias de la juventud y en los problemas familiares, la indudable falta de formación especializada de quienes diseñan e implementan las acciones de prevención y el poco presupuesto destinado para este fin (Londoño y Valencia 2008, 159).

2.4.2. Impacto psicológico en estudiantes universitarios asociado al consumo de alcohol

El consumo de alcohol cumple una función social en la mayoría de jóvenes, muchos de ellos ingresan en el mundo de las sustancias psicoactivas precisamente por este motivo, es una manera de sentir y pensar en base a algunas premisas socioculturales del grupo al que ellos pertenecen. De este modo, está presente como medio de socialización, en que su presencia es primordial en festividades familiares y tradicionales, como parte de los acuerdos laborales, haciendo que la forma en que los jóvenes inician y mantienen esta conducta represente una preocupación en salud (Armendáriz y otros 2014, 110-111).

En particular, en la decisión de consumo de alcohol en los jóvenes universitarios, intervienen percepciones de las consecuencias del consumo en forma de expectativas positivas. Por ejemplo, la percepción del alcohol como reductor de ansiedad y un facilitador social y la percepción de no poseer otras estrategias para reducir la ansiedad. Esta expectativa de que el consumo de alcohol puede ser un tipo de afrontamiento eficaz, esto es, la creencia de que el consumo es un modo eficaz y apropiado de hacerle frente a la tensión y a otras emociones negativas puede convertirse en un factor de mantenimiento importante de la conducta de consumir alcohol (Camacho 2005, 95). Sin embargo, estas percepciones distorsionadas simplemente actúan como mecanismos de defensa para racionalizar el consumo de alcohol y minimizar las fatales consecuencias que puede desencadenar en la población universitaria.

Las consecuencias negativas derivadas del abuso de alcohol en estudiantes universitarios suelen referirse a alteraciones de las relaciones con la familia, compañeros y maestros, bajo rendimiento académico, agresiones, violencia, alteraciones del orden público y conductas de alto riesgo y actividades sexuales de riesgo (Armendáriz y otros 2014, 110-111). Arrieta y otros (2011, 217) revelan que el abuso de alcohol en los jóvenes universitarios se asocia de manera directa e indirecta en la

aparición de problemas físicos, mentales y sociales. Por otro lado, los trastornos por el uso de alcohol conllevan un alto grado de comorbilidad con otros trastornos por uso de sustancias, como dependencia de la nicotina, enfermedades de transmisión sexual y alteraciones mentales, siendo los trastornos del estado de ánimo y síndromes ansiosos con mayor prevalencia.

Rodríguez y otros (2005, 1402) refieren que el consumo frecuente de alcohol, en un número considerable de jóvenes, está asociado a la presencia de síntomas depresivos. Se ha sugerido que el consumo abusivo de alcohol es un síntoma de un trastorno depresivo no identificado. Es posible que el alcohol sea utilizado como una forma de afrontamiento del estado de ánimo disfórico. Bajo este mismo criterio, Ramos (2016, 93) señala la relación entre abuso de alcohol y suicidio, donde se ha señalado que aproximadamente la mitad de los intentos de suicidio en las mujeres y las dos terceras partes en los varones se producen bajo los efectos del consumo de alcohol. Otra de las alteraciones mentales relacionadas al consumo de alcohol en estudiantes universitarios y con un alta prevalencia es sin duda la ansiedad cuyas respuestas incluyen síntomas cognitivos y somáticos como inquietud psicomotriz, taquicardia, taquipnea, erección de vellos del cuerpo, sensación de muerte inminente, tensión, sudor, entre otros, siendo los efectos varios tales como disminución de la autoestima, alteraciones en el funcionamiento interpersonal y problemas de adaptabilidad social. Estos efectos de los trastornos de ansiedad, además podrían alterar el rendimiento académico de los universitarios (Serrano y otros 2013, 48).

Las consecuencias sociales y personales para los jóvenes universitarios, asociadas al consumo de sustancias alcohólicas traen consigo manifestaciones dañinas para el individuo y su colectivo tanto a corto como a largo plazo. Para la persona que consume, le produce una sensación de placer, tranquilidad o incluso exaltación, buscan sentirse mejor y suplir aquellas carencias que poseen a nivel social, afectivo o intelectual como la inseguridad, la falta de confianza en sí mismos, la soledad o la tristeza entre otros. Un sujeto temeroso o débil de carácter, un joven que proviene de una familia disfuncional, encuentra en el alcohol un refugio donde disipar sus temores. Pero a medida que pasa el tiempo necesita mayor consumo de alcohol hasta llegar a un nivel que puede desorganizar de manera importante su personalidad.

La vivencia de las personas que habitualmente consumen alcohol bien sea para lograr reconocimiento, solucionar problemas que cotidianamente no pueden manejar, lograr encontrar áreas de oportunidad o simplemente satisfacer el deseo de beber,

genera en su entorno una serie de disfunciones que alteran el ritmo de su vida (Albarracín y Muñoz 2008, 50).

Capítulo Segundo

Metodología y Resultados

1. Metodología

En el presente capítulo se describe el marco metodológico utilizado en el estudio, esto es una explicación de las técnicas e instrumentos utilizados en la recolección y análisis de los datos, así como también el planteamiento de la pregunta de investigación y de los objetivos. Es importante también dar a conocer en este apartado el tipo de estudio o investigación empleado, el proceso de obtención de la muestra y los aspectos éticos a considerarse en la investigación.

1.1.Pregunta Central de Investigación

La pregunta de investigación que guía el presente trabajo es: ¿Cuál es la relación del consumo de alcohol y el estado de salud psicosocial, desde un análisis de la Determinación Social, en estudiantes de las facultades de Ciencias de la Salud, Ciencias Políticas e Ingeniería, de la Universidad Nacional de Chimborazo?

1.2.Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Analizar la relación entre el consumo de alcohol y el estado de salud psicosocial desde la Determinación Social, en estudiantes de las facultades de Ciencias de la Salud, Ciencias Políticas e Ingeniería de la Universidad Nacional de Chimborazo.

1.2.2. Objetivos específicos

1. Determinar el consumo de alcohol en estudiantes de tres facultades de la UNACH.
2. Evaluar el estado de salud psicosocial en estudiantes de tres facultades de la UNACH.
3. Analizar la tipología diferencial de los modos de vida de estudiantes de tres facultades de la UNACH.

4. Identificar los procesos protectores y destructivos en la dimensión particular (modos de vida) e individual (estilos de vida) de estudiantes de las tres facultades de la UNACH.

1.3. Tipo de Estudio

1.3.1. Nivel

La presente investigación corresponde a un estudio descriptivo y explicativo desde una aproximación a la Determinación Social de Salud.

- **Descriptivo:** Busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista 2010, 80). En el estudio se describen los modos y estilos de vida, así como también los procesos destructivos y protectores de los estudiantes universitarios de la UNACH.
- **Explicativo:** Están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o por qué se relacionan dos o más variables (Hernández Sampieri y otros 2010, 83-84). En la investigación se explica la relación entre los modos y estilos de vida con el consumo de alcohol, así como también las alteraciones mentales en los estudiantes de la UNACH.

1.3.2. Diseño

Es un estudio de diseño transversal porque recolecta datos en un sólo momento, en un tiempo único, en este caso durante el año 2017. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández Sampieri y otros 2010, 151).

1.3.3. Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo ex post-facto, en donde no se modifica el fenómeno o la situación objeto de análisis, haciendo alusión a que primero se produce el

hecho y después se analiza su etiología o consecuencias. La investigación ex post-facto es entendida como una búsqueda sistemática y empírica en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente manipulables. (Cancela, Cea, Galindo y Valilla 2010, 3).

1.4.Universo y Muestra

1.4.1. Definición y caracterización de universo

El Universo estaba compuesto de 3.278 estudiantes universitarios que pertenecen a las Facultades de Ciencias de la Salud (1176), Ciencias Políticas y Administrativas (868) e Ingeniería (1234) de la Universidad Nacional de Chimborazo de la ciudad de Riobamba.

1.4.2. Tipo de procedimiento muestral

Se utilizó un tipo de muestreo estratificado por conglomerados, mediante la utilización del programa para la introducción de datos y documentación y documentación de base de datos EPIDAT.

1.4.3. Definición y caracterización de la muestra

La selección y caracterización de la muestra se lo realiza a partir de un muestreo estratificado por conglomerados a través del programa EPIDATA con los estudiantes que cumplieron con el siguiente criterio: estar matriculados en cualquier carrera de las Facultades de Ciencias de la Salud, Ingeniería y Ciencias Políticas de la Universidad Nacional de Chimborazo, durante el semestre Abril-Agosto 2017. A partir de este ciclo se obtiene una muestra total de 512 estudiantes universitarios, distribuidos por facultades de la siguiente manera: Ciencias de la Salud, 184 participantes; Ciencias Políticas, 137 participantes e Ingeniería, 191 participantes.

1.5.Recolección de Datos

1.5.1. Técnicas

Para la recolección de datos para la presente investigación se utilizaron como técnicas la *encuesta* y los *reactivos o test psicológicos*.

1.5.2. Instrumentos²

- **Cuestionario:** Se estructuró un cuestionario autoaplicable que involucre las categorías de la Determinación Social de la Salud (Breilh, 2003) enfatizando los modos de vida (modo particular) y estilos de vida (modo individual), así como la identificación de los procesos destructivos y protectores que se desarrollan en estos dominios, y cuál es la relación con el consumo de alcohol y los problemas emocionales o mentales de los estudiantes de las tres facultades seleccionadas de Universidad Nacional de Chimborazo.
- **Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)(OMS, 1989)³:** Cuestionario compuesto de 10 preguntas que permiten evaluar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia. Se evalúa el nivel de consistencia interna, a través del alfa de Cronbach, obteniéndose un nivel satisfactorio ($\alpha = .83$) lo que demuestra una alta consistencia interna y, por ende, garantías psicométricas.
- **El General Health Questionnaire (GHQ)(Goldberg y Hillier 1979)** Instrumento desarrollado para la detección de posibles casos con trastornos mentales de tipo no psicótico. El GHQ-28 es un test autoadministrado de 28 ítems. Está compuesto de cuatro subescalas que miden: a) síntomas somáticos de origen psicológico (ítems 1 al 7); b) ansiedad (ítems 8 al 14); c) disfunción social (ítems 15 al 21); y, d) depresión (ítems 22 al 28). El instrumento presenta un nivel de consistencia interna altamente satisfactorio ($\alpha = .93$) lo que demuestra una muy alta consistencia interna y por ende mayor fiabilidad psicométrica.

²Los Instrumentos utilizados en la investigación: Cuestionario, Test de Audit y Test de Goldberg GHQ se encuentran en anexos.

³El test de Audit es un instrumento creado por la OMS en el año de 1989, que permite evaluar el consumo de alcohol y establecer categorías o escalas que demuestran la gravedad de consumo en cuanto a frecuencia cantidad y sintomatología. Éstas son: a) *El consumo de riesgo* que incluye una ingesta controlada de alcohol que no interfiere en la vida del sujeto, sin embargo, hay una posibilidad de que la vulnerabilidad se incremente; b) *El consumo perjudicial* en que se observa una afectación física y mental en el consumidor, pero no interfiere en el desarrollo de las actividades cotidianas; c) *Dependencia*, que constituye el nivel más alto de consumo, donde la vida del consumidor se simplifica en la ingesta de la sustancia, dejando de lado todas sus responsabilidades, priorizando el consumo ante todo.

1.6. Análisis de Datos

Los datos fueron analizados en el software IBM SPSS Statistics versión 20. Se realizó una explicación descriptiva de los resultados así como también un análisis estadístico de comparación y de varianza entre las variables de estudio. Se aplicó las pruebas estadísticas de *t* de Student y *F* Análisis de Varianza y χ^2 chi cuadrado, para demostrar si los resultados obtenidos son estadísticamente significativas entre las categorías o variables propuestas para el presente estudio.

1.7. Ética

1.7.1. Confidencialidad

El investigador asume que toda la información es confidencial y no podrá ser reproducida, modificada, hacerse pública o divulgarse y certifica el acceso controlado de terceras personas a la información.

1.7.2. Anonimización de datos

Para mantener la anonimización de los datos no se utilizaron nombres ni otros datos con los que se pueda identificar a persona alguna. Además se codificó cada caso con un número de acuerdo al orden de la Facultad aplicada.

1.7.3. Consentimiento informado⁴

Todos los/las participantes del estudio firmaron un consentimiento informado, que consiste en un documento que da cuenta por medio de la firma de la aceptación a participar en el estudio libre y voluntariamente. Así mismo, pone en evidencia que el investigador comunicó en qué consistirá la investigación, sus objetivos, alcances, metodología, previo a la aplicación de los instrumentos seleccionados para el estudio.

⁴El consentimiento informado utilizado en la investigación se encuentra en Anexos.

1.8. Modelo Analítico y Operacional del estudio

Tabla 5

Modelo Analítico y Operacional del estudio sobre consumo de alcohol en estudiantes universitarios de la UNACH

	Bloque	Categorías	Indicadores	Puntajes finales
REALIDAD PARTICULAR: Modos de Vida	TIPOLOGÍA DE MODOS DE VIDA	Fracción de clase: <ul style="list-style-type: none"> • Tenencia de los medios de producción y de tierra. • Servicios básicos • Empleo • Inserción laboral (hace el trabajo, dirige el trabajo). • Origen de los ingresos • Seguridad Social. • Monto de los ingresos. 	TENENCIA DE LOS MEDIOS DE PRODUCCIÓN <ul style="list-style-type: none"> ▪ Locales ▪ Terrenos/Solares ▪ Casa ▪ Máquinas de trabajo ▪ Herramientas ▪ Mercaderías ▪ Vehículos ▪ Ninguno SERVICIOS BÁSICOS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Energía Eléctrica ▪ Agua potable ▪ Alcantarillado ▪ Línea Telefónica ▪ Internet ▪ Tv Pagada ▪ Todos ▪ Ninguno EMPLEO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hace el trabajo ▪ Dirige y organiza el trabajo de otros ▪ Hace y dirige el trabajo ▪ No aplicable (no trabaja) 	

			<p>INSERCIÓN LABORAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Profesional o técnico que ejerce independientemente ▪ Empleado de empresa particular titulado (profesional o técnico) ▪ Empleado público titulado (profesional o técnico) ▪ Empleado de empresa particular no titulado ▪ Empleado público no titulado ▪ Artesano ▪ Comerciante propietario de pequeño negocio ▪ Propietario de empresa industrial, comercial o de servicios ▪ Obrero o trabajador manual de empresa no propia ▪ Jornalero o peón ▪ Trabajador por cuenta propia no profesional ni técnico/empleada Doméstica/ayudante familiar sin remuneración. ▪ Jubilado ▪ Militar ▪ Policía ▪ Pequeño trabajador agrícola ▪ Ninguna (Desempleado) ▪ Otra 	
--	--	--	--	--

			<p>ORIGEN DE LOS INGRESOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alquiler de propiedad ▪ Jornal diario o por semana ▪ Negocio particular ▪ Pensión jubilar ▪ Sueldo como empleado de empresa del sector público ▪ Sueldo como empleado de empresa del sector privado ▪ Sueldo como obrero ▪ Sueldo como trabajador del campo ▪ Sueldo como empleada doméstica ▪ Ventas ambulantes ▪ Honorarios por servicios ▪ Donaciones de familiares u otras personas o entidades ▪ Subsidio del gobierno (bono de desarrollo humano) ▪ Limosna ▪ Otra <p>SEGURIDAD SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguno ▪ IESS ▪ ISPOL ▪ ISSFA ▪ Privados ▪ No informa <p>MONTO DE LOS INGRESOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Menos de \$100 ▪ \$100 a \$376 ▪ \$377 a \$750 	
--	--	--	---	--

CARACTERIZACIÓN DEL PRINCIPAL RESPONSABLE ECONÓMICO DEL HOGAR			<ul style="list-style-type: none"> ▪ \$751 a \$1000 ▪ \$1001 a 1500 ▪ \$1.501 a 2000 ▪ \$2000 a \$3000 ▪ Más de \$3000 	
		Principal responsable económico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usted mismo/a ▪ Su madre ▪ Su padre ▪ Hermanos ▪ Cónyuge o conviviente ▪ Familiar cercano ▪ Otro 	
		Etnia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mestizo ▪ Indígena ▪ Montubio ▪ Afroecuatoriano ▪ Blanco ▪ Otro 	
		Nivel de educación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguno ▪ Primaria incompleta ▪ Primaria completa ▪ Secundaria incompleta ▪ Secundaria completa ▪ Técnico/ Tecnológico ▪ Superior (Universitario) ▪ Postgrado ▪ No informa 	

	CARACTERIZACIÓN DE LA VIVIENDA	Pertenencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propia totalmente pagada ▪ Propia pagándose ▪ Alquilada ▪ Otra 	
		Tipo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Casa ▪ Departamento ▪ Rancho campesino ▪ Vivienda improvisada ▪ Rancho urbano ▪ Vivienda colectiva (Inquilinato, Residencia) ▪ Otro tipo de vivienda 	
		Número de cuartos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un cuarto ▪ Dos cuartos ▪ Tres cuartos ▪ Cuatro o más cuartos 	
		Servicios básicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Energía Eléctrica ▪ Agua potable ▪ Alcantarillado ▪ Línea Telefónica ▪ Internet ▪ Tv Pagada ▪ Todos ▪ Ninguno 	
REALIDAD INDIVIDUAL Estilos de Vida	SOCIAL	Organización Social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pertenece usted a alguna Organización Social en su barrio o localidad ▪ No pertenece usted a alguna Organización Social en su 	

			barrio o localidad	
		Tipo de organización social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deportiva ▪ Artística (pintura, música, danza, entre otras) ▪ Social ▪ Religiosa ▪ Académica/Educativa 	
	TIEMPO LIBRE	Actividades de ocio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dormir ▪ Leer ▪ Hacer ejercicio ▪ Redes Sociales ▪ Recursos audiovisuales (ver tv, escuchar música, videojuegos) ▪ Salir con amigos/compañeros ▪ Pasar con la familia ▪ Viajar 	
		Deporte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Practica algún deporte ▪ No practica algún deporte 	
		Tipo de deporte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fútbol ▪ Basketball ▪ Vóley ▪ Tenis ▪ Natación ▪ Ciclismo ▪ Atletismo ▪ Ejercicio de Gimnasio ▪ Andinismo ▪ Artes marciales Otro 	

		Frecuencia de práctica del deporte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diario ▪ Una vez por semana ▪ Dos a tres veces por semana ▪ De cuatro a seis veces por semana ▪ Una vez cada dos semanas ▪ Una vez cada tres semanas ▪ Una vez al mes ▪ Ocasional 	
DOMÉSTICO		Convivencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vive solo ▪ No vive solo ▪ Cónyuge ▪ Padre ▪ Madre ▪ Hermanos ▪ Abuelos ▪ Tíos ▪ Primos ▪ Amigos 	
		Alimentación Número de Comidas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cinco ▪ Cuatro ▪ Tres ▪ Dos ▪ Una 	
		Alimentación Lugar donde se alimenta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Casa ▪ Restaurant ▪ Patios de Comida de Centros Comerciales ▪ Mercado ▪ Puestos de la calle 	

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comedores de la Universidad 	
	SUEÑO	Problemas de Sueño	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiene problemas de sueño ▪ No tiene problemas de sueño 	
		Número de horas diarias que duerme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nueve a Diez ▪ Siete a Ocho ▪ Cinco a Seis ▪ Tres a Cuatro ▪ Una a Dos 	
MORBILIDAD	CONSUMO DE SUSTANCIAS	Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nunca consumido alcohol ▪ Actualmente consume ▪ Es ex consumidor de alcohol 	
		Alcohol Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diario ▪ Una vez por semana ▪ Dos a tres veces por semana ▪ De cuatro a seis veces por semana ▪ Una vez cada dos semanas ▪ Una vez cada tres semanas ▪ Una vez al mes ▪ Ocasional 	
		Alcohol Miembros de la familia que consume	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nadie ▪ Padre ▪ Madre ▪ Hermanos ▪ Abuelos ▪ Tíos ▪ Primos ▪ Otros 	

		Alcohol Resultados AUDIT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveles de Consumo de Alcohol 	8 y 15 puntos: consumo de riesgo 16 y 19 puntos: consumo perjudicial 20 Puntos o más: dependencia
		Cigarrillo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nunca consumido cigarrillo ▪ Actualmente consume ▪ Es ex consumidor de cigarrillo 	
		Cigarrillo Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diario ▪ Una vez por semana ▪ Dos a tres veces por semana ▪ De cuatro a seis veces por semana ▪ Una vez cada dos semanas ▪ Una vez cada tres semanas ▪ Una vez al mes ▪ Ocasional 	
		Cigarrillo Miembros de la familia que consume	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nadie ▪ Padre ▪ Madre ▪ Hermanos ▪ Abuelos ▪ Tíos ▪ Primos ▪ Otros 	
		Drogas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nunca consumido drogas ▪ Actualmente consume ▪ Es ex consumidor de drogas 	
		Drogas Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diario ▪ Una vez por semana 	

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos a tres veces por semana ▪ De cuatro a seis veces por semana ▪ Una vez cada dos semanas ▪ Una vez cada tres semanas ▪ Una vez al mes ▪ Ocasional 	
		Drogas Miembros de la familia que consume	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nadie ▪ Padre ▪ Madre ▪ Hermanos ▪ Abuelos ▪ Tíos ▪ Primos ▪ Otros 	
	SUFRIMIENTO MENTAL		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveles de Sufrimiento Mental 	Leve 0-4, Moderado 5-9, Severo 10-28

Nota: Elaboración propia,2018.

1.9. Modelo Operacional de los Procesos Protectores

Tabla 6

Modelo Operacional de los Procesos Protectores de la Salud

Dimensión	Bloque	Categorías	Indicadores Puntajes	Puntajes finales
PROCESOS PROTECTORES DE SALUD	SOCIAL Y DEPORTIVO	Organización Social	-Pertenece usted a alguna Organización Social en su barrio o localidad 0:No/1:Si	
		Deporte	-Practica algún deporte 0:No/1:Si	
	SALUD	Sueño	-Tiene problemas de sueño 0:Si/1:No	
		Tratamiento médico	-Ha tenido tratamiento médico en los últimos dos años: 0:Si/1:No	
		Tratamiento psicológico	-Ha tenido tratamiento psicológico en los últimos dos años: 0:Si/1:No	

CONSUMO DE SUSTANCIAS	Consumo de Alcohol	-Actualmente consume o es ex consumidor de alcohol: 0 -Nunca ha consumido alcohol: 1
	Consumo de Cigarrillo	-Actualmente consume o es ex consumidor de cigarrillos: 0 -Nunca ha consumido cigarrillos: 1
	Drogas	Actualmente consume o es ex consumidor de drogas: 0 -Nunca consumido drogas: 1

LABORAL	Situación actual	Solo estudia: 1 Estudia y trabaja: 0 Ninguno o no informa: 0
	Seguridad Social	IESS, ISSPOL, ISSFA, Privados: 1

Nota:Elaboración propia, 2018.

2. Resultados

A continuación se exponen los resultados obtenidos de la investigación, partiendo desde una explicación descriptiva de los datos, posteriormente un análisis comparativo y de varianza de las respectivas variables de estudio, utilizando pruebas estadísticas de *t* de Student y *F* Análisis de varianza y χ^2 chi cuadrado.

2.1.Contexto Sociohistórico de la ciudad de Riobamba y la Universidad Nacional de Chimborazo

El cantón Riobamba, está situado a 2.750 metros sobre el nivel del mar, a 1° 41´ 46’’ latitud Sur; 0° 3´ 36’’ longitud Occidental del meridiano de Quito. Riobamba tiene una superficie de 979,7 km² y se encuentra a 188 km. al sur de la ciudad de Quito, en la región Sierra Central y constituye la capital de la Provincia de Chimborazo. Limita al norte con los cantones de Guano y Penipe; al sur con los cantones de Colta y Guamote; al este cantón Chambo; al oeste con la provincia de Bolívar. Consta de cinco parroquias urbanas y once parroquias rurales(GAD Municipal de Riobamba 2009, 15).

Riobamba es el centro de concentración financiera, comercial, organizacional, poblacional y de servicios de la provincia, encontrándose además todo el aparataje de la administración pública. La ciudad de Riobamba es también el centro de comercialización de mayor importancia en Chimborazo, esto se da sobre todo por la presencia del Mercado de Productores Agrícolas, en donde se concentra la actividad comercial agrícola y pecuaria de la provincia, esto unido a la cercanía de los centros poblados rurales con alta vocación agropecuaria. Riobamba constituye un cantón multicultural en constante desarrollo económico sostenible que progresa en paz, al servicio permanente de su gente, donde se busca el bienestar común. (GAD Provincial de Chimborazo 2015, 199).

La ciudad de Riobamba es considerada como centro de educación universitaria de la provincia, donde se destacan la Universidad Nacional de Chimborazo y la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, dos instituciones de prestigio y aceptación en la Zona 3 y a nivel nacional, lo que ha promovido un movimiento de migración de jóvenes de todo el país hacia la ciudad. (GAD Provincial de Chimborazo 2015, 199).

La Universidad Nacional de Chimborazo, surge como respuesta y alternativa del pueblo riobambeño ante el éxodo de familias y ciudadanos que debieron migrar hacia

las principales ciudades del país, en la búsqueda de acceder a la formación profesional y académica de sus hijos, propiciando con ello serias deficiencias en contar con los elementos que fortalezcan el desarrollo de la región. Conscientes de que en la educación se halla la esencia del desarrollo de los pueblos, ya en 1969, varios ciudadanos ilustres de la ciudad, formaron el “Comité pro constitución de la Universidad”, que efectuaron esfuerzos personales y gestionaron ante el gobierno y las universidades existentes la atención a la necesidad de contar con la presencia de una institución de educación superior, logrando que la Universidad Central del Ecuador (UCE), el 7 de octubre de 1969 resuelva crear en Riobamba, una extensión de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación. La Extensión Universitaria, que contribuyó a la formación de miles de docentes de reconocida trayectoria, al nacer contó con nada más que propósitos, anhelos y sueños, por lo que se recibió el apoyo de las autoridades de los colegios “Pedro Vicente Maldonado” y “Riobamba”, quienes facilitaron las instalaciones para el inicio de sus actividades. Posteriormente, Mons. Leonidas Proaño, Obispo de Riobamba, como una contribución a la educación de la juventud de la provincia, hizo una venta simbólica del edificio del ex Seminario Menor “La Dolorosa” a la UCE, predio que, en virtud de la Ley No. 98 del 31 de agosto de 1995, con la cual se crea la Universidad Nacional de Chimborazo, pasa a formar parte de su patrimonio (UNACH, 2018)

Este nuevo sueño, nace sin el presupuesto requerido, pues, hasta diciembre de 1995, la institución solamente poseía la infraestructura del campus La Dolorosa, situación que demandaba un enorme esfuerzo, junto a la voluntad de trabajar por los jóvenes estudiantes. Llegado enero de 1996, las autoridades debieron enfrentar la difícil situación de gestionar recursos presupuestarios y financieros ante las instancias correspondientes; esfuerzos que dieron como resultado la asignación de fondos que junto a una honesta e inteligente administración, permitió planificar la adquisición de terrenos para el nuevo campus universitario, donde actualmente funcionan tres de las cuatro facultades de la Unach, ubicado en el Km 1 y ½ vía a Guano, denominado Campus MsC. Edison Riera, en homenaje al rector que estuvo dirigiendo la UNACH por 15 años y quien gestionó dicha adquisición. Actualmente la UNACH, continúa en el duro proceso de la acreditación institucional y de las carreras; pues, el reto es demostrar al país que la Universidad Nacional de Chimborazo tiene calidad, capacidad. Con 23 años al servicio de la sociedad local, regional y nacional, es uno de los principales centros de educación superior de la región, formando profesionales investigadores y

emprendedores, con bases científicas -axiológicas, que contribuyan a la solución de problemas de la comunidad y del país, aportando al desarrollo social, económico, cultural y ambiental, con sujeción al Plan de Desarrollo Integral “Toda una vida” (UNACH, 2018).

La Unidad de Planificación Académica de la UNACH (UPA, 2014) indica de que alrededor de 20 mil estudiantes son los potenciales beneficiarios en los próximos tres años, de las instituciones de educación superior, y particularmente la UNACH y su oferta académica. Así mismo, para los próximos 10 años la potencial población estudiantil que accederá a la educación superior, bordea los 100 mil estudiantes en la provincia de Chimborazo, de quienes una gran cantidad provienen de otras provincias del país.

Es así que dicha tendencia se ha mantenido en los últimos años, existiendo una gran movimiento migratorio de jóvenes a la ciudad de Riobamba para estudiar una carrera universitaria y alcanzar un título profesional, dando como resultado que los estudiantes que participaron en el presente estudio proceden de 22 de las 24 provincias del Ecuador, el 53% procede de la provincia de Chimborazo, seguida de la provincia de Tungurahua con el 10%, Pichincha con el 7.4%, Bolívar con el 5.3% y Cotopaxi con el 4.3% siendo las más representativas. Asimismo las provincias con el menor porcentaje de estudiantes son las de Los Ríos, Zamora y Santa Elena con tan sólo el 0.2% y la de Azuay con el 0.4% de la población de estudio.

2.2.Resultados descriptivos generales

En el presente estudio participaron 512 estudiantes de primer a cuarto semestre de la Universidad Nacional de Chimborazo, de los cuales 191 estudiantes (37.3%) corresponde a la Facultad de Ingeniería, 184 jóvenes (35.9%) pertenecen a la Facultad de Ciencias de la Salud y 137 estudiantes (26.8%), son de la Facultad de Ciencias Políticas. La edad media de los estudiantes que participaron en el estudio es de 20.36 años, siendo 17 la edad mínima y 30 la máxima.

2.3.Resultados descriptivos de AUDIT por facultad, género, etnia, ingresos mensuales y clase social.

En la Tabla 7 se describen los resultados del nivel de consumo de alcohol en los estudiantes universitarios.

Tabla 7
Nivel de consumo de alcohol por Facultad

Facultad	Nivel Test de AUDIT								Total	
	Normal		Consumo de Riesgo		Consumo Perjudicial		Dependencia			
Ciencias de la Salud	144	(78.3%)	35	(19%)	3	(1.6%)	2	(1.1%)	184	(100%)
Ciencias Políticas	102	(74.5%)	29	(21.2%)	2	(1.5%)	4	(2.9%)	137	(100%)
Ingeniería	129	(67.5%)	41	(21.5%)	10	(5.2%)	11	(5.8%)	191	(100%)
Total	375	(73.2%)	105	(20.5%)	15	(2.9%)	17	(3.3%)	512	(100%)

Fuente: Test de AUDIT aplicado a estudiantes de la UNACH,2017.
Elaboración propia, 2018.

En los niveles de consumo de alcohol normal y de riesgo, no se observa mayor diferencia entre los estudiantes de las tres facultades, mientras que se hace evidente que existe un mayor consumo perjudicial y dependencia al alcohol en estudiantes de la Facultad de Ingeniería.

Tabla 8
Nivel de consumo de alcohol por género

Género	Nivel Test de Audit								Total	
	Normal		Consumo de Riesgo		Consumo Perjudicial		Dependencia			
Masculino	160	(64.8%)	60	(24.3%)	11	(4.5%)	16	(6.5%)	247	(100%)
Femenino	215	(81.1%)	45	(17%)	4	(1.5%)	1	(0.4%)	265	(100%)
Total	375	(73.2%)	105	(20.5%)	15	(2.9%)	17	(3.3%)	512	(100%)

Fuente: Test de AUDIT aplicado a estudiantes de la UNACH, 2017.
Elaboración propia, 2018.

En la Tabla 8, se observa que la población masculina presenta una superioridad en el consumo de alcohol, respecto de la femenina en todos los niveles, principalmente en el consumo de riesgo, perjudicial y dependencia.

Tabla 9
Nivel de consumo de alcohol por etnia

Etnia	Nivel Test de Audit								Total	
	Normal		Consumo de Riesgo		Consumo Perjudicial		Dependencia			
Mestiza	346	(73.3%)	98	(20.8%)	12	(2.5%)	16	(3.4%)	472	(100%)
Indígena	20	(76.9%)	4	(15.4%)	2	(7.7%)	0	(0%)	26	(100%)
Montubia	0	(0%)	1	(50%)	0	(0%)	1	(50%)	2	(100%)
Afroecuatoriano	3	(100%)	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)	3	(100%)
Blanco	5	(62.5%)	2	(25%)	1	(12.5%)	0	(0%)	8	(100%)
Otro	1	(100%)	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)	1	(100%)
Total	375	(73.2%)	105	(20.5%)	15	(2.9%)	17	(3.3%)	512	(100%)

Fuente: Test de AUDIT aplicado a estudiantes de la UNACH, 2017.
Elaboración propia, 2018.

Se observa en la Tabla 9 una diferencia considerable de los estudiantes de etnia mestiza en comparación con las otras etnias. Sin embargo, la población mestiza presenta un alto consumo riesgoso y perjudicial de alcohol, así como una dependencia al consumo. A pesar de esto se aprecia alta frecuencia en el consumo perjudicial en la etnia indígena.

Tabla 10
Nivel de consumo de alcohol por rango de ingresos mensuales

Rango de ingresos mensuales	Nivel Test de Audit								Total	
	Normal		Consumo de Riesgo		Consumo Perjudicial		Dependencia			
Menos de \$100	10	(83.3%)	1	(8.3%)	1	(8.3%)	0	(0%)	12	(100%)
De \$101-\$376	77	(72.6%)	26	(24.5%)	2	(1.9%)	1	(0.9%)	106	(100%)
De \$377-\$750	130	(74.7%)	34	(19.5%)	6	(3.4%)	4	(2.3%)	174	(100%)
De \$751-\$1000	91	(72.2%)	25	(19.8%)	3	(2.4%)	7	(5.6%)	126	(100%)
De \$1001-\$1500	39	(76.5%)	9	(17.6%)	1	(2%)	2	(3.9%)	51	(100%)
De \$1501-\$2000	18	(69.2%)	7	(26.9%)	1	(3.8%)	0	(0%)	26	(100%)

De \$2001-\$3000	6	(60%)	3	(30%)	0	(0%)	1	(10%)	10	(100%)
Más de \$3000	1	(25%)	0	(0%)	1	(25%)	2	(50%)	4	(100%)
Total	375	(73.2%)	105	(20.5%)	15	(2.9%)	17	(3.3%)	512	(100%)

Fuente: Test de AUDIT aplicado a estudiantes de la UNACH, 2017.
Elaboración propia, 2018.

Se evidencia en la Tabla 10 la tendencia que a salarios más altos hay más exposición y consumo riesgoso. Por el contrario, los estudiantes de ingresos menores o igual al salario básico, presentan menos consumos riesgosos.

Tabla 11

Nivel de consumo de alcohol por clase social

Clase Social	Nivel Test de Audit								Total	
	Normal	Consumo de Riesgo	Consumo Perjudicial	Dependencia						
Baja	21	(63.6%)	8	(24.2%)	4	(12.1%)	0	(0%)	33	(100%)
Media	338	(74.6%)	88	(19.4%)	11	(2.4%)	16	(3.5%)	453	(100%)
Alta	16	(54%)	8	(32%)	0	(0%)	1	(4%)	25	(100%)
Total	375	(73.2%)	105	(20.5%)	15	(2.9%)	17	(3.3%)	512	(100%)

Fuente: Test de AUDIT aplicado a estudiantes de la UNACH, 2017.
Elaboración propia, 2018.

En la Tabla 11 se muestra que los estudiantes que refieren pertenecer a una clase social baja presentan un alto nivel de consumo perjudicial, mientras que en la clase social alta se observa un alto consumo riesgoso y dependencia al alcohol.

En general, los resultados obtenidos en el estudio indican un alto índice de consumo en los estudiantes de las tres facultades de la UNACH. Si bien la mayor prevalencia de consumo de alcohol ocurre en los niveles de consumo de riesgo y perjudicial, la tendencia a que evolucione en dependencia resulta muy probable, dada la vulnerabilidad que presentan los estudiantes universitarios al consumo de sustancias y las escasas estrategias que presentan para abordar tales patrones de consumo.

Como complementaria a la información anterior, se consideró realizar un análisis de consumo de alcohol y los grupos sociales de acuerdo a las categorías de facultad, género, etnia y clase social. Al respecto, se observa que la Facultad de Ingeniería, el género masculino, la etnia mestiza y la clase social alta, presentan los niveles más elevados de consumo de alcohol. Este patrón de consumo está

estrechamente relacionado entendiendo que la Facultad de Ingeniería alberga la mayor cantidad de población masculina que coincidentemente es el género con mayor consumo. Esto último ocurre no solo en la UNACH, sino que es generalizable a otros contextos sociales, puesto que la concepción del patriarcado atribuye un consumo “aceptado” en los hombres y “cuestionado” en las mujeres. Además, la mayoría de la población masculina es más susceptible al consumo de sustancias como una vía de escape a los problemas psicosociales que pueden atravesar, situación que contrasta con la población femenina, quienes disponen de otras estrategias de resolución de conflictos, se ven expuestas a los patrones culturales tradicionales que cuestionan un probable consumo o se asocia un consumo a procesos destructivos. En base a tales consideraciones, se prevee en las mujeres problemas emocionales, indicador clave que justifica la mayor prevalencia de sufrimiento mental en la población femenina. En lo que respecta al consumo y su relación con etnia se observa una diferencia mayoritaria entre la población de estudiantes del estudio que se autoidentifica como mestizo. Esto dificulta un mayor análisis sobre este aspecto, puesto que la etnia mestiza presenta el mayor nivel de consumo problemático, no obstante, la población indígena presenta un alto nivel de consumo perjudicial.

Aunque los resultados son preliminares, se considera que el consumo de alcohol ocurre en todos los grupos sociales, etnias, culturas, religiones y clases sociales. Respecto a esta última característica, se observa que en cada una de ellas existe consumo, fundamentalmente por la facilidad en el acceso a bebidas alcohólicas. A pesar de esta tendencia, los estudiantes o sus familias con ingresos altos y que se posicionan en un nivel económico alto, son quienes presentan mayor consumo problemático: al parecer la facilidad en el acceso se ve unida en este grupo, a conductas que probablemente sean invisibilizadas en orden a que las necesidades se entenderían satisfechas. En contraste, los estudiantes de familias con ingresos económicos bajos, requieren considerar otros factores de subsistencia si quieren consumir (por ejemplo, pago de transporte, comida, arriendo, inclusive la realización de trabajos o la adquisición de material bibliográfico). Tomados en su conjunto, los resultados sugieren que el consumo de alcohol se conforma como un fenómeno observable durante la fase universitaria, bajo la cual no se encuentran diferencias significativas en los patrones de consumo de acuerdo a las clases sociales.

2.4.Resultados descriptivos de sufrimiento mental por facultad, género, etnia, ingresos mensuales y clase social

En la Tabla 12, se presentan los resultados descriptivos de nivel de sufrimiento mental en estudiantes universitarios, por facultad.

Tabla 12
Nivel de sufrimiento mental por facultad

Facultad	Nivel de Sufrimiento mental						Total	
	Leve		Moderado		Severo			
Ciencias de la Salud	95	(51.6%)	39	(21.2%)	50	(27.2%)	184	(100%)
Ciencias Políticas	97	(70.8%)	23	(16.8%)	17	(12.4%)	137	(100%)
Ingeniería	115	(60.2%)	37	(19.4%)	39	(20.4%)	191	(100%)
Total	307	(60%)	99	(19.3%)	106	(20.7%)	512	(100%)

Fuente: Test de Goldberg GHQ, aplicado a estudiantes de la Unach,2017.
Elaboración propia, 2018.

Se observa en la Tabla 12 que la Facultad de Ciencias de la Salud es la Unidad Académica con los más altos niveles de sufrimiento mental, mientras que la Facultad de Ciencias Políticas demuestra los niveles más bajos de alteraciones mentales.

Tabla 13
Nivel de sufrimiento mental por género

Género	Nivel de Sufrimiento mental						Total	
	Leve		Moderado		Severo			
Masculino	163	(66%)	39	(15.8%)	45	(18.2%)	247	(100%)
Femenino	144	(54.3%)	60	(22.6%)	61	(23%)	265	(100%)
Total	307	(60%)	99	(19.3%)	106	(20.7%)	512	(100%)

Fuente: Test de Goldberg GHQ, aplicado a estudiantes de la Unach, 2017.
Elaboración propia, 2018.

Se observa en la Tabla 13 que el sufrimiento mental moderado y severo es más alto en la población femenina.

Tabla 14

Nivel de sufrimiento mental por etnia

Etnia	Nivel de Sufrimiento mental						Total	
	Leve	Moderado	Severo					
Mestiza	282	(59.7%)	95	(20.1%)	95	(20.1%)	472	(100%)
Indígena	17	(65.4%)	3	(11.5%)	6	(23.1%)	26	(100%)
Montubia	2	(100%)	0	(0%)	0	(0%)	2	(100%)
Afroecuatoriano	0	(100%)	0	(0%)	3	(100%)	3	(100%)
Blanco	5	(62.5%)	1	(12.5%)	2	(25%)	8	(100%)
Otro	1	(100%)	0	(0%)	0	(0%)	1	(100%)
Total	307	(60%)	99	(19.3%)	106	(20.7%)	512	(100%)

Fuente: Test de Goldberg GHQ, aplicado a estudiantes de la Unach, 2017.
Elaboración propia, 2018.

La Tabla 14 evidencia que aunque la etnia mestiza es, sin duda, la de mayor presencia en el estudio, es importante resaltar que la población indígena presenta un alto porcentaje de estudiantes con sufrimiento mental severo, situación similar a la población afroecuatoriana, donde todos los estudiantes que se autoidentifican con esta etnia presentan sufrimiento mental severo.

Tabla 15

Nivel de sufrimiento mental por ingresos mensuales

Rango de ingresos mensuales	Nivel de Sufrimiento mental						Total	
	Leve	Moderado	Severo					
Menos de \$100	4	(33.3%)	3	(25%)	5	(41.7%)	12	(100%)
De \$101-\$376	63	(59.4%)	16	(15.1%)	17	(25.5%)	106	(100%)
De \$377-\$750	102	(58.6%)	40	(23%)	32	(18.4%)	174	(100%)

De \$751-\$1000	75	(59.5%)	24	(19%)	27	(21.4%)	126	(100%)
De \$1001-\$1500	34	(66.7%)	9	(17.6%)	8	(15.7%)	51	(100%)
De \$1501-\$2000	21	(80.8%)	3	(11.5%)	2	(7.7%)	26	(100%)
De \$2001-\$3000	6	(60%)	3	(30%)	1	(10%)	10	(100%)
Más de \$3000	0	(0%)	0	(0%)	4	(100%)	4	(100%)
Total	305	(59.9%)	98	(19.3%)	106	(20.8%)	509	(100%)

Fuente: Test de Goldberg GHQ, aplicado a estudiantes de la Unach, 2017.
Elaboración propia, 2018.

Se evidencia en la Tabla 15 una mayor afectación o sufrimiento mental en los estudiantes, cuyos ingresos económicos no superan los \$100, pero antagónicamente también en los universitarios que tienen ingresos superiores a \$3000, según los rangos propuestos son el mínimo y el máximo en cuanto a rango de ingresos.

Tabla 16

Nivel de sufrimiento mental por clase social

Clase social	Nivel de Sufrimiento mental						Total	
	Leve	Moderado	Severo					
Baja	15	(45.5%)	8	(24.2%)	10	(30.3%)	33	(100%)
Media	272	(60.3%)	87	(19.2%)	93	(20.5%)	453	(100%)
Alta	19	(76%)	4	(16%)	2	(8%)	25	(100%)
Total	307	(60.1%)	99	(19.4%)	105	(20.5%)	511	(100%)

Fuente: Test de Goldberg GHQ, aplicado a estudiantes de la Unach, 2017.
Elaboración propia, 2018.

Se presenta en la Tabla 16 un mayor nivel de sufrimiento mental en los estudiantes que se consideran formar parte de una clase social baja, seguido de la clase social media.

Dentro de los problemas con mayor prevalencia que se puede evidenciar en la población universitaria resulta, sin lugar a dudas, las alteraciones en la salud mental, siendo las de mayor ocurrencia la depresión y ansiedad. Ante ello, los análisis sobre los desequilibrios en salud mental de los estudiantes de acuerdo a las categorías que se ha venido manejando en la investigación como son: facultad, género, etnia y clase social, sugieren que: la facultad de Ciencias de la Salud, el género femenino, la etnia afroecuatoriana junto con la indígena y la clase social baja representan los grupos que mayor nivel de alteración de la salud mental presentan. Estos resultados tienen cierto complemento con los resultados obtenidos en el análisis de consumo de alcohol, puesto que se deduce que en los estudiantes de las tres facultades participantes el consumo de alcohol no necesariamente está ligado al sufrimiento mental. Sin embargo, se presentan otros procesos que pueden relacionarse a uno u otro caso: de acuerdo al sufrimiento mental por facultad, en Ciencias de la Salud presentan mayor alteración. Esto resulta llamativo porque tal facultad está integrada por estudiantes que se convertirán en profesionales de la salud en diversas áreas. Esto sugiere que tal formación académica les permitiría un panorama más claro de lo que implica el proceso de la salud en sus dos manifestaciones (alteración y equilibrio) especialmente en el consumo de alcohol, lo que no ocurriría respecto a sus estrategias de cuidado en su salud mental.

Complementario a esto, el mayor nivel de sufrimiento mental se evidencia en la población femenina, situación que puede estar justificada por la excesiva carga laboral y académica, puesto que un número bastante considerable de mujeres estudiantes presentan hijos. En lo que respecta a etnia, los presentes resultados confirman que grupos de otra etnia presentan discriminación étnica en las IES: tal es el caso de la indígena y la afroecuatoriana, lo cual causa alteración en la esfera emocional de estos grupos y que bien podría debilitar sus valores culturales y de identidad. Finalmente, al analizar el sufrimiento mental por clase social, se evidenció que el grupo de estudiantes y sus familias que tienen ingresos mensuales inferiores a un salario básico y que, por ende, se autoposicionan en un estatus económico bajo, presentan mayor afectación en su salud mental, situación que se relacionaría a las limitaciones en el patrón familiar y personal de consumo, como la alimentación, descanso, vivienda, acceso a calidad de servicios, recreación y adquisición de bienes.

2.5.Resultados descriptivos de nivel de consumo de alcohol y sufrimiento mental

Tabla 17

Nivel de consumo de alcohol y sufrimiento mental

Nivel de consumo de alcohol	Nivel de Sufrimiento mental						Total
	Leve		Moderado		Severo		
Normal	246	(65.6%)	64	(17.1%)	65	(17.3%)	375 (100%)
Consumo de riesgo	53	(49.5%)	28	(26.7%)	25	(23.8%)	105 (100%)
Consumo perjudicial	5	(33.3%)	4	(26.7%)	6	(40%)	15 (100%)
Dependencia	4	(23.5%)	3	(17.6%)	10	(58.8%)	17 (100%)
Total	307	(60%)	99	(19.3%)	106	(20.7%)	512 (100%)

Fuente: Test de Goldberg GHQ y Audit aplicado a estudiantes de la Unach, 2017.
Elaboración propia, 2018.

En la Tabla 17 se observa la frecuencia y porcentaje de estudiantes de acuerdo al nivel de consumo de alcohol y sufrimiento mental. Al respecto, mayoritariamente se da un consumo normal, el cual se asocia a un nivel leve de sufrimiento mental y, por otro lado, en los niveles de dependencia se informa de mayor sufrimiento mental. Sin embargo, en la tabla se aprecia que hay un alto número de sufrimiento severo que no se asocia necesariamente al consumo de alcohol, lo cual podría estar informando de las estudiantes mujeres que presentan menor consumo de alcohol. Pero para demostrar si se presentan diferencias significativas entre ambas variables, se utilizó la prueba estadística chi cuadrado, para la comparación estadística entre dos variables dicotómicas (χ^2). La relación que se establece entre ambas variables y sus dimensiones es estadísticamente significativa, de acuerdo al análisis del chi cuadrado, $\chi^2 = 30.969$, $p = .000$. Se evidencia la tendencia que a mayor nivel de consumo de alcohol, es decir, ante un cuadro de consumo perjudicial y dependencia, se incrementa el nivel de sufrimiento mental, lo que indica que las alteraciones mentales o psicológicas están estrechamente relacionados al consumo de alcohol.

2.6.Resultados descriptivos de Modos de Vida

En lo que respecta al género de los estudiantes, el 51.6% representan el género femenino y el 48.4% son de género masculino. Existiendo una mínima superioridad en el género femenino. Al abordar sobre la orientación sexual de los estudiantes, se pudo conocer que el 98% de la población de estudio es heterosexual, el 1.6% es bisexual y el 0.4% es homosexual. En este punto se manifiesta una considerable diferencia de la heterosexualidad frente a las dos otras dos tipos de orientaciones sexuales.

En lo que respecta a la etnia de los participantes se pudo conocer que la gran mayoría de estudiantes (92.2%) se autoidentifican como mestizos, seguidos del 5.1% como indígenas, así mismo el 1.6% responden ser blancos, el 0.6% aseguran ser afroecuatorianos, el 0.4% son montubios y tan solo el 0.2% pertenecen a otras etnias. En lo que respecta a la situación económica de la población de estudio, se obtuvo como resultado que el 88.6% de universitarios responden pertenecer a una situación económica media, el 6.5% manifiestan estar en una situación económica baja y el 4.9% dicen estar en una situación económica alta.

Sobre el principal responsable económico dentro de la familia a la que pertenecen los estudiantes de la población de estudio y que sustenta los gastos de los mismos, incluido los estudios superiores, se conoció que el 51.4% de los universitarios responde que es su padre, el 38.8% manifiesta que el responsable económico en su familia es su madre, el 6.7% aseguran que son ellos mismos quienes cubren sus responsabilidades económicas, el 1.8% dice que son los hermanos quienes cumplen con ese rol, el 1.2% responde que es otro familiar cercano y el 0.2% manifiesta que el otra persona el responsable económico. Asimismo sobre las ocupaciones de los responsables económicos se obtuvo como resultado que el 21% son empleados públicos, el 17.6% son comerciantes propietarios, el 8.1% son profesionales independientes, el 6.9% son empleados particulares, el 6.5% son jubilados, el 5.9% son empleados públicos no titulados, así mismo el 5.9% trabajan por su cuenta propia sin ser profesionales, el 5.7% son empleados no titulados, el 3.8% son artesanos, el 3.2% son obreros, el 3% son propietarios de empresas, el 2.8% son trabajadores agrícolas, el 2.8% tienen otra ocupación, el 2.4% son militares, el 2% son policías, el 1% son jornaleros y el 0.6% no se dedican a ninguna ocupación. Entre las tareas que cumplen estos responsables

económicos se conoció que el 41.9% hace el trabajo, el 36.2% hace y dirige el trabajo, el 14.2% dirige y organiza el trabajo y el 11.3% cumple con otras actividades.

Sobre la principal fuente de ingresos del responsable económico se observa que para el 30.2% principal fuente es el sueldo como empleado público, del 25.6% su ingreso principal es de negocio particular, del 11.1% es el sueldo de empleado privado, para el 8.7 la principal fuente es el dinero que percibe como jornalero diario o semanal, para el 7.4% es la pensión jubilar, para el 5.2% es el alquiler de las propiedades, para el 4.8% el principal ingreso es el sueldo que recibe como obrero, para el 2% es el sueldo de empleado doméstica, de la misma manera para el 2% es el ingreso alcanzado por ventas ambulantes, para el 1.2% es el sueldo como trabajador de campo, para un 0.8% el principal ingreso son los honorarios de servicio, para un 0.6% son otros los principales ingresos y para un 0.4% la principal fuente de ingresos es el bono de desarrollo humano del gobierno.

En lo que corresponde al rango de ingresos mensuales de los responsables económicos de los estudiantes universitarios estudiados tenemos que el 34.2% de los responsables económicos perciben ingresos mensuales de \$377 a \$750, para el 24.8% sus ingresos mensuales oscilan entre los \$751 y los \$1000, el 20.8% tienen ingresos mensuales entre \$100 y \$376, el 10% posee ingresos mensuales que van desde los \$1001 y \$1500, el 5.1% perciben ingresos mensuales entre \$1501 y \$2000, el 2.4% tienen ingresos mensuales menores o iguales a \$100, el 0.8% tienen un ingreso mensual que oscila entre los \$2001 y \$3000 y para el 2% sus ingresos sobrepasan los \$3000.

Respecto a las propiedades o bienes de los responsables económicos de las familias de los estudiantes se obtuvo que el 26.3% tienen casa, el 10.9% casa y vehículo, el 7.6% poseen terrenos y casa, el 5.7% tienen locales comerciales, otro 5.7% poseen locales y casa, el 5.3% tienen terrenos mientras que el otro 38% refieren tener otras propiedades. En lo que a grupos étnicos de los principales responsables económicos respecta se puede conocer que el 90.2% son mestizos, el 6.4% son indígenas, el 1.6% son blancos, el 1.2% son afroecuatorianos, 0.4% son montubios y el 0.2% pertenecen a otra etnia.

Se consideró importante abordar sobre si los responsables económicos estaban afiliados a un sistema de seguridad social y se obtuvo como resultado que el 55.3% de responsables económicos están afiliados al IESS, el 25.6% no están afiliados a ningún sistema de seguridad social, el 7.7% no informa sobre esta aspecto, el 4.7% están afiliados al ISSFA, el 3.5% están afiliados a seguros privados y el 2.7% están afiliados

al ISPOL. También se indagó sobre el nivel de escolaridad de los responsables económicos de los estudiantes universitarios, obteniendo como resultado que el 26.1% tiene instrucción secundaria completa, el 25.7% posee instrucción superior, el 13.5% no ha culminado la secundaria, el 11.6% tiene instrucción primaria completa, el 8.8% ha culminado una carrera técnica superior, así como el 8.8% tiene estudios de postgrado, el 4.3% no ha culminado la primaria, el 0.8% no informa sobre este aspecto y el 0.4% no tiene ningún tipo de estudios.

En lo que respecta a la pertenencia a una determinada organización social, se evidenció que tan solo el 8.39% de los estudiantes pertenecían a algún tipo de organización social, mientras que el 91.61% no pertenecía. Dentro de los tipos de organizaciones el 39.5% de los universitarios pertenecía a organizaciones deportivas, el 23.3% estaban formando parte de una organización artística, el 20.9% pertenecía a una organización religiosa, mientras que el 16.3% estaba en otro tipo de organización.

2.7.Resultados descriptivos de Estilos de Vida

En lo que se refiere a la ocupación de los jóvenes universitarios, se obtuvo como resultado que el 87.7% de la población de estudio solo se dedica a estudiar y tan solo el 12.3% estudia y trabaja. Se evidencia que la principal actividad de la mayoría de estudiantes es solamente estudiar. Por otro lado el 68.9% de los universitarios no viven solos y el 31.1% si viven solos.

En lo que respecta a la vivienda de los estudiantes universitarios que participaron en el estudio, el 64.1% de los jóvenes habitan en una vivienda propia totalmente pagada, el 19.1% viven en una vivienda alquilada, el 13.6% habitan en una vivienda propia que actualmente se está pagando y el 3.2% viven en otra vivienda. En este mismo aspecto se obtuvo como resultado que el 76.3% de los estudiantes viven en una casa, el 20.4% lo hacen en un departamento, el 2% habita en una vivienda colectiva, el 1% viven en otro tipo de vivienda y el 0.4% habita en una casa campesina. En lo concerniente a los servicios básicos con los que cuenta el lugar donde habitan los estudiantes manifestaron que el 54.8% de los participantes cuentan con todos los servicios básicos, el 21.7% cuenta con energía eléctrica, agua, alcantarillado, línea telefónica e internet, el 9.6% dispone de energía eléctrica, agua y alcantarillado, mientras que el otro 13.9% cuenta con otros servicios básicos.

En lo que involucra a temáticas de salud se pudo conocer que el 61.5% de los estudiantes no están actualmente bajo tratamiento médico, mientras que el 38.5% responde estar en la actualidad bajo algún tipo de tratamiento, esto en lo que respecta a salud física. Así mismo relacionado a la salud mental se conoció que el 74.2% no está involucrado en algún tratamiento psicológico, por su parte el 25.8% refiere estar actualmente bajo tratamiento psicológico. En cuanto a la alimentación de los estudiantes que participaron en la investigación, se obtuvo como resultados que 54.6% de los jóvenes se alimentan con 3 comidas al día, el 20.2% comen 4 veces al día, el 15.7% se alimentan 2 veces al día, el 9.2% tienen 5 comidas diarias y el 0.4% apenas se alimenta una vez por día. En este mismo aspecto también se pudo conocer que el 68.4% se alimenta en su casa, el 15.4% lo hace en un restaurant, el 4.5% come en la casa y en restaurant, el 2.9% se alimenta en los comedores de la Universidad mientras que el 8.8% se alimenta en varios lugares. En cuanto al sueño de los universitarios se pudo conocer que el 52.7% de los estudiantes duermen entre 5 y 6 horas diarias, el 31.4 duermen entre 7 y 8 horas, el 10.2% entre 3y 4 horas, el 3.9% duermen entre 9 y 10 horas diarias y el 1.8% duermen de 1 a 2 horas. En este mismo aspecto también se pudo recabar que el 51.7% de los estudiantes no tienen problemas con el sueño, mientras que el 48.3 si tiene dificultades.

Respecto a conductas de consumo de sustancias, se pudo obtuvo como resultados que el 60.4% de los estudiantes universitarios actualmente fuman, el 39.4% son ex consumidores de cigarrillos y el 0.2% nunca ha fumado. En cuanto al inicio de edad de consumo se conoció que el 68.4% de los universitarios comenzaron a fumar entre las edades comprendidas de 16 a 20 años, el 28.5% comenzaron a fumar entre los 10 y 15 años, el 2% iniciaron el consumo entre los 20 y 25 años y el 1% comenzó a fumar entre los 5 y 9 años. En cuanto a la cantidad de consumo respecta, se evidencia que del 100% de los consumidores el 96.2% consumen entre 0 y 5 cigarrillos diarios, el 2.4% fuman entre 6 y 10 cigarrillos por día y el 1.2% fuman de 15 a 20 cigarrillos diarios.

En lo que corresponde al consumo de alcohol, se obtuvo como resultado que el 53.6% de los estudiantes universitarios consumen actualmente alcohol, el 29.8% nunca lo ha hecho y el 16.6% son ex consumidores. En cuanto a la edad de inicio de consumo de alcohol, se evidenció que 68.9% comenzó con el consumo de alcohol en las edades comprendidas entre 16 a 20 años, el 32.7% inició entre los 10 y 15 años y el 1% en las edades comprendidas entre 21 y 25 años. En cuanto al consumo de drogas catalogadas

como ilegales, se conoció que el 86.4% de estudiantes nunca ha consumido ninguna droga ilegal, el 8.1% son ex consumidores y el 5.5% actualmente consume drogas. De este grupo de consumidores actuales y ex consumidores, el 74.9% de jóvenes iniciaron el consumo de drogas en las edades comprendidas entre 16 y 20 años, el 16.6% inicia el consumo entre los 10 y 15 años y el 8.4% comienza a consumir drogas entre los 20 y 25 años de edad.

En lo que se relaciona a la práctica de actividades deportivas de los estudiantes universitarios, se demostró que el 72.9% realiza algún deporte y el 27.1% no lo hace. De la población que practica deporte, el 32.3% lo hace una vez por semana, el 24.3% practica algún tipo de deporte de 2 a 3 veces por semana, el 9.3% realiza actividades deportivas una vez por mes, otro 9% lo realiza a diario, el 8.5% practica deporte ocasionalmente, el 5.6% lo hace de 4 a 6 veces por semana, el 6.1% practica una vez cada dos semanas y el 5% realiza deporte una vez cada tres semanas.

Los resultados obtenidos de la aplicación del Test de AUDIT a los estudiantes universitarios muestran que el 73.2% de estudiantes tienen un nivel de consumo de alcohol normal, el 20.5% refleja un consumo de riesgo, el 3.3% presenta dependencia hacia el consumo de alcohol y 2.9% demuestra consumo perjudicial de alcohol. Por otro lado, los resultados obtenidos de la aplicación del Test GHQ Goldberg a los estudiantes universitarios muestran que el 59.9% de estudiantes tienen un nivel de sufrimiento mental leve, el 20.7% presenta un nivel severo y el 19.3% refiere un nivel moderado de sufrimiento mental.

En lo que se refiere a la relación del consumo de alcohol con sufrimiento mental se pudo determinar que de 375 estudiantes que tienen un consumo normal, el 65.6% tiene un nivel de sufrimiento mental leve, el 17.1% tiene un nivel de sufrimiento mental moderado y el 17.3% tiene un nivel de sufrimiento mental severo. Por otra parte de 105 estudiantes que tienen un consumo de riesgo, el 49.5% presenta un nivel de sufrimiento mental leve, el 26.6% indica un nivel moderado y el 23.8% presenta un nivel de sufrimiento mental severo. Asimismo de 15 estudiantes con un consumo perjudicial de alcohol, el 33.3% presentan un nivel de sufrimiento mental leve, el 26.7% refleja un nivel moderado y el 40% presenta un nivel de sufrimiento mental severo. Finalmente del 17 participantes con dependencia al consumo de alcohol, el 23.5% indica un nivel de sufrimiento mental leve, el 17.6% un nivel moderado y el 58.8% demuestra un nivel de sufrimiento mental severo, lo que refiere que mientras mayor es el nivel de consumo de alcohol, mayor es el nivel de sufrimiento mental.

En lo que respecta al consumo de tabaco en algún miembro de la familia, el 39.9% de los estudiantes respondieron que nadie fuma en su entorno familiar, el 13.6% refiere que la figura paterna fuma, el 9.6% manifiestan que los tíos fuman, el 7.6% responde que son los hermanos quienes fuman, mientras que el 29.3% restante responde que son otros los familiares que fuman. En lo que se refiere al consumo de alcohol, el 31% de los estudiantes refieren que en su familia nadie consume alcohol, el 11.5% responde que el padre consume alcohol, el 9.5% manifiesta que son los primos quienes consumen alcohol, el 6.4% responde que los tíos consumen alcohol, mientras que el 41.6% asegura que otros miembros familiares consumen esta sustancia. Sobre el consumo de otro tipo de drogas o sustancias, el 76.5% manifiesta que nadie en su familia consume alguna droga, el 14.7% refiere que los primos consumen drogas, el 5.9% responde que los hermanos consumen drogas, y el 2.9% responde que otros familiares consumen algún tipo de sustancia.

2.8. Análisis comparativo entre variables relacionadas a datos sociodemográficos, respecto al consumo de alcohol y sufrimiento mental

Se realizaron análisis de comparación de medias entre las variables en estudio relacionadas a los modos de vida, para explorar las diferencias que hay en la muestra de participantes, respecto a los puntajes de AUDIT y GHQ Goldberg. Para esto, se utiliza el estadístico t de Student, que posibilita realizar estos contrastes (Pardo y San Martín, 2010). A partir de esto, se analizará la provincia de procedencia.

En relación a la variable de provincia de procedencia de los estudiantes respecto a los puntajes de AUDIT, $t(511) = -2,107$, $p = .036$, con una $M_{\text{Chimborazo}} = 4,61$ y una $M_{\text{otras provincias}} = 5,65$. Esto sugiere que el nivel de consumo de alcohol es estadísticamente más alto en estudiantes que provienen de otras provincias que en los que son oriundos de Chimborazo. En cambio, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas por provincia de procedencia en los puntajes del test de GHQ Goldberg.

2.9. Análisis de varianza entre variables relacionadas a datos sociodemográficos, respecto al consumo de alcohol y sufrimiento mental

Se realizaron análisis de varianza entre las variables en estudio, para explorar las diferencias que hay en la muestra de participantes, respecto a los puntajes de AUDIT y GHQ Goldberg. Para esto, se utiliza el estadístico F que permite realizar comparaciones de más de dos categorías en las variables (Pardo y San Martín, 2010). A partir de esto, se analizarán las variables de edad, facultad y ciclo que está cursando el participante.

En lo referente a la variable edad, se categorizó en 4 niveles: 17-19 años, 20, 21 y más de 22 años. Para el análisis de los puntajes de AUDIT y GHQ Goldberg, no se obtuvieron diferencias significativas.

Respecto a la Facultad de origen del participante, consideraba 3 niveles: Salud, Políticas e Ingeniería. Para el análisis de los puntajes de AUDIT, los resultados que se obtienen son: $F(2, 511) = 4,099$, $p = .017$, con una $M_{\text{Salud}} = 4,49$, $M_{\text{Políticas}} = 4,66$ y una $M_{\text{Ingeniería}} = 6,0$. Esto plantea que los mayores puntajes en AUDIT están en la facultad de ingeniería, seguido de la facultad de Políticas. Para el análisis de los puntajes de GHQ Goldberg, los resultados son: $F(2, 511) = 4,475$, $p = .012$, con una $M_{\text{Salud}} = 6,15$, $M_{\text{Políticas}} = 4,11$ y una $M_{\text{Ingeniería}} = 5,18$. Esto sugiere que los mayores puntajes en GHQ Goldberg están en la facultad de Salud, seguido de la facultad de Ingeniería.

En lo referente al ciclo académico que pertenece el participante, se consideró a los cuatro primeros ciclos o semestres. Para el análisis de los puntajes de AUDIT, los resultados que se obtienen son: $F(3, 511) = 2,693$, $p = .046$, con una $M_{\text{primero}} = 4,69$, $M_{\text{segundo}} = 4,18$, $M_{\text{tercero}} = 5,95$ y una $M_{\text{cuarto}} = 5,17$. Esto refiere que los mayores puntajes en AUDIT están en los estudiantes de tercer y cuarto ciclo. En cambio no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas por ciclo académico en los puntajes del test GHQ Goldberg.

2.10. Análisis comparativo entre variables relacionadas a los modos de vida, respecto al consumo de alcohol y sufrimiento mental

Se realizaron análisis de comparación de medias entre las variables en estudio relacionadas a los modos de vida, para explorar las diferencias que hay en la muestra de participantes, respecto a los puntajes de AUDIT y GHQ Goldberg. Para esto, se utiliza

el estadístico t de Student, que posibilita realizar estos contrastes (Pardo & San Martín, 2010). A partir de esto, se analizará la variable género.

Respecto a la variable género, se encontraron diferencias significativas en los puntajes de AUDIT, $t(512) = 6,371$, $p = .000$, con una $M_{\text{masculino}} = 6,68$ y una $M_{\text{femenino}} = 3,63$. Esto sugiere que el nivel de consumo de alcohol es estadísticamente más alto en estudiantes de género masculino que en estudiantes de género femenino. En cambio, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas por sexo en los puntajes del test de GHQ Goldberg.

2.11. Análisis de varianza entre variables de estudio relacionadas a los modos de vida respecto al consumo de alcohol y sufrimiento mental

Se realizaron análisis de varianza entre las variables en estudio, para explorar las diferencias que hay en la muestra de participantes, respecto a los puntajes de AUDIT y GHQ Goldberg. Para esto, se utiliza el estadístico F que permite realizar comparaciones de más de dos categorías en las variables (Pardo y San Martín, 2010). A partir de esto, se analizarán las variables de nivel socio-económico, ingreso económico mensual y afiliación a algún sistema de seguridad social.

En lo referente al nivel socioeconómico del participante, se consideraba 3 niveles: bajo, medio y alto. Para el análisis de los puntajes de GHQ Goldberg, los resultados que se obtienen son: $F(2, 510) = 6,158$, $p = .002$, con una $M_{\text{bajo}} = 8,24$, $M_{\text{medio}} = 5,12$ y una $M_{\text{alto}} = 2,88$. Esto sugiere que los mayores puntajes en Goldberg están en el nivel socioeconómico bajo, seguido del medio. En cambio no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel socioeconómico en los puntajes del test AUDIT.

Respecto al rango de ingresos económicos mensuales de los responsables económicos de las familias de los participantes, se consideró 8 niveles: menos de 100 USD, de 100 a 376 USD, de 377 a 750 USD, de 751 a 1000 USD, de 1001 a 1500 USD, 1501 a 2000 dólares, de 2000 a 3000 y más de 3000. Para el análisis de los puntajes de AUDIT, los resultados que se obtienen son: $F(7, 508) = 3,758$, $p = .001$, con una $M_{\text{menos de 100usd}} = 4,17$, $M_{\text{de 100 a 376 usd}} = 4,75$, $M_{\text{de 377 a 750 usd}} = 4,68$, $M_{\text{de 751 a 1000 usd}} = 5,33$, $M_{\text{de 1001 a 1500 usd}} = 5,29$, $M_{\text{de 1501 a 2000 usd}} = 5,65$, $M_{\text{de 2000 a 3000 usd}} = 8,20$ y una $M_{\text{de más de 3000}} = 17,50$. Esto indica que los mayores puntajes en AUDIT están en los estudiantes, cuyas familias perciben más de 3000 USD de ingresos mensuales, seguidos de los que las familias que

tienen ingresos de 2000 a 3000 USD. Para el análisis de los puntajes de GHQ Goldberg los resultados que se obtienen son: $F(7, 508) = 4,213$, $p = .000$, con una $M_{\text{menos de 100usd}} = 10,08$, $M_{\text{de 100 a 376 usd}} = 5,72$, $M_{\text{de 377 a 750 usd}} = 4,97$, $M_{\text{de 751 a 1000 usd}} = 5,22$, $M_{\text{de 1001 a 1500 usd}} = 4,57$, $M_{\text{de 1501 a 2000 usd}} = 3,08$, $M_{\text{de 2000 a 3000 usd}} = 4,20$ y una $M_{\text{de más de 3000}} = 17,25$. Esto sugiere que los mayores puntajes en GHQ Goldberg están en los estudiantes cuyas familias perciben más de 3000 USD de ingresos mensuales, seguidas de los que las familias que tienen ingresos menores a 100 USD.

Lo que respecta a la afiliación a algún sistema de seguridad social de los responsables económicos de las familias de los participantes, se consideró 6 niveles: ninguno, IESS, ISPOL, ISSFA, privados y no informa. Para el análisis de los puntajes de AUDIT, los resultados que se obtienen son: $F(5, 510) = 3,385$, $p = .005$, con una $M_{\text{ninguno}} = 3,82$, $M_{\text{IESS}} = 5,83$, $M_{\text{ISPOL}} = 4,64$, $M_{\text{ISSFA}} = 3,17$, $M_{\text{privados}} = 6,72$, $M_{\text{no informa}} = 4,83$. Esto refiere que los mayores puntajes en AUDIT están en los estudiantes, cuyos responsables económicos están afiliados al IESS, seguidos de los que están afiliados a sistemas de seguridad privados. En cambio no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas por afiliación de los responsables económicos de las familias de los estudiantes en los puntajes del test GHQ Goldberg.

2.12. Análisis comparativo entre variables de estudio relacionadas a los estilos de vida, respecto al consumo de alcohol y sufrimiento mental

Se realizaron análisis de comparación de medias entre las variables en estudio relacionadas a los estilos de vida para explorar las diferencias que hay en la muestra de participantes, respecto a los puntajes de AUDIT y GHQ Goldberg. Para esto, se utiliza el estadístico t de Student, que posibilita realizar estos contrastes (Pardo & San Martín, 2010). A partir de esto se analizarán tratamiento médico, tratamiento psicológico y problemas de sueño.

En lo que respecta a la variable de algún tratamiento médico que los estudiantes han recibido en los dos últimos años se encontraron diferencias significativas en los puntajes de AUDIT, $t(512) = -2,930$, $p = .004$, con una $M_{\text{no}} = 4,52$ y una $M_{\text{si}} = 6,03$. Esto sugiere que el nivel de consumo de alcohol es estadísticamente más alto en estudiantes que si han recibido algún tratamiento médico que en los estudiantes que no. En cambio, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas por provincia de procedencia en los puntajes del test de GHQ Goldberg.

Respecto a la variable de algún tratamiento psicológico que los estudiantes han recibido en los dos últimos años se encontraron diferencias significativas en los puntajes de AUDIT, $t(512) = -3,143$, $p = .002$, con una $M_{no} = 4,61$ y una $M_{si} = 6,52$. Esto sugiere que el nivel de consumo de alcohol es estadísticamente más alto en estudiantes que si han recibido algún tratamiento psicológico que en los estudiantes que no. Así mismo en esta variable de tratamiento psicológico, también se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes del test de GHQ Goldberg, $t(512) = -722$, $p = .007$, con una $M_{no} = 4,78$ y una $M_{si} = 6,58$. Esto explica que el nivel de sufrimiento mental es considerablemente más alto en estudiantes que si han recibido algún tratamiento psicológico que en los estudiantes que no.

Respecto a la variable de problemas de sueño que padecen los estudiantes se encontraron diferencias significativas en los puntajes de AUDIT, $t(511) = -2,676$, $p = .008$, con una $M_{no}=4,45$ y una $M_{si} =5,77$. Esto sugiere que el nivel de consumo de alcohol es estadísticamente más alto en estudiantes que si tienen problemas relacionados al sueño, que en los que no. Así mismo en la variable de problemas de sueño, también se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes del test de GHQ Goldberg, $t(511) = -9,012$ $p = .000$, con una $M_{no} = 3,05$ y una $M_{si} = 7,60$. Esto explica que el nivel de sufrimiento mental es estadísticamente más alto en estudiantes que si tienen problemas de sueño que en los estudiantes que no.

2.13. Análisis de varianza entre variables de estudio relacionadas a los estilos de vida, respecto al consumo de alcohol y sufrimiento mental

Se realizaron análisis de varianza entre las variables en estudio, para explorar las diferencias que hay en la muestra de participantes, respecto a los puntajes de AUDIT y GHQ Goldberg. Para esto, se utiliza el estadístico F que permite realizar comparaciones de más de dos categorías en las variables (Pardo & San Martín, 2010). A partir de esto, se analizarán las variables de percepción de la salud física, número de horas de sueño, consumo de alcohol, cigarrillo y drogas.

En lo que respecta a la percepción de la salud física del participante, consideraba 3 niveles: mala, regular y mala. Para el análisis de los puntajes de GHQ Goldberg, los resultados que se obtienen son: $F(2, 502) = 14,758$, $p = .000$, con una $M_{mala} = 8,76$, $M_{regular} = 5,81$ y una $M_{buena} = 3,59$. Esto indica que los mayores puntajes en GHQ Goldberg están en los participantes que tienen una mala percepción de la salud física,

seguida de la percepción regular. En cambio no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas por percepción de la salud física en los puntajes del test AUDIT.

En lo referente al número de horas de sueño de los participantes, se consideró 5 niveles: 9 y 10 horas, 7 y 8 horas, 5 y 6 horas, 3 y 4 horas y 1 y 2 horas. Para el análisis de los puntajes de GHQ Goldberg, los resultados que se obtienen son: $F(4, 511) = 6,266, p = .000$, con una $M_{9 \text{ y } 10 \text{ horas}} = 8,50, M_{7 \text{ y } 8 \text{ horas}} = 3,73, M_{5 \text{ y } 6 \text{ horas}} = 5,40, M_{3 \text{ y } 4 \text{ horas}} = 7,60$ y $M_{1 \text{ y } 2 \text{ horas}} = 6,67$. Esto indica que los mayores puntajes en GHQ Goldberg están en los estudiantes que duermen entre 9 y 10 horas, seguidos de los que duermen de 3 a 4 horas. En cambio no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas por número de horas de sueño de los estudiantes en los puntajes del test AUDIT.

En lo que respecta al consumo de tabaco de los participantes, se consideró 3 niveles: nunca ha fumado, actualmente fuma y ex fumador. Para el análisis de los puntajes de AUDIT, los resultados que se obtienen son: $F(2, 509) = 58,904, p = .000$, con una $M_{\text{nunca ha fumado}} = 3,19, M_{\text{actualmente fuma}} = 8,80$ y $M_{\text{ex fumador}} = 6,94$. Esto sugiere que los mayores puntajes en AUDIT están en los estudiantes que actualmente fuman, seguido de los que son ex fumadores. En cambio no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas por consumo de tabaco de los estudiantes en los puntajes del test GHQ Goldberg.

En lo que referente al consumo de alcohol de los participantes, se consideró 3 niveles: nunca ha consumido, actualmente consume y ex consumidor. Para el análisis de los puntajes de AUDIT, los resultados que se obtienen son: $F(2, 510) = 60,156, p = .000$, con una $M_{\text{nunca ha consumido}} = 1,72, M_{\text{actualmente consume}} = 7,21$ y $M_{\text{ex consumidor}} = 4,35$. Esto sugiere que los mayores puntajes en AUDIT están en los estudiantes que actualmente consume alcohol, seguido de los que son ex consumidores. En cambio no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas por consumo de alcohol de los estudiantes en los puntajes del test GHQ Goldberg.

En lo que respecta al consumo de drogas de los participantes, se consideró 3 niveles: nunca ha consumido, actualmente consume y ex consumidor. Para el análisis de los puntajes de AUDIT, los resultados que se obtienen son: $F(2, 508) = 28,465, p = .000$, con una $M_{\text{nunca ha consumido}} = 4,47, M_{\text{actualmente consume}} = 11,54$ y $M_{\text{ex consumidor}} = 7,59$. Esto indica que los mayores puntajes en AUDIT están en los estudiantes que actualmente consume drogas, seguido de los que son ex consumidores. Para el análisis de los puntajes de Goldberg, los resultados que se obtienen son: $F(2, 508) = 4,113, p =$

.017, con una $M_{\text{nunca ha consumido}} = 5,03$, $M_{\text{actualmente consume}} = 8,39$ y $M_{\text{ex consumidor}} = 5,54$. Esto sugiere que los mayores puntajes en GHQ Goldberg están en los estudiantes que actualmente consume drogas, seguido de los que son ex consumidores.

2.14. Procesos Protectores y Destructivos

Tabla 18

Procesos protectores por Género

Género	Procesos Protectores						Total	
	Bajos		Medios		Altos			
Masculino	95	(39.3%)	102	(42.1%)	45	(18.6%)	242	(100%)
Femenino	90	(34.7%)	121	(46.7%)	48	(18.5%)	259	(100%)
Total	185	(36.9%)	223	(44.5%)	93	(18.6%)	501	(100%)

Fuente: Encuesta sobre procesos de Determinación Social del consumo de alcohol, 2017.
Elaboración propia, 2018.

En la Tabla 18 se aprecia los procesos protectores por género. El análisis estadístico del chi cuadrado revela que no se producen diferencias significativas ($\chi^2 = 1.275$, $p > .05$). De este modo, se demuestra de esta manera que tanto en el género femenino como masculino se desarrollan en mayor cantidad procesos protectores medios.

Tabla 19

Procesos protectores por Etnia

Etnia	Procesos Protectores						Total	
	Bajos		Medios		Altos			
Mestizo	168	(36.4%)	206	(44.7%)	87	(18.9%)	461	(100%)
Indígena	7	(26.9%)	15	(57.7%)	4	(15.4%)	26	(100%)
Montubio	1	(50%)	1	(50%)	0	(0%)	2	(100%)
Afroecuatoriano	1	(33.3%)	0	(0%)	2	(66.7%)	3	(100%)
Blanco	7	(87.5%)	1	(12.5%)	0	(0%)	8	(100%)

Otro	1	(100%)	0	(0%)	0	(0%)	1	(100%)
Total	185	(36.9%)	223	(44.5%)	93	(18.6%)	501	(100%)

Fuente: Encuesta sobre procesos de Determinación Social del consumo de alcohol, 2017.
Elaboración propia, 2018.

En la Tabla 19 se observa la frecuencia y porcentaje de los procesos protectores y etnia. De acuerdo al análisis estadístico del chi cuadrado, no se presentan diferencias significativas ($\chi^2 = 18.056$, $p > .05$).

En lo que respecta a etnia, es evidente que en todas las existentes en el estudio se desarrollan en mayor cantidad procesos protectores medios, a excepción de la blanca donde el mayor porcentaje de procesos protectores son bajos y en la afroecuatoriana son altos.

Tabla 20

Procesos protectores por Situación económica

Situación económica	Procesos Protectores						Total
	Bajos		Medios		Altos		
Baja	15	(48.4%)	15	(48.4%)	1	(3.2%)	31 (100%)
Media	160	(36%)	197	(44.4%)	87	(19.6%)	444 (100%)
Alta	9	(36%)	11	(44%)	5	(20%)	25 (100%)
Total	184	(36.8%)	223	(44.6%)	93	(18.6%)	500 (100%)

Fuente: Encuesta sobre procesos de Determinación Social del consumo de alcohol, 2017.
Elaboración propia, 2018.

En la Tabla 20 se analizan los procesos protectores por situación económica. Como en los resultados anteriores, tampoco se encontraron diferencias significativas, de acuerdo al estadístico $\chi^2 = 5.515$, $p > .05$. De tal modo que los procesos protectores medios son los que se desarrollan en mayor porcentaje en las tres categorías de situación económica.

Tabla 21
Procesos protectores por rango de ingresos mensuales

Rango de ingresos mensuales	Procesos Protectores						Total
	Bajos		Medios		Altos		
Hasta \$376	42	(36.5%)	56	(48.7%)	17	(14.8%)	115 (100%)
De \$377-\$750	62	(36.5%)	70	(41.2%)	38	(22.4%)	170 (100%)
De \$751-\$1000	48	(38.4%)	56	(44.8%)	21	(16.8%)	125 (100%)
Más de \$1000	33	(37.5)	39	(44.3%)	16	(18.2%)	88 (100%)
Total	185	(37.1%)	221	(44.4%)	92	(18.5%)	498 (100%)

Fuente: Encuesta sobre procesos de Determinación Social del consumo de alcohol, 2017.
 Elaboración propia, 2018.

En la Tabla 21 se analizan los procesos protectores de acuerdo a los ingresos mensuales. No hay diferencias significativas, de acuerdo al estadístico $\chi^2 = 3.396$, $p > .05$. Así, los procesos protectores medios son los que se desarrollan en mayor porcentaje en todos los grupos categorizados por rango de ingresos mensuales.

Los procesos protectores de la salud, como se ha mencionado anteriormente, actúan como favorecedores de las defensas y soportes, estimulan la dirección favorable de la vida humana, en todas sus dimensiones. No obstante, de acuerdo a las relaciones sociales de los grupos (género, etnia y clase social) y la condición histórica de la sociedad en que se desarrollan, estos procesos pueden adquirir una faceta contraria, provocando malestar, inequidad y deterioro de la salud individual y colectiva. Es así que en el presente estudio, se realiza un análisis de los procesos protectores y destructivos de los estudiantes universitarios, abordando las categorías de contexto social y deportivo, salud, consumo de sustancias y seguridad social.

En este punto, se pueden identificar tres niveles de procesos protectores: un nivel bajo, el cual es tendiente a tornarse en su contraria faceta (destructiva); un nivel medio, los cuales requieren fortalecerse o potenciarse; por último, el nivel alto de procesos protectores que necesitan ser mantenidos. La faceta o categoría que pueden presentar los procesos, como se enfatizó previamente, van a estar condicionados por las relaciones de género, étnicas y de clase social, razón por la cual, se analizó el nivel de los procesos protectores en cada uno de estos grupos sociales.

Es así que en todos los grupos sociales de los estudiantes universitarios (género, etnia y clase social) presentan mayor prevalencia de procesos protectores de nivel medio, seguido de los procesos de nivel bajo. Estos resultados de cierto modo resultan preocupantes, los cuales demandan estrategias inmediatas para potenciar y fortalecer estos procesos protectores: algunas de ellas a considerar es que se requiere el apoyo de las autoridades pertinentes, docentes y padres de familia y podrían orientarse a fomentar la participación social y deportiva de los estudiantes, con la consecuente disponibilidad de espacios adecuados para su respectiva práctica. Asimismo, resulta imprescindible el acceso a servicios de salud, la implementando estrategias objetivas contra de consumo de sustancias y mejorar las condiciones para evitar una excesiva carga en la jornada académica y laboral, dependiendo de los casos.

Por último, es necesario recalcar que en la categoría etnia, se presentan dos particularidades que difieren con el común denominador que se ha obtenido en este acápite: los procesos protectores de nivel medio son prevalentes en todas las categorías, inclusive en tres de las cinco etnias. Esto último es el caso de la etnia afroecuatoriana, que demuestra mayor prevalencia de procesos protectores altos y en la etnia blanca en el nivel bajo. En el primer caso, está ligado a la práctica de deporte, siendo una categoría incluida en el modelo operacional de los procesos protectores, la cual su práctica actúa como uno de ellos. Como se ha planteado en otros estudios, la población afroecuatoriana se destaca en varias disciplinas deportivas a nivel nacional e internacional, no siendo la excepción en la UNACH. En el caso de estudiantes que se autoidentifican como etnia blanca, se plantea que hay dificultades con la adaptación e integración a la universidad, puesto una etnia minoritaria, en las cuales se observaría una deficiencia en la capacidad para crear y reproducir valores culturales e identidad, como menciona Breilh (2010, 90).

Capítulo Tercero

Discusión, Conclusiones y Recomendaciones

1. Discusión y Conclusiones

El análisis de la problemática de consumo de alcohol en estudiantes universitarios desde una perspectiva crítica, implica un reto, al no presentarse investigaciones o estudios previos sobre consumo de alcohol en estudiantes universitarios desde un enfoque de la Epidemiología Crítica. Esto porque fundamentalmente la capacidad de discusión científica con otros estudios se limita, puesto que las pocas investigaciones sobre el consumo de sustancias se fundamentan en el enfoque biomédico. Sin embargo, explorar esta problemática psicosocial desde la Determinación Social de la Salud, permite tener una visión más amplia de la realidad en que viven los jóvenes universitarios y su esfera familiar, analizar cómo la sociedad en general afecta sus modos de vida. Asimismo posibilita evaluar los procesos destructivos en la dimensión particular, que a su vez determinarán procesos perjudiciales para la salud en los estilos del estudiante y su familia, lo que da origen a las diferentes manifestaciones fisio o psicopatológicas como el consumo de alcohol y otras alteraciones mentales. Es así que fundamentado en la teoría de Breilh (2003), hablar de salud implica analizar un proceso complejo pluridimensional y no establecer una explicación, en la cual el consumo de alcohol y el sufrimiento mental, constituyen problemáticas individuales que se producen por la exposición de la persona a diversos procesos destructivos.

Los resultados de esta investigación muestran la relación interdependiente de los dominios particular y general, sin olvidar que estas dimensiones están subsumidas en la dimensión general. Pero para efectos de estudio se considera los modos de vida, los cuales están determinados por el dominio general, y a su vez determinará los estilos de vida de los estudiantes universitarios respecto al consumo de alcohol y la posible relación que puede existir con otras alteraciones mentales. En lo referente a los modos de vida y las diferencias que pueden suscitar entre grupos (género, etnia y clase social) respecto al consumo de alcohol y sufrimiento mental, se encuentra que el género masculino tiene un consumo de alcohol mayor en comparación al femenino, pero no se

presenta diferencias significativas en cuanto a sufrimiento mental. En lo que respecta a etnia no se evidencian diferencias significativas tanto en el consumo de alcohol como en sufrimiento mental, situación que está relacionada a que la mayoría de estudiantes se identifican como mestizos. En cuanto a clase social, se identifica que no presentan diferencias significativas de consumo de alcohol en cuanto a situación socioeconómica, pero sí en lo que respecta a sufrimiento mental, puesto que el mayor nivel de alteración se encuentra en el grupo de situación económica baja. Sin embargo el grupo que tiene ingresos económicos altos (superiores a 3000 USD) posee el mayor nivel de consumo y mayor nivel de sufrimiento mental. En este punto cabe aclarar que la cantidad de ingresos, no determina necesariamente el posicionamiento de los estudiantes en un grupo socioeconómico.

Como se ha mencionado con anterioridad los modos de vida, están vinculados y determinan los estilos de vida de los/as estudiantes y las manifestaciones fisiopatológicas que puedan desencadenarse. En el presente estudio, la prevalencia o no en el consumo de alcohol y la presencia o ausencia de alteraciones psicológicas. En los estilos de vida se pudo evidenciar que los estudiantes que presentan una percepción de su salud deficiente, son quienes mayor nivel de alteración mental presentan, sin embargo, este resultado no se confirma para el consumo de alcohol, es decir, no se observaron diferencias significativas en consumo de alcohol entre quienes presentan una positiva o negativa percepción de su propia salud. En relación a otras variables, se encuentra que los estudiantes que actualmente están recibiendo o han recibido algún tratamiento médico y psicológico, presentan mayor nivel de consumo y sufrimiento mental. En cuanto al sueño se comprueba que los estudiantes que presentan problemas de sueño presentan mayor nivel de consumo y problemas mentales, lo que justifica que la alteración del sueño en sus dos extremos (aumento o disminución) constituye una característica específica de los estudiantes con problemas emocionales, en especial la depresión. En cuanto a la presencia de consumo de alcohol con otras sustancias se evidencia que los estudiantes que consumen tabaco y otras drogas son los que mayor nivel de consumo de alcohol presentan. Asimismo el consumo de otras drogas está relacionado a las alteraciones mentales que presentan los jóvenes, aunque no se observan diferencias entre la afectación mental que pueden presentar los que consumen o no tabaco.

Coincidiendo con la teoría de Breilh (2003) en los dominios particular e individual se desarrollan procesos que adquieren propiedades benéficas/protectoras o

malsanas/destructivas, en los cuales la prevalencia de éstos, va a determinar el tipo de manifestación geno-fenotípica, sea ésta saludable o patológica. En específico en este estudio se identifica que a nivel de género no se encontraron diferencias entre masculino y femenino, lo que fundamenta que en ambos grupos se desarrolla en mayor cantidad procesos protectores medios. En lo que respecta a etnia, se concluye que en la mayoría se desarrollan en mayor cantidad procesos protectores medios, a excepción de la etnia blanca donde el mayor porcentaje de procesos protectores son bajos y en la afroecuatoriana son altos. Por último en la categoría clase social, se evidencia que en los grupos diferenciales por situación económica, los procesos protectores medios son los que se desarrollan con mayor prevalencia, similar situación se da en los grupos categorizados por ingresos económicos mensuales. Esto indica que al existir una prevalencia de procesos protectores medios en los modos de vida, de los tres grupos sociales al que pertenecen estudiantes universitarios de la UNACH, existe cierta vulnerabilidad, a que en la dimensión individual se transformen en su faceta destructiva y las manifestaciones patológicas se incrementen, por lo que se deberá trabajar en potenciar dichos procesos hasta que alcancen su nivel óptimo y evitar que el consumo de alcohol siga acrecentándose en la población universitaria.

Para complementar los hallazgos desde el enfoque de la determinación social de la salud, se presentan los análisis de los resultados obtenidos desde el modelo biomédico. Dicho enfoque es el predominante en los pocos estudios de nuestro país, inclusive con el cual se han manejado los diferentes organismos de control de sustancias como el SETED, para de esta manera establecer las diferencias y semejanzas encontradas entre los resultados de dichos estudios con la presente investigación. Los resultados revelan que en la UNACH, se presenta una alta prevalencia de consumo alcohol en los estudiantes, puesto que el 53.6% de los estudiantes universitarios consumen actualmente alcohol, el 29.8% nunca lo ha hecho y el 16.6% se identifican como ex consumidores. En conjunto explica que un total del 70.2% de los estudiantes universitarios ha consumido alcohol al menos una vez en su vida, resultados similares refiere el II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Regional (2012). De la misma forma Ruisoto y otros (2016) evidenciaron que el 87.55% de estudiantes de diversas universidades del Ecuador, consumen alcohol. Este incremento en el consumo de alcohol en estudiantes universitarios, se puede atribuir a la vulnerabilidad que presenta esta población para el consumo de sustancias, especialmente el alcohol, debido a las facilidades de acceso, al

ser considerada una “droga legal”. También puede explicarse por el incremento en la disponibilidad de situaciones de consumo que se presentan en el ambiente universitario, la independencia y autonomía que asumen los estudiantes, acompañado del poder que se atribuyen a sí mismos por haber culminado el colegio, la búsqueda de placer y la aceptación deseada en el grupo de pares.

Complementario a lo anterior, respecto a los niveles de consumo de alcohol, los resultados obtenidos en el presente estudio demuestran que el 27.1% de los estudiantes presentan un consumo problemático. Además, al realizar una diferenciación por género, se obtuvo que un 35.3% de género masculino y un 18.9% de género femenino presenta un consumo problemático, lo que demuestra que el género masculino tiene mayor consumo problemático que el femenino. Este resultado es similar al citado estudio de Ruisoto y otros (2016) en donde se observa que el 49,73% de los hombres y el 23,80% de las mujeres reportaron un consumo problemático. Esta diferencia en el consumo del género masculino, se vincula al constructo patriarcal que todavía se maneja la sociedad ecuatoriana y más la riobambeña, de tal modo resulta “normal y aceptado” el consumo de alcohol en un hombre. Por el contrario el consumo de alcohol en una mujer es asociada con epítetos descalificativos. Posiblemente, el mayor consumo de alcohol en mujeres ocurra en la etapa universitaria, lo cual se relaciona al contexto en que, en general, se produce el consumo en los estudiantes universitarios. Algo que también se pudo determinar en el estudio es que cada vez, resulta más precoz el inicio de consumo de alcohol en los estudiantes que ingresan a la universidad, dando como resultado que el 68.9% comenzó con el consumo de alcohol en las edades comprendidas entre 16 a 20 años, resultados similares se pudo encontrar en el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (1996), donde la edad promedio de inicio de consumo fue a los 15.9 años de edad. Este fenómeno está atribuido al fácil acceso de las bebidas alcohólicas, la ambivalencia afectiva que es característica de la adolescencia y juventud, volviéndolos vulnerables ante situaciones de riesgo, la aceptación en grupos de pares y una menor cantidad del tiempo transcurrido con familiares o adultos responsables.

En lo que corresponde a la situación socioeconómica se concluye que los estudiantes que se perciben en una situación económica alta constituyen quienes presentan mayores problemas de consumo. Estos resultados son coincidentes con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (2008), donde el mayor porcentaje de consumo se presenta en los estratos altos. También hay similitud

con los hallazgos obtenidos por Montaña y otros (2011) en la cual el consumo perjudicial problemático es superior en los estratos altos. Al respecto es posible inferir que aunque el acceso a bebidas alcohólicas está al alcance de cualquier estudiante, no obstante resulta más factible comprar alcohol, salir de fiestas o disfrutar con amigos, cuando hay disponibilidad de dinero, y no importe “gastar lo de la semana o del arriendo” en consumo. De allí que este resultado clarifique que los consumos de alcohol no ocurren con propiedad en estudiantes de niveles sociales bajos o que se asocie únicamente a menores condiciones económicas.

Los resultados de consumo por facultad de la UNACH, demuestran que la Facultad de Ingeniería presenta la más alta prevalencia de consumo de alcohol, mientras que la Facultad de Ciencias de la Salud presenta menor prevalencia. Estos datos son análogos al estudio de Montaña y otros (2011) donde igualmente la Facultad de Ingeniería presenta un índice más alto de consumo. Esto puede estar relacionado directamente a que en la Facultad de Ingeniería la mayor parte de la población estudiantil está conformada por hombres, en tanto que en la Facultad de Salud, su misma formación académica podría restringir o fomentar la disminución del consumo de alcohol. En lo que respecta a los ciclos o semestres, se encuentra que los estudiantes universitarios de tercero y cuarto curso son quienes presentan mayor índice de consumo, resultados que difieren del estudio de RUMBOS (2002), donde los primeros niveles de educación superior demostraban mayor prevalencia de consumo. A pesar de este hallazgo, no se puede concluir con claridad, qué efecto tiene este resultado.

Respecto a los trastornos psicológicos o sufrimiento mental, el estudio pone de manifiesto que un considerable número de participantes presentan un deterioro en su esfera emocional o mental. Al respecto el 59.9% de estudiantes presentan un nivel de sufrimiento mental leve, el 20.7% un nivel severo y el 19.3% refiere un nivel moderado de sufrimiento mental, lo que revela la necesidad prioritaria que presenta este grupo por abordar aspectos en su salud mental y en el cual, el consumo de alcohol tendría un correlato de tal necesidad. Esto porque al realizar un análisis entre el nivel de consumo de alcohol y nivel de sufrimiento mental, se observa el patrón que cuan mientras mayor es el nivel de consumo de alcohol, mayor es el nivel de alteración mental. Estos resultados son similares a los obtenidos por Castaño y Calderón (2014) en una universidad de Medellín, Colombia. Sin embargo, aparte de consumo de alcohol, se identifican otros desencadenantes que afectan el estado mental de los estudiantes, tales

como el alejamiento de la familia, vivir solo, el estrés académico, relaciones conflictivas con compañeros y rupturas de pareja, entre otros.

Finalmente al analizar el sufrimiento mental que padecen los estudiantes de la Unach por facultad, se evidencia que en la Facultad de Ciencias de la Salud, se observa la más alta prevalencia de sufrimiento mental, en tanto la Facultad de Ciencias Políticas presenta la menor prevalencia. Esto podría reflejar que no precisamente la Facultad que tienen mayor índice o prevalencia de consumo, como es el caso de Ingeniería posee el mayor nivel de sufrimiento mental.

En síntesis, aunque los enfoques biomédico y determinación social de la salud resulten contrastantes, en este estudio pueden considerarse complementarios. Ambos enfoques evidencian que el consumo de alcohol en estudiantes de Unach es significativo, que es posible encontrar algunas diferencias por género, etnia, niveles de ingreso, tipo de facultad y sufrimiento mental que revelan que un consumo problemático de alcohol no siendo mayoritario, sí se observan condiciones que confirman grupos de estudiantes con mayor exposición a procesos destructivos. En este punto, se encontrarían estudiantes de género masculino, de etnia blanca, de nivel socio-económico alto, de la facultad de Ingeniería, sin intentar reducir o encontrar un patrón específico. Por el contrario, las mujeres presentan menor exposición a procesos destructivos, aunque reportan mayor sufrimiento mental: posiblemente, el consumo de alcohol en este último grupo puede ser percibido con mayor exposición a otros procesos de vulnerabilidad.

Como se ha comprobado en este trabajo, el consumo de alcohol está generalmente asociado en estudiantes universitarios. A pesar de esto, el acento que se plantea en este trabajo es que la etapa universitaria conforma un periodo en el cual se identifican condicionantes sociales que revelan cierta despreocupación estatal y de las propias universidades por promover políticas de cuidado en la salud de los estudiantes. Uno de los aspectos centrales del enfoque de determinación social es responder en qué condiciones podrían ocurrir afectaciones en la salud: en este sentido, la etapa universitaria ha sido simbolizada generalmente como la fase más alta en la consecución de los proyectos de vida de los jóvenes, desconociendo que hay determinantes sociales que podrían significar lo contrario: pueden desencadenarse situaciones no esperadas o que resultan minimizadas en pos de mantener la noción de la deseabilidad social del proyecto de vida de los jóvenes. Volviendo al enfoque de Determinación Social, se concluye que los modos y estilos de vida de estudiantes, aunque cuentan con un soporte

económico, presentan vulnerabilidad en su salud mental podría exponerlos a procesos destructivos que determinarían el consumo problemático de alcohol.

A pesar de estos hallazgos, se encuentran algunas limitaciones en el presente trabajo: los resultados se presentan de tres facultades, las cuales podrían diferir y no ser representativas de los estudiantes de Unach. Además, la técnica de recolección de información utilizada está expuesta a deseabilidad social, por lo que los estudiantes pudieron minimizar sus respuestas, especialmente referidas al consumo de alcohol o sufrimiento mental. Por otro lado, se trata de un estudio transversal, por lo que no es posible identificar patrones que están ocurriendo en los estudiantes, sino que únicamente se obtiene una medición en un momento del tiempo que presenta limitaciones al explorar los procesos protectores o destructivos de durante toda la etapa universitaria de los estudiantes.

2. Recomendaciones

Los alcances de este estudio permitieron llegar a la descripción y explicación del consumo de alcohol y sufrimiento mental de los estudiantes de tres facultades seleccionadas de la Universidad Nacional de Chimborazo, desde una aproximación a la Determinación Social de la Salud, analizando los modos y estilos de vida que potencialmente generan procesos críticos protectores o destructivos que favorecen o no al consumo de sustancias y sufrimiento mental en los estudiantes universitarios. El consumo de alcohol como se ha manifestado en todo el trabajo de investigación, constituye un problema que trae consigo consecuencias negativas no solo para el estudiante que consume, sino también a su familia y a todo su colectivo, puesto que si bien es cierto que representa una manifestación patológica, es el resultado de la prevalencia de procesos destructivos que se desarrollan en las dimensiones general, particular e individual. Por tal razón, el trabajo para contrarrestar el consumo alcohol debe realizarse de manera integral, emprendiendo esfuerzos en la diferenciación de grupos, de acuerdo a sus modos y estilos de vida y las necesidades específicas que surgen en cada dominio, promoviendo el fortalecimiento de los procesos protectores de la salud. Es así que una vez obtenidos los resultados de la investigación, se procede a realizar algunas recomendaciones con el objetivo de contribuir a la disminución del consumo de alcohol y posibles alteraciones mentales en los jóvenes que se encuentran estudiando en la Universidad Nacional de Chimborazo, para lo cual es necesario el

trabajo articulado entre academia, instituciones gubernamentales y no gubernamentales y población en general.

En lo que se refiere a la academia, la Universidad Nacional de Chimborazo deberá tomar acciones para restringir el acceso a lugares de expendio de alcohol cercanos a la institución, si bien es cierto existe una normativa legal que prohíbe la presencia de centros de diversión cercanos a las IES, sin embargo, las tiendas e inclusive restaurantes comercializan bebidas alcohólicas. Por otro lado, los proyectos de prevención que debe implementar el Departamento de Bienestar Estudiantil, no debe limitarse a estudiantes universitarios, sino extenderse a instituciones de educación primaria y secundaria, puesto que según los resultados obtenidos en la presente investigación demuestran que el inicio de consumo de sustancias se lo realiza en la etapa de la adolescencia con un tendencia a ser cada vez más precoz. De la misma forma es necesario que la Universidad proponga la ejecución de proyectos que tenga como objetivo la planificación del uso del tiempo libre en los estudiantes, cuyos ejes principales debe estar encaminados hacia la práctica del deporte, actividades artísticas, socioculturales, así como proporcionar espacios para estas actividades, con esto se buscará fortalecer los procesos protectores en los estilos de vida. Vale también mencionar que al ser la investigación y la vinculación, ejes importantes dentro la UNACH, se sugiere implementar la ejecución de proyectos vinculados al consumo de sustancias, los mismos que pueden extenderse a docentes y personal administrativo, así como otras instituciones de educación superior y comunidad en general, considerando aspectos de la Epicrítica en su planificación y ejecución. Finalmente sería importante incluir en los contenidos de los sílabos y planificaciones de las asignaturas relacionadas al campo de la salud, temáticas relacionadas a la Salud Colectiva, como un complemento en la formación del estudiante y mejorar su desempeño profesional.

El contexto familiar resulta sin duda un soporte esencial en la vida de las personas y con mucha mayor razón en los estudiantes universitarios, donde la mayoría de los mismos son todavía dependientes de su esfera familiar, por tal razón es importante fortalecer los canales de comunicación entre los miembros de la familia en temas relacionados al consumo de sustancias, así como también deberán ser incluidos en actividades de prevención e intervención contra el consumo de drogas, incluido el alcohol.

En lo que respecta a los organismos gubernamentales, cuyas funciones están relacionadas al estudio y prevención de sustancias en el país como lo es la

SETED y el Ministerio de Salud Pública, se recomienda integrar en sus investigaciones el modelo de la Determinación Social de la Salud y de la Epidemiología Crítica, lo que permitirá desarrollar un abordaje integral sobre el consumo de sustancias, y entender que la salud es un proceso complejo y pluridimensional, para lo cual el presente estudio pueda servir como referente o línea base, de igual modo es necesario promover que los resultados obtenidos en dichos estudios tengan facilidad de divulgación. Es recomendable también que el organismo encargado de controlar la información que se transmite en los medios de comunicación, deberá revisar los contenidos relacionados con la promoción de bebidas alcohólicas, incluyendo las denominadas de “bebidas de moderación” y evitar la asociación de la sustancia como una imagen de éxito o poder, por la vulnerabilidad emocional que caracteriza a la juventud.

Finalmente, se recomienda que los investigadores que se apasionan con el estudio del consumo de sustancias en población joven, incorporen en sus investigaciones aspectos que tal vez no se incluyó en este estudio por diversas circunstancias, pero está el camino abierto para que se lo tome como referente, dentro de este nuevo enfoque como lo es la Determinación Social de la Salud y la Epidemiología Crítica, con el objetivo de integrar ciertos aspectos que dentro del modelo biomédico no se abordan y que es pertinente analizarlos desde una visión distinta.

Referencias bibliográficas

- Agudelo Vélez, Diana, Claudia Casadiegos Garzón y Diana Sánchez Ortiz. 2008. “Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios”. *International Journal of Psychological Research* 1 (1): 34-39.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023503006>
- Álvarez, Luz. 2012. “Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto”. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 30 (1): 95-101.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a11.pdf>
- Albarracín Ordoñez, Marcela y Liliana Muñoz. 2008. “Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria”. *Liberabit*, 14(14): 49-61.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272008000100007&lng=es&tlng=en
- Altarriba, Francesc, Andrés Bacones y Javier Peña. 2008. *Adolescencia y alcohol: Guía para el profesorado*. Madrid: Fundación Alcohol y Sociedad de Unidad de Barcelona.
- Antúñez, Zayra y Eugenia Vinet. 2013. “Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena”. *Revista médica de Chile* 141(2): 209-216.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000200010>
- Armendáriz García, Nora, Margarita Villar, María Alonso, Bertha Alonso, y Nora Oliva. 2012. “Eventos estresantes y su relación con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios”. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 14 (2): 97-112. <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145226758007.pdf>
- Arrieta, Katherine, Shyrley Díaz y Farith González. 2014. “Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados”. *Rev. Clín. Med. Fam* 7(1): 14-22.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2014000100003
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). 2013. *DSM V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Panamericana

- Babor, Thomas, RaulCaetano y Sally Casswell. 2010. *El Alcohol: Un producto de consumo no ordinario*. Investigación y Políticas Públicas. Organización Panamericana de la Salud. <http://www.who.int/iris/handle/10665/173259>
- Babor, Thomas, John Higgins-Biddle, John Saunders y Maristela Monteiro. 2001. *Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria*. Organización Mundial de la Salud y Generalitat Valenciana. WHO/MSD/MSB/01.6a
http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Barradas Alarcón, María, Nohemí Fernández Mojica y Leticia Gutiérrez Serrano. 2016. “Prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios”. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo* 6 (12).
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=498153966028>
- Betancourth, Sonia, LisedTácan y Edwin Córdova. 2017. Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. *Rev Univ. Salud*19(1):37-50. DOI:
<http://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.67>
- Breilh, Jaime. 1994. *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud CEAS.
- .1996. *El género entre fuegos: inequidad y esperanza*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud CEAS.
- . .2003. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- .2009. *Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud. ¿Estado constitucional de derechos? Informe sobre derechos humanos Ecuador 2009*. Quito: Ediciones AbyaYala.
- . .2010a. *Epidemiología: Economía Política y Salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud*. 7 vols. Quito: Corporación Editora Nacional.
- . .2010b. “Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud”. *Centro brasileiro de estudos de saúde – cebes seminario: “rediscutindo a questão da determinação social da saúde”*.
- . .2013. “La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva)”. Artículo preparado para el “*VIII Seminario Internacional de Salud Pública: Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI*”. Universidad Nacional de Colombia.

- . 2014. “Cecilia Donnangelo y el ethos tecnocrático de la salud pública actual”. En *O social na epidemiologia: um legado de Cecília Donnangelo*. editado por Carvalheiro, José da Rocha, Luiza Sterman Heimann y Márcio Derbli. Sao Paulo: Instituto de Saúde, 2014. pp. 85-98.
- Camacho Acero, Iván. 2005. “Consumo de alcohol en universitarios: Relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social”. *Acta Colombiana de Psicología*, 8(1): 91-120.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100006&lng=en&tlng=es.
- Cancela, Rocío, Noelia Cea, Guido Galindo y Sara Valilla. 2010. *Metodología de Investigación Educativa. Investigación Ex Post Facto*. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
- Cardona Arias, Jaiberth y Luis Orejuela. 2013. “Consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol en estudiantes de una universidad pública de medellín-2013”. *Archivos de Medicina* 10:1-15. doi: 10.3823/1220.
- Carvalho, Antonio y Pablo Marchiori Buss. “Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção”. En *Políticas e sistema de saúde no Brasil*: editado por Giovanella L, Escorel S, Lobato LV, Carvalho AI, Noronha JC, organizadores. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- Casas, Miguel y José Guardia. 2002. “Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo”. *Adicciones* 14: 195-219.
<http://www.apavvaldemoro.org/publicaciones/patologia.pdf>
- Castaño, Guillermo y Gustavo Calderón. 2014. “Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios”. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 22(5): 739-746. doi: 10.1590/0104-1169.3579.2475
- Comunidad Andina (CAN). 2012. *II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria*. Informe Regional
- De la Cruz, Juana, Irma Fernández, Hugo Tudón, Jorge Escobedo, Ángel Zárate y Mario Madrazo. 2002. “Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social”. *Ministerio de Salud Pública de México* 44 (2): 113-121.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000200005&lng=es&tlng=es.

- Díaz Cruz, Berta, Yadira Luna y María Méndez. 2013. "Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de ingeniería civil". *Psicología y salud* 21 (2): 265-271. <http://docplayer.es/4783885-Associated-factors-to-alcohol-consumption-in-civil-engineering-students.html>
- Duque, Jim y Alejandro Maturana. 2012. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes-jóvenes universitarios en Bogotá-Colombia: magnitud del consumo, factores de riesgo-protección y daños asociados. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología, Mención Psicología Clínica Infanto Juvenil. Bogotá: Universidad de Chile
- GAD Municipal del cantón Riobamba. 2009. *Plan Estratégico Institucional del Municipio de Riobamba*.
- GAD Municipal de la provincia de Chimborazo. 2015. *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de Chimborazo*.
- García-Baquero, Mónica, Luz Tobón y María Ramírez. 2011. "Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes Universitarios en Villavicencio 2009-2010". *Revista Cuidarte* 2(1). doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.52>
- García, Victoria e Idarmis González. 2000. "La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales". *Revista Cubana de Medicina General Integral* 16: 586-592. http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_6_00/mgi10600.pdf
- Hernández Sampieri, Roberto, Carlos Fernández y Pilar Baptista. 2010. *Metodología de la Investigación*. 5 vols. México: Mcgraw-HILL / Interamericana Editores, S.A. De C.V.
- Ecu. Instituto Nacional de Estadística y Censo. 2013
http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=615%3A%20mas-de-900-mil-ecuatorianos-consumen-alcohol&catid=56%3A%20destacados&Itemid=3&lang=es
- Landa, Natalia, Javier Fernández-Montalvo, José J. López-Goñi, e Iñaki Lorea. 2006. "Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: un estudio descriptivo". *International Journal of Clinical and Health Psychology* 6 (2): 253-269. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760203>
- Londoño Pérez, Constanza, y Wilson García Hernández, y Sandra Carolina Valencia Lara, y Stefano Vinaccia Alpi. 2005. "Expectativas frente al consumo de alcohol

- en jóvenes universitarios colombianos". *Anales de Psicología* 21 (2): 259-267.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16721207>
- Menéndez, Eduardo. 1998. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos* 46:37-67.
<http://aleph.academica.mx/jspui/bitstream/56789/24227/1/16-046-1998-0037.pdf>
- Menéndez, Eduardo. 1990. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.
- Ministerio de Salud Pública. 2013. Notificación de Enfermedades de vigilancia epidemiológica EPI 2.
- Montaño, Raquel, Andrea Morales, Manuel Andrés, Vera Maldonado y Carlos Gantiva. 2011. "Consumo de alcohol en estudiantes universitarios". *Psicogente* 14 (25)
<https://search.proquest.com/docview/1815499547?accountid=36757>
- Monteiro, Maristela. 2013. "Alcohol y Salud Pública en América Latina: ¿cómo impedir un desastre sanitario?" *Adicciones* 25(2): 99-105.
<http://www.redalyc.org/pdf/2891/289126458003.pdf>
- Montoya, Liliana, Javier Gutiérrez, Beatriz Toro, María Briñón, Esmeralda Rosas y Luz Salazar. 2010. "Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico". *Rev CES Med.* 24(1): 7-17.
<http://www.redalyc.org/pdf/2611/261119491001.pdf>
- Morales, Juana, Irma Fernández, Hugo Tudón, Jorge Escobedo, Ángel Zárate y Mario Madrazo. 2002. "Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social". *Salud Pública de México*, 44(2): 113-121.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000200005&lng=es&tlng=es.
- Moreno, Kena (Ed.). 2011. *Los jóvenes y el alcohol en México: un problema emergente en las mujeres*. México, México: Centros de Integración Juvenil.
- Niño, Víctor. 2011. *Metodología de la Investigación. Diseño y ejecución*. Bogotá Colombia. Ediciones de la U
- Organización Mundial de la Salud. 1992. *Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor
- Organización Mundial de la Salud. 2014. Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

- Ramos, Carlos, Edison Albarracín, Ana Arguello, María Chávez, Ariana Falconí, Margarita Jurado y Erick Vélez. 2016. "Relación entre el control inhibitorio y el consumo de alcohol de estudiantes universitarios". *Revista Científica y Tecnológica UPSE* 3 (2): 91-99. doi: <https://doi.org/10.26423/rctu.v3i2.159>
- Riveros, Marcelino, Héctor Hernández y José Rivera .2006. "Niveles de Ansiedad y Depresión en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana". *Revista IPSI*. 10 (1): 91-102
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3909>
- Rodríguez Rodríguez, Diana, Carlos Dallos, Silvia González, Zaida Sánchez Herrera, Luis Díaz, Germán Rueda y Adalberto Campo. 2005. "Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia". *Cadernos de Saúde Pública* 21(5): 1402-1407.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500012>
- Ruisoto, Pablo, Raúl Cacho, José López-Goñi, Silvia Vaca, y Marco Jiménez. 2016. "Prevalence and profile of alcohol consumption among university students in Ecuador". *Gaceta Sanitaria* 30(5): 370-374.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.02.008>
- Rumbos. 2001. *Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en jóvenes de 10 a 24 años*. Observatorio Colombiano sobre consumo de sustancias psicoactivas. [http:// www.occsp.gov.co/inv-encuesta.html](http://www.occsp.gov.co/inv-encuesta.html).
- Salcedo Monsalve, Alejandra, Ximena Palacios Espinosa y Ángela Fernanda Espinosa. 2011. "Consumo de alcohol en jóvenes universitarios". *Avances en Psicología Latinoamericana* 29 (1): 77-97. <http://www.redalyc.org/html/799/79920065007/>
- Sarason, Irwin y Barbara Sarason. 2006. *Psicopatología. Psicología anormal. El problema de la conducta inadaptada*. Undécima Edición. México: Pearson Educación.
- Secretaría Técnica de Prevención de Drogas (SETED). 2014. *IV Estudio Nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años*
- Secretaría Técnica de Prevención de Drogas (SETED). 2015. *Encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes universitario*.
- Serrano Barquín, Carolina Adelaida Rojas y Camilo Ruggero. 2013. "Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios". *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* 15 (1): 47-60.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225697004>

- Soliz, María Fernanda. 2014. *Metabolismo del desecho en la determinación social de la salud. Economía política y geografía crítica de la basura en el Ecuador 2009-2013*. Tesis para la obtención del Título de Doctor en Salud Colectiva Ambiente y Sociedad. Universidad Andina Simón Bolívar. Quito-Ecuador
- .2016. *Lo que la mina se llevó*. Quito: Ediciones la Tierra
- Soutullo, César y María J. Mardomingo. 2010. *Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Madrid: Panamericana
- Unidad de Planificación Académica de la UNACH. 2014. “*Aproximación epistemológico-metodológica, desde la complejidad, para el desarrollo integral de la persona, rearticulando la investigación, formación y vinculación*”
- Universidad Nacional de Chimborazo. 2018. Historia
<http://www.unach.edu.ec/index.php/quienessomos/historia>

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado

Consentimiento Informado para participar en Estudio

La presente investigación es conducida por el Psicólogo César Eduardo Ponce Guerra, Docente de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo y estudiante de la Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva de la Universidad Andina Simón Bolívar. El objetivo del estudio es analizar el consumo de alcohol y su relación con el estado mental en estudiantes de la Universidad Nacional de Chimborazo, en tres facultades: Ciencias de la Salud, Ciencias Políticas e Ingeniería. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta y responder a unas preguntas, que le tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es completamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, puesto que no se identificará su nombre, sino un código numérico para proteger el anonimato de las personas que participen.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Psicólogo César Ponce. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es: analizar el consumo de alcohol y su relación con el estado mental, en estudiantes de la Universidad Nacional de Chimborazo diferencialmente por facultades: Ciencias de la Salud, Ciencias Políticas e Ingeniería, desde un análisis de la Determinación Social. Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al teléfono 0993722792 o al correo *cponceguerra@gmail.com*.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al teléfono anteriormente mencionado.

Firma del Participante

Fecha: _____

Anexo 2: Encuesta sobre procesos de Determinación Social del consumo de alcohol.

ENCUESTA SOBRE PROCESOS DE DETERMINACIÓN SOCIAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Edad: _____ Provincia de Procedencia _____ Ciudad de Procedencia _____

MÓDULO I DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Sexo	1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer																														
2. Género	1. <input type="checkbox"/> Masculino 2. <input type="checkbox"/> Femenino																														
3. Orientación Sexual	1. <input type="checkbox"/> Heterosexual 2. <input type="checkbox"/> Homosexual (Gay-Lesbiana) 3. <input type="checkbox"/> Bisexual																														
4. Etnia	1. <input type="checkbox"/> Mestizo 2. <input type="checkbox"/> Indígena 3. <input type="checkbox"/> Montubio 4. <input type="checkbox"/> Afroecuatoriano 5. <input type="checkbox"/> Blanco 6. <input type="checkbox"/> Otro																														
5. Estado Civil	1. <input type="checkbox"/> Soltero 2. <input type="checkbox"/> Casado 3. <input type="checkbox"/> Unión Libre 4. <input type="checkbox"/> Divorciado 5. <input type="checkbox"/> Viudo 6. <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?.....																														
6. Carrera que está cursando y ciclo/semestre	Carrera..... Ciclo.....																														
7. En la actualidad usted	1. <input type="checkbox"/> Solo estudia 2. <input type="checkbox"/> Estudia y trabaja																														
8. ¿En qué situación socio-económica percibe Ud. que está en la actualidad?	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Bajo</td> <td colspan="5">Medio</td> </tr> <tr> <td colspan="10">Alto</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bajo					Medio					Alto									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																						
Bajo					Medio																										
Alto																															

		Residencia) 7. <input type="checkbox"/> Otro tipo de vivienda
18. ¿Cuántas personas habitan en esta casa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19. ¿Cuántos cuartos para dormir tiene su vivienda, excluyendo el baño y la cocina?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20. ¿Cuál es la tarea principal del/a responsable Económico en el trabajo?	1. <input type="checkbox"/> Hace el trabajo 2. <input type="checkbox"/> Dirige y organiza el trabajo de otros 3. <input type="checkbox"/> Hace y dirige el trabajo 4. <input type="checkbox"/> No aplicable	
21. ¿Cuál es la fuente más importante de los ingresos del/a principal responsable Económico? <i>(No lea los distractores)</i>	1. <input type="checkbox"/> Alquiler de propiedad 2. <input type="checkbox"/> Jornal diario o por semana 3. <input type="checkbox"/> Negocio particular 4. <input type="checkbox"/> Pensión jubilar 5. <input type="checkbox"/> Sueldo como empleado de empresa del sector público 6. <input type="checkbox"/> Sueldo como empleado de empresa del sector privado 7. <input type="checkbox"/> Sueldo como obrero 8. <input type="checkbox"/> Sueldo como trabajador del campo 9. <input type="checkbox"/> Sueldo como empleada doméstica 10. <input type="checkbox"/> Ventas ambulantes 11. <input type="checkbox"/> Honorarios por servicios 12. <input type="checkbox"/> Donaciones de familiares u otras personas o entidades 13. <input type="checkbox"/> Subsidio del gobierno 14. <input type="checkbox"/> Limosna 15. <input type="checkbox"/> Otra Cuál? _____	
22. ¿En cuál de estos rangos se ubican los ingresos mensuales del/a principal responsable económico?	1. <input type="checkbox"/> Menos de \$100 2. <input type="checkbox"/> \$100 a \$376 3. <input type="checkbox"/> \$377 a \$750 4. <input type="checkbox"/> \$751 a \$1000	5. <input type="checkbox"/> \$1001 a 1500 6. <input type="checkbox"/> \$1.501 a 2000 7. <input type="checkbox"/> \$2000 a \$3000 8. <input type="checkbox"/> Más de \$3000
23. ¿Con cuáles de los servicios básicos cuenta La vivienda que usted habita?	1. <input type="checkbox"/> Energía Eléctrica 2. <input type="checkbox"/> Agua potable 3. <input type="checkbox"/> Alcantarillado 4. <input type="checkbox"/> Línea Telefónica	5. <input type="checkbox"/> Internet 6. <input type="checkbox"/> Tv Pagada 7. <input type="checkbox"/> Todos 8. <input type="checkbox"/> Ninguno
24. ¿Cuántas de las personas que componen el hogar trabajan y aportan dinero?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
25. ¿A cuál de los siguientes grupos étnicos pertenece el/la principal responsable económico?	1. <input type="checkbox"/> Mestizo 2. <input type="checkbox"/> Indígena 3. <input type="checkbox"/> Montubio 4. <input type="checkbox"/> Afroecuatoriano 5. <input type="checkbox"/> Blanco 6. <input type="checkbox"/> Otro	
26. Cuál es la afiliación del/a principal responsable económico al sistema general de seguridad social en salud?	1. <input type="checkbox"/> Ninguno 2. <input type="checkbox"/> IESS 3. <input type="checkbox"/> ISPOL	

	4. <input type="checkbox"/> ISSFA 5. <input type="checkbox"/> Privados 6. <input type="checkbox"/> No informa
27. ¿Cuál es el nivel de escolaridad del/a principal responsable económico?	1. <input type="checkbox"/> Ninguno 2. <input type="checkbox"/> Primaria incompleta 3. <input type="checkbox"/> Primaria completa 4. <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta 5. <input type="checkbox"/> Secundaria completa 6. <input type="checkbox"/> Técnico/ Tecnológico 7. <input type="checkbox"/> Superior (Universitario) 8. <input type="checkbox"/> Postgrado 9. <input type="checkbox"/> No informa
28. ¿Pertenece usted a alguna Organización Social en su barrio o localidad?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No (<i>Pase a la pregunta 33</i>)
29. ¿Qué tipo de organización?	1. <input type="checkbox"/> Deportiva 2. <input type="checkbox"/> Artística (pintura, música, danza, entre otras) 3. <input type="checkbox"/> Social 4. <input type="checkbox"/> Religiosa 5. <input type="checkbox"/> Académica/Educativa
30. ¿En esa Organización Usted, ha participado en alguna actividad relacionada con la salud general?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
31. ¿En esa Organización usted, ha participado en alguna actividad relacionada con la salud mental?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
32. ¿En esa Organización usted, ha participado en alguna actividad relacionada con el consumo de sustancias?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No

MODULO III ESTILOS DE VIDA Y COMPORTAMIENTOS

33. ¿Usted vive solo?	1. <input type="checkbox"/> Si (<i>Pase a la pregunta 35</i>) 2. <input type="checkbox"/> No
34. ¿Con quién vive?	1. <input type="checkbox"/> Cónyuge 2. <input type="checkbox"/> Padre 3. <input type="checkbox"/> Madre 4. <input type="checkbox"/> Hermanos 5. <input type="checkbox"/> Abuelos 6. <input type="checkbox"/> Tíos 7. <input type="checkbox"/> Primos 8. <input type="checkbox"/> Amigos 9. <input type="checkbox"/> Otros ¿Quién?.....
35. ¿Cuántas comidas se alimenta al día?	1. <input type="checkbox"/> Cinco 2. <input type="checkbox"/> Cuatro 3. <input type="checkbox"/> Tres 4. <input type="checkbox"/> Dos 5. <input type="checkbox"/> Una

36. ¿Por lo general usted se alimenta en dónde?	1. <input type="checkbox"/> Casa 2. <input type="checkbox"/> Restaurant 3. <input type="checkbox"/> Patios de Comida de Centros Comerciales 4. <input type="checkbox"/> Mercado 5. <input type="checkbox"/> Puestos de la calle 6. <input type="checkbox"/> Comedores de la Universidad
37. ¿Cuántas horas diarias usted duerme?	1. <input type="checkbox"/> Nueve a Diez 2. <input type="checkbox"/> Siete a Ocho 3. <input type="checkbox"/> Cinco a Seis 4. <input type="checkbox"/> Tres a Cuatro 5. <input type="checkbox"/> Una a Dos
38. ¿Ha presentado últimamente problemas con el sueño?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
39. ¿Fuma ó ha fumado usted alguna vez?	1. <input type="checkbox"/> Nunca ha fumado (<i>Pase a la pregunta 44</i>) 2. <input type="checkbox"/> Actualmente fuma 3. <input type="checkbox"/> Es exfumador
40. ¿A qué edad comenzó a fumar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41. ¿Cuántos cigarrillos promedio fuma al día?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42. ¿Cuántos cigarrillos consume a la semana?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
43. ¿Quién o quiénes de los miembros de su familia fuma?	1. <input type="checkbox"/> Nadie 2. <input type="checkbox"/> Padre 3. <input type="checkbox"/> Madre 4. <input type="checkbox"/> Hermanos 5. <input type="checkbox"/> Abuelos 6. <input type="checkbox"/> Tíos 7. <input type="checkbox"/> Primos 8. <input type="checkbox"/> Otros ¿Quién?.....
44. ¿Consume o ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida?	1. <input type="checkbox"/> Nunca consumido alcohol (<i>Pase a la pregunta 48</i>) 2. <input type="checkbox"/> Actualmente consume 3. <input type="checkbox"/> Es ex consumidor de alcohol
45. ¿A qué edad comenzó a beber?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
46. ¿Con qué frecuencia consume alcohol?	1. <input type="checkbox"/> Diario 2. <input type="checkbox"/> Una vez por semana 3. <input type="checkbox"/> Dos a tres veces por semana 4. <input type="checkbox"/> De cuatro a seis veces por semana 5. <input type="checkbox"/> Una vez cada dos semanas 6. <input type="checkbox"/> Una vez cada tres semanas 7. <input type="checkbox"/> Una vez al mes 8. <input type="checkbox"/> Ocasional
47. ¿Quién o quiénes de los miembros de su familia consume alcohol?	1. <input type="checkbox"/> Nadie 2. <input type="checkbox"/> Padre 3. <input type="checkbox"/> Madre 4. <input type="checkbox"/> Hermanos 5. <input type="checkbox"/> Abuelos 6. <input type="checkbox"/> Tíos

	7. <input type="checkbox"/> Primos 8. <input type="checkbox"/> Otros ¿Quién?.....
48. ¿Consume o ha consumido algún tipo de droga?	1. <input type="checkbox"/> Nunca ha consumido (<i>Pase a la pregunta 53</i>) 2. <input type="checkbox"/> Actualmente consume 3. <input type="checkbox"/> Es ex consumidor
49. ¿A qué edad comenzó a consumir drogas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
50. ¿Cuál o cuáles de las siguientes drogas consume?	1. <input type="checkbox"/> Marihuana 2. <input type="checkbox"/> Cocaína 3. <input type="checkbox"/> Heroína 4. <input type="checkbox"/> Éxtasis 5. <input type="checkbox"/> Anfetaminas 6. <input type="checkbox"/> Poppers 7. <input type="checkbox"/> Crack 8. <input type="checkbox"/> Hache (H) 9. <input type="checkbox"/> Tranquilizantes 10. <input type="checkbox"/> Mixtas 11. <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?.....
51. ¿Con qué frecuencia consume esa droga?	1. <input type="checkbox"/> Diario 2. <input type="checkbox"/> Una vez por semana 3. <input type="checkbox"/> Dos a tres veces por semana 4. <input type="checkbox"/> De cuatro a seis veces por semana 6. <input type="checkbox"/> Una vez cada dos semanas 7. <input type="checkbox"/> Una vez cada tres semanas 8. <input type="checkbox"/> Una vez al mes 9. <input type="checkbox"/> Ocasional
52. ¿Quién o quiénes de los miembros de su familia consume alguna droga?	1. <input type="checkbox"/> Nadie 2. <input type="checkbox"/> Padre 3. <input type="checkbox"/> Madre 4. <input type="checkbox"/> Hermanos 5. <input type="checkbox"/> Abuelos 6. <input type="checkbox"/> Tíos 7. <input type="checkbox"/> Primos 8. <input type="checkbox"/> Otros ¿Quién?.....
53. ¿A qué se dedica en su tiempo libre u ocio?	1. <input type="checkbox"/> Dormir 2. <input type="checkbox"/> Leer 3. <input type="checkbox"/> Hacer ejercicio 4. <input type="checkbox"/> Redes Sociales 5. <input type="checkbox"/> Recursos audiovisuales (ver tv, escuchar musica, videojuegos) 6. <input type="checkbox"/> Salir con amigos/compañeros 7. <input type="checkbox"/> Pasar con la familia 8. <input type="checkbox"/> Viajar
54. ¿Practica algún deporte?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
55. ¿Cuál o cuáles de los siguientes deportes practica?	1. <input type="checkbox"/> Fútbol

	<ul style="list-style-type: none">2. <input type="checkbox"/> Basketball3. <input type="checkbox"/> Voley4. <input type="checkbox"/> Tenis5. <input type="checkbox"/> Natación6. <input type="checkbox"/> Ciclismo7. <input type="checkbox"/> Atletismo8. <input type="checkbox"/> Ejercicio de Gimnasio9. <input type="checkbox"/> Andinismo10. <input type="checkbox"/> Artes marciales11. <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?.....
56. ¿Con qué frecuencia practica el/los deportes?	<ul style="list-style-type: none">1. <input type="checkbox"/> Diario2. <input type="checkbox"/> Una vez por semana3. <input type="checkbox"/> Dos a tres veces por semana4. <input type="checkbox"/> De cuatro a seis veces por semana6. <input type="checkbox"/> Una vez cada dos semanas7. <input type="checkbox"/> Una vez cada tres semanas8. <input type="checkbox"/> Una vez al mes9. <input type="checkbox"/> Ocasional

Anexo 3: Test de Audit***Cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)***

➤ *Por favor, encierre en un círculo el literal de su respuesta.*

<p>1. ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida alcohólica?</p> <p>a. Nunca b. Una o menos veces al mes c. 2 a 4 veces al mes d. 2 o 3 veces a la semana e. 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas por la mañana para recuperarse de haber bebido mucho la noche anterior?</p> <p>a. Nunca b. Menos de una vez en el mes c. Mensualmente d. Semanalmente e. A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas con contenido alcohólico suele hacer en un día de beber normalmente?</p> <p>a. 1 o 2 b. 3 o 4 c. 5 o 6 d. 7 a 9 e. 10 o más</p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>a. Nunca b. Menos de una vez en el mes c. Mensualmente d. Semanalmente e. A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más consumiciones alcohólicas en un solo día?</p> <p>a. Nunca b. Menos de una vez al mes c. Mensualmente d. Semanalmente e. A diario o casi a diario</p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de recordar qué pasó la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>a. Nunca b. Menos de una vez en el mes c. Mensualmente d. Semanalmente e. A diario o casi a diario</p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año se ha encontrado con que no podía parar de beber una vez había empezado?</p> <p>a. Nunca b. Menos de una vez al mes c. Mensualmente d. Semanalmente e. A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona se ha hecho daño como consecuencia que Usted había bebido?</p> <p>a. No b. Sí, pero no en el curso del último año c. Sí, el último año</p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido realizar la actividad que le correspondía, por haber bebido?</p> <p>a. Nunca b. Menos de una vez al mes c. Mensualmente d. Semanalmente e. A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario se ha preocupado por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?</p> <p>a. No b. Sí, pero no en el curso del último año c. Sí, el último año</p>

Anexo 4: Test GHQ 28 Goldberg

Fecha:

d	m	a			

Hora de empezar:

		h		
--	--	---	--	--

Hora de terminar:

		h		
--	--	---	--	--

PRUEBA DE "GOLDBERG-28"⁵

LEA ESTAS INSTRUCCIONES ANTES DE CONTESTAR: Registre su respuesta para cada pregunta con una "X" bien visible en la respuesta que mejor corresponda a su estado **EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS**. Recuerde que no queremos conocer los problemas que haya tenido en el lejano pasado, sino los recientes y actuales. Por favor **NO LLENE** las casillas de la columna "GHQ y L". MUCHAS GRACIAS por su colaboración. Ejemplo:

00	¿Se ha sentido perfectamente bien y con su salud?	Si, y mejor que de costumbre	Sí, Igual que siempre	No, Peor que de costumbre	Mucho peor que de costumbre		
----	---	------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	-----------------------------	--	--

No.	PREGUNTAS En las dos últimas semanas	RESPUESTAS				No llene estas columnas	
		0	1	2	3	GHQ	L
A1	¿Se ha sentido perfectamente bien y con su salud?	Si, y mejor que de costumbre	Sí, Igual que siempre	No, Peor que de costumbre	Mucho peor que de costumbre		
A2	¿Ha sentido la necesidad de tomar un reconstituyente o vitaminas para sentirse mejor?	No, en absoluto	No más que de costumbre	Sí, Bastante más que de costumbre	Sí, Mucho más que de costumbre		
A3	¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	No, en absoluto	No más que de costumbre	Sí, Bastante más que de costumbre	Sí, Mucho más que de costumbre		
A4	¿Ha venido sintiéndose como que estuviera enfermo?	No, en absoluto	No más que de costumbre	Sí, Bastante más que de costumbre	Sí, Mucho más que de costumbre		
A5	¿Ha tenido dolores de cabeza?	No, en absoluto	No más que de costumbre	Sí, Bastante más que de costumbre	Sí, Mucho más que de costumbre		
A6	¿Ha tenido sensación de opresión o pesadez en la cabeza o de que la cabeza le va a estallar?	No, en absoluto	No más que de costumbre	Sí, Bastante más que de costumbre	Sí, Mucho más que de costumbre		
A7	¿Ha sentido que a su cuerpo le vienen unas olas de calor o escalofríos?	No, en absoluto	No más que de costumbre	Sí, Bastante más que de costumbre	Sí, Mucho más que de costumbre		
B1	¿Sus preocupaciones le están haciendo perder mucho el sueño?	No, en absoluto	No más que de costumbre	Sí, Bastante más que de costumbre	Sí, Mucho más que de costumbre		
B2	¿Ha tenido dificultades para dormir de una sola, toda la noche?	No, en absoluto	No más que de costumbre	Sí, Bastante más que de costumbre	Sí, Mucho más que de costumbre		
B3	¿Se viene sintiendo en permanente tensión y con demasiadas preocupaciones encima?	No, en absoluto	No más que de costumbre	Sí, Bastante más que de costumbre	Sí, Mucho más que de costumbre		
B4	¿Siente que anda hecho un fósforo y que reacciona con mal humor?	No, en absoluto	No más que de costumbre	Sí, Bastante más que de costumbre	Sí, Mucho más que de costumbre		
B5	¿Ha sentido pánico o miedo terrible sin motivo aparente?	No, en absoluto	No más que de costumbre	Sí, Bastante más que de costumbre	Sí, Mucho más que de costumbre		
B6	¿Ha tenido la sensación de que todo está en su contra y se le viene encima?	No, en absoluto	No más que de costumbre	Sí, Bastante más que de costumbre	Sí, Mucho más que de costumbre		
B7	¿Se ha notado nervioso y "a punto de	No, en absoluto	No más que de	Sí, Bastante más	Sí, Mucho más		

⁵Goldberg, D.- General Health Questionnaire

explotar” constantemente?		costumbre	que de costumbre	que de costumbre		
---------------------------	--	-----------	------------------	------------------	--	--

No.	PREGUNTAS En las últimas semanas	RESPUESTAS				PTOS.	
		0	1	2	3	GHQ	L
C1	¿Ha logrado mantenerse ocupado y activo?	Sí, más activo que de costumbre	Sí, Igual que de costumbre	Peor que de costumbre	Mucho peor que de costumbre		
C2	¿Le cuesta más tiempo que antes hacer las cosas?	No, porque soy más rápido que de costumbre	No, me demoro igual que de costumbre	Sí, me demoro más que de costumbre	Sí, me demoro mucho más que de costumbre		
C3	¿Ha tenido la impresión, en general, de que las cosas que hace le salen bien hechas?	Sí, Salen mejor que de costumbre	Sí, Aproximadamente lo mismo	Salen peor que de costumbre	Mucho peor que de costumbre		
C4	¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Sí, Más satisfecho	Sí, Aproximadamente lo mismo	Menos satisfecho que de costumbre	Mucho más insatisfecho que de costumbre		
C5	¿Ha sentido que sigue siendo una persona útil en la vida?	Sí, Me siento más útil que de costumbre	Sí, Igual que de costumbre	Menos útil que de costumbre	Mucho menos útil que de costumbre		
C6	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Sí, Más que de costumbre	Sí, Igual que de costumbre	No, porque me he vuelto indeciso	No, porque me he vuelto muy indeciso		
C7	¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	Sí, Más que de costumbre	Sí, Igual que de costumbre	Disfruto menos que de costumbre	Disfruto mucho menos que de costumbre		
D1	¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	No más que de costumbre	Sí, más que de costumbre	Sí, Mucho más que de costumbre		
D2	¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	No, en absoluto	No más que de costumbre	Sí, Bastante más que de costumbre	Sí, Mucho más que de costumbre		
D3	¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirse?	No, en absoluto	No más que de costumbre	Sí, Bastante más que de costumbre	Sí, Mucho más que de costumbre		
D4	¿Ha pensado en la posibilidad de matarse? (Quitarse la vida)	Claro que no	Me parece que no	Si se me ha ocurrido	Definitivamente lo he pensado		
D5	¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios alterados?	No, en absoluto	No más que de costumbre	Sí, Bastante más que de costumbre	Sí, Mucho más que de costumbre		
D6	¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	No, en absoluto	No más que de costumbre	Sí, Bastante más que de costumbre	Sí, Mucho más que de costumbre		
D7	¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?	Definitivamente no	Me parece que no	Si se me ha ocurrido	Definitivamente lo he pensado		

(No llene) – Puntaje: [] []