

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN RELACIONADO AL CONSUMO DE
ALCOHOL EN ADOLESCENTES AL REGRESO DE LA
PRESENCIALIDAD EN LA I.E.**

SAN FERNANDO 2022

**Tesis para optar el título profesional de
MÉDICO CIRUJANO**

LEX TONY ZUTA YALTA

Pucallpa, Perú

2023



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los 10 días del mes de Noviembre del dos mil Veintitrés, siendo las 12:00 horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominado **“ANSIEDAD Y DEPRESION RELACIONADO AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES AL REGRESO DE LA PRESENCIALIDAD EN LA I,E, SAN FERNANDO 2022”** elaborado por el bachiller en Medicina Humana **Lex Tony Zuta Yalta**.

El Jurado Calificador de Tesis esta conformado por los siguientes docentes:

M.C. LUIS ENRIQUE CIUDAD FERNANDEZ	(Presidente)
Dr. TOMAS NOEL SANTANA TELLEZ	(Miembro)
M.C. GABRIELA GRIMANEZA VERA SUMA	(Miembro).

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo de BUENO. Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa, 10 de Noviembre del 2023.

.....
M.C. LUIS ENRIQUE CIUDAD FERNANDEZ
 Presidente del Jurado Evaluador

.....
Dr. TOMAS NOEL SANTANA TELLEZ
 Miembro del Jurado Evaluador

.....
M.C. GABRIELA GRIMANESA VERA SUMA
 Miembro del Jurado Evaluador



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

.....
M.C. Mg. LUIS ENRIQUE CIUDAD FERNANDEZ
Presidente del Jurado Evaluador

.....
Dr. TOMAS NOEL SANTANA TELLEZ
Miembro del Jurado Evaluador

.....
M.C GABRIELA GRIMANESA VERA SUMA
Miembro del Jurado Evaluador

.....
M,C, OSCAR MARCELINO CORNEJO CHAVEZ
Asesor de Tesis

.....
Bach. LEX TONY ZUTA YALTA
Tesisista



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
DIRECCION GENERAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND/OURIGINAL

Nº V/0407-2023.

La Dirección de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el trabajo académico de investigación, titulado:

"ANSIEDAD Y DEPRESIÓN RELACIONADO AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES AL REGRESO DE LA PRESENCIALIDAD EN LA I.E. SAN FERNANDO 2022"

Autor(es) : ZUTA YALTA, LEX TONY
Facultad : MEDICINA HUMANA
Escuela : Medicina Humana
Asesor(a) : Espec. Cornejo Chavez, Oscar Marcelino

Presenta un **porcentaje de similitud de 2%** verificado en el Sistema Antiplagio URKUND/OURIGINAL, De acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO, el cual indica que todo trabajo de investigación no debe superar el 10%. **En tal sentido, se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud**, procediéndose a emitir la presente Constancia de Originalidad de Trabajo de Investigación (COTI) a solicitud del asesor. En señal de conformidad y verificación se firma y se sella la presente constancia

Fecha: 12/07/2023



Mg. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Repositorio de la Universidad Nacional de Ucayali

Yo, Lex Tony Zuta Yalta

Autor de la tesis titulada: "Ansiedad y depresión relacionados al consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la I.E. San Fernando 2022"

Sustentada el año 2023

Asesor(a): Dr. Oscar Marcelino Cornejo Chávez

Facultad: Medicina Humana

Escuela Profesional: Medicina Humana

Autorizo la publicación:

PARCIAL

TOTAL

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 10/11/23

Email: lex.unu82@gmail.com

Firma: 

Teléfono: 961929227

DNI: 41183761

DEDICATORIA

Le dedico el resultado de este trabajo a toda mi familia, principalmente, a mis padres, por enseñarme a afrontar las dificultades sin perder nunca la cabeza ni morir en el intento.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme las fuerzas y el valor de seguir adelante en todo mi desarrollo profesional y mi familia por el apoyo absoluto que se mostró en todo momento.

A mis queridos padres, que siempre han sido el motor que impulsa mis sueños y esperanza, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudios.

A los docentes de la Escuela Profesional de Medicina Humana, quienes me enseñaron las bases necesarias de mi carrera profesional.

A mis compañeros de estudios, que durante todo este tiempo de la carrera profesional estuvieron siempre conmigo.

PORTADA

I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Ansiedad y depresión relacionado al consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.

II. ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Salud Mental.

III. AUTOR

Bach. Lex Tony Zuta Yalta.

.

IV. ASESOR

Dr. Oscar Marcelino Cornejo Chávez.

V. INSTITUCIÓN Y PERSONAS COLABORADORAS

Institución Educativa San Fernando.

VI. INSTITUCIÓN QUE FINANCIA

Autofinanciado.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
PORTADA.....	viii
ÍNDICE.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	xv
CAPÍTULO I : PROBLEMA.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	3
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. ANTECEDENTES.....	6
2.1.1. Investigaciones Extranjeras.....	6
2.1.2 Investigaciones Nacionales.....	8
2.1.3 Investigaciones Locales.....	9
2.2. BASES TEÓRICAS.....	10
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	22
2.4. HIPÓTESIS.....	23
2.5. VARIABLES DE ESTUDIO.....	24

CAPÍTULO III : METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	28
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	28
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	28
3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	28
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	29
3.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	29
3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34
3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	34
CAPÍTULO IV : RESULTADOS	36
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	36
4.2. DISCUSIÓN.....	41
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	52

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Operacionalización de las variables.....	26
Tabla 2. Ansiedad y depresión están relacionados al consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022	36
Tabla 3. Características sociodemográficas de los adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022 (n=139).....	38
Tabla 4. Frecuencia de la ansiedad en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022 (n=139).....	39
Tabla 5. Frecuencia de la depresión en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022 (n=139).....	40
Tabla 6. Frecuencia del consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.....	41

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Consecuencias del trastorno de pánico.....	14
Figura 2. Frecuencia de la ansiedad en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.....	39
Figura 3. Frecuencia de la depresión en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.....	40
Figura 4. Frecuencia del consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.....	41

RESUMEN

Introducción. El consumo de Alcohol en el mundo ha ido aumentando sobre todo en población adolescente, quizá la frecuencia ha disminuido pero la cantidad por persona ha aumentado; el consumo de alcohol es un problema grave en el Perú, es así que más del 70% de adolescentes de 15 años consume alcohol y más del 90% lo hace por presión de familiares o amigos. En ciertos estudios se ha podido observar que existe una relación entre el consumo de alcohol en adolescente y la presencia de trastornos mentales tales como la depresión o la ansiedad. Objetivo. Determinar si la ansiedad y depresión están relacionados al consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022. Materiales y Métodos. El diseño de investigación fue cuantitativo, observacional, correlacional de tipo transversal. La muestra consto de 139 participantes y se utilizó un muestreo no probabilístico; se utilizó como instrumentos como: el inventario de depresión de Beck, la escala de ansiedad de Hamilton y el cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de Alcohol. Resultados. La media de edad es de 16.2 ± 0.6 ; 51.2% fueron varones, 1 de cada 10 chicos tenían una ansiedad muy severa; 4 de cada 10 padecían de depresión moderada o grave; y, por último, en cuanto al consumo de alcohol podemos ver que es 87% presenta un riesgo bajo para el mismo, el 7.9% presenta un riesgo medio, el 2.9% presencia alto riesgo y el 1.4% presenta dependencia al alcohol. Conclusión. Se concluye que existe una relación estadísticamente significativos con un valor $p < 0.001$, entre la ansiedad y la depresión con el consumo de alcohol en adolescentes en la Institución Educativa San Fernando.

Palabras Clave: Ansiedad, depresión, alcoholismo, adolescencia.

ABSTRACT

Introduction. Alcohol consumption in the world has been increasing especially in the adolescent population, perhaps the frequency has decreased but the amount per person has increased; Alcohol consumption is a serious problem in Peru, so more than 70% of 15-year-old adolescents consume alcohol and more than 90% do so due to pressure from family or friends. In certain studies it has been possible to observe that there is a relationship between alcohol consumption in adolescents and the presence of mental disorders such as depression or anxiety. Objective. Determine if anxiety and depression are related to alcohol consumption in adolescents returning to face-to-face classes at the San Fernando Educational Institution 2022. Materials and Methods. The research design was quantitative, observational, correlational of a cross-sectional type. The sample consisted of 139 participants and a non-probabilistic sampling was used; It was used as instruments such as: Beck's depression inventory, Hamilton's anxiety scale and the questionnaire for the identification of disorders due to alcohol consumption. Results. The mean age is 16.2 ± 0.6 ; 51.2% were male, 1 out of 10 boys had very severe anxiety; 4 out of 10 suffered from moderate or severe depression; and, finally, regarding alcohol consumption we can see that 87% present a low risk for it, 7.9% present a medium risk, 2.9% present high risk and 1.4% present alcohol dependence. Conclusion. It is concluded that there is a statistically significant relationship with a p value <0.001 , between anxiety and depression with alcohol consumption in adolescents at the San Fernando Educational Institution.

Keywords: Anxiety, depression, alcoholism, adolescence.

INTRODUCCIÓN

La depresión y la ansiedad son trastornos mentales comunes que pueden afectar gravemente la calidad de vida de una persona. Cuando estos trastornos están asociados con el consumo de alcohol, pueden tener consecuencias aún más graves en la salud física y mental del individuo.

El consumo excesivo de alcohol puede aumentar los síntomas de la depresión y la ansiedad, y a su vez, la depresión y la ansiedad pueden aumentar la probabilidad de que una persona consuma alcohol en exceso. Esta relación bidireccional puede generar un ciclo negativo que puede ser difícil de romper.

La depresión asociada con el consumo de alcohol puede manifestarse de diferentes formas, incluyendo sentimientos de tristeza, apatía, desesperanza y falta de energía. Por su parte, la ansiedad asociada con el consumo de alcohol puede manifestarse a través de síntomas como preocupaciones constantes, inquietud, palpitaciones, sudoración y tensión muscular.

Es importante destacar que el consumo excesivo de alcohol puede afectar el equilibrio químico del cerebro, lo que puede agravar la depresión y la ansiedad. Además, el alcohol puede afectar la calidad del sueño y reducir la capacidad de afrontar el estrés, lo que también puede empeorar los síntomas de la depresión y la ansiedad. En resumen, la depresión y la ansiedad asociadas con el consumo de alcohol son problemas graves que pueden afectar la calidad de vida de una persona de muchas maneras. Si sospechas que tú o alguien que conoces puede estar sufriendo de estos problemas, es importante buscar ayuda de un profesional de la salud mental para recibir un diagnóstico y tratamiento adecuado.

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de Alcohol en el mundo ha ido aumentando sobre todo en población adolescente, quizá la frecuencia ha disminuido pero la cantidad por persona ha aumentado en referencia al 2005 que se consumía 5,5 litros por persona a 6,4 en el 2016. El principal alcohol que se consume en el mundo son licores y aguardientes, en un segundo lugar está la cerveza y detrás de este el vino. Es pertinente decir que el 26,5% de la población entre 15 y 19 años son bebedores, esto significa cerca de 155 millones de adolescentes en todo el mundo y estas cifras aumentan del lugar en caso de América está en el 38% (1).

En caso de las Américas, el consumo de Alcohol está bastante orientado a otros factores como el sexo, ingresos, religión, nivel de desarrollo o políticas públicas. En caso de las Américas la bebida más consumida en casi todos los países es la cerveza, pero existe excepciones como en Argentina es el vino y en Cuba son los destilados (ron) (2).

El consumo de alcohol es un problema grave en el Perú, es así que más del 70% de adolescentes de 15 años consume alcohol y más del 90% lo hace por presión de familiares o amigos (3). Además, según el ministerio de Justicia, el 58% de adolescentes en centros juveniles son bebedores mientras que 13% admitió cierto tipo de abuso del mismo (4).

En ciertos estudios se ha podido observar que existe una relación entre el consumo de alcohol en adolescente y la presencia de trastornos mentales tales como la depresión o la ansiedad. Si bien es cierto ambas entidades se encuentran muy comunes hoy en día, pero aún seguimos en búsqueda de cuál es el límite cuando empieza el abuso por estas patologías (5).

Mientras tanto otros estudios han demostrado que las prevalencias de ambas entidades mentales son muy difíciles de definir ya que son muchas veces asintomática, y que esta falta de diagnóstico es frecuente en países tercermundistas y que tienen otros factores asociados como es el sexo, disfunción familiar, nivel socioeconómico o la carga estudiantil (6).

En nuestro entorno no hay estudios similares que nos puedan dar una imagen de la real dimensión del problema. En la actualidad debemos evaluar aún más la salud mental sobre todo posterior a la catástrofe sanitaria y social que ha significado el COVID-19 sobre todo en poblaciones tan vulnerables como los adolescentes.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema Principal

- ¿Existe relación entre la ansiedad y depresión relacionado al consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022?

1.2.2. Problemas Secundarios

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022?
- ¿Cuál es la frecuencia de la ansiedad en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022?
- ¿Cuál es la frecuencia de la depresión en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022?
- ¿Cuál es la frecuencia del consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022?

1.3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.3.1. Objetivo General

- Determinar si la ansiedad y depresión están relacionados al consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Establecer la frecuencia de la ansiedad en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.

- Indicar la frecuencia de la depresión en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.
- Identificar la frecuencia del consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad de clases en la Institución Educativa San Fernando 2022.
- Establecer las características sociodemográficas de los adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La depresión y la ansiedad son patologías mentales, que se evidencian con cierta frecuencia en la adolescencia, ya que esta etapa de la vida de un ser humano suele ser la que mayor reto lleva afrontar ya que se debe dejar a un lado al niño y la sensación de incertidumbre que da el pensar en el futuro y en aquel adulto en el cual terminaremos siendo.

Es así que el consumo de alcohol puede ser todo un detonante llevando a graves consecuencia en su abuso, muchos de estos producidos porque ya existe en la persona un trastorno mental que se adiciona a situaciones que experimenta un adolescente.

Esto también puede depender del lugar, la condición social, el sexo de la persona, la influencia social para la misma, políticas públicas, etc.

En nuestro medio, no existe una investigación que nos dé una aproximación de lo dañino que puede ser tener depresión o ansiedad

relacionada a un consumo elevado de alcohol, así mismo debemos evaluar la situación actual del mundo después de una pandemia que dos años después del mismo aún seguimos cargando con la consecuencia sociales y económicas, las mismas que son tierra fértil para estas entidades patológicas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Investigaciones Extranjeras

Arias Molina, Yordany et al. Cuba. (2019). “Autoestima, ansiedad y depresión en adolescentes con consumo de riesgo de alcoholismo”. Este estudio es de tipo observacional, descriptivo y transversal. Esta realizado en la Escuela Técnica “General Luis Milanés”. Se tuvo como muestra a 110 adolescentes. Dentro de los resultados solo el 19% presento valores de baja autoestima; también se evidencia que la población tiende a tener ansiedad ya que tanto en rasgo como en estado se tuvieron valores del 19% y 24% respectivamente. Siendo la conclusión que los adolescentes que consumen alcohol sufren de ansiedad pero que no tienen depresión o autoestima baja (7).

Chávez González Víctor Hugo et al. México. (2020). Esta investigación fue una tesis con el siguiente título: “¿están los síntomas de ansiedad asociados con el consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 17 años dentro del municipio de Mexicali en el estado de Baja California?”. En esta tesis se tuvo como muestra de la población a 384 estudiantes comprendidos entre las edades de 15 y 17 años. Se utilizó instrumentos como AUDIT para la medición del consumo de alcohol y la escala de Beck para la medición de depresión. Los resultados obtenidos en esta investigación arrojaron que el 51% de los estudiantes había consumido alcohol al menos una vez en su vida y solo el 26% tenía síntomas sugestivos a la depresión. El sexo masculino se vio más

frecuente en los que consumen alcohol, también se vio que mientras más aumentaba la edad más aumentaban los consumidores. Se concluyó que si existe una relación entre el consumo de alcohol y la depresión (8).

Valarezo-Bravo Omayck F. et al. Ecuador. (2021). Esta investigación tiene el siguiente título: "Síntomas de ansiedad y depresión asociados a los niveles de riesgo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la ciudad de Loja, Ecuador". En esta investigación llegó a tener como muestra de la población a 663 estudiantes comprendidos entre las edades de 13 y 20 años. Se utilizó instrumentos como ASSIST para la medición del consumo de alcohol y tabaco, la escala de Beck para la medición de depresión y la escala de Hamilton para la ansiedad. Los resultados obtenidos en esta investigación arrojaron que el 12% de mujeres adolescentes sufre depresión frente al 4% de hombre con esta patología. El 31% presentó ansiedad moderada a grave. Mientras que el riesgo de consumo de tabaco o alcohol sobre todo en riesgo grave fue de 13% y 24% respectivamente. Se concluyó que, si existe una relación entre el consumo de tabaco y alcohol con la ansiedad y depresión, siendo esto mucho más frecuente en mujeres de los estudiantes que habían consumido alcohol al menos una vez en su vida y solo el 26% tenía síntomas sugestivos a la depresión (9).

Gil Llagostera, Mariona. España. (2021). Esta investigación es una tesis que lleva como título: "Variables sociodemográficas y psicopatología acompañante en el trastorno por consumo de alcohol". En esta investigación se realizó en un centro de desintoxicación "Los Montalvos". Se tuvo como muestra a 428 pacientes de este centro que eran consumidores de alcohol, cocaína y

otras drogas. En los resultados se vio que el 43% presentaba un trastorno de depresión, el 19% presentaba ansiedad, el 67% presentaba depresión y dependencia al alcohol y el consumo de alcohol en solitario se relaciona más en personas depresivas. Se concluyó que, si existe una relación entre el consumo de alcohol y la depresión, pero no se observó que exista una relación con la ansiedad, además se vio que el sexo femenino estaba relacionada a mayor dependencia al alcohol y comorbilidades psiquiátricas (10).

2.1.2. Investigaciones Nacionales

Cabanillas-Rojas, William. Lima. (2021). La siguiente investigación lleva como título: "Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú: evolución y retos de intervención". Este estudio es una evaluación secundaria de otras investigaciones y sobre todo de los reportes que realizó DEVIDA en su momento. Dentro de las observaciones realizadas se pudo ver que existe una disminución del consumo de alcohol entre los 17 y 20 años, pero que, si se ve una inversión en los géneros, esto se ve en el 2007 que hombres 31% vs 28% de mujeres consumían alcohol, 10 años después en el 2017 se ve que el 19% de mujeres vs 15% de hombres consumen alcohol. Donde también existe una clara diferenciación en los días de embriaguez; mientras que las mujeres solo el 7% están de 3 a más días embriagada, los hombres duplican esta cifra con 14%. Pero aun así la diferencia en problemática al consumo de alcohol es mínima entre sexos (Hombres 48% vs 46% Mujeres). Se concluyó que las medidas preventivas y terapéuticas se deben aplicar respetando el dinamismo social que se vive y que se evidencia en los resultados obtenidos a lo largo de estos 10 años (11).

Martos Chusho, Rocío Lilibeth. Cajamarca. (2021). Es un estudio tipo tesis con el título: “Ansiedad y depresión en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Cajamarca - 2021”. En esta investigación se tuvo como muestra a 150 adolescentes comprendido desde primero de secundaria hasta quinto de secundaria, así mismo se pudo ver en los resultados que el 53% de estudiantes presentan depresión en contra posición el 54% presenta ansiedad. Se concluyó que tanto la ansiedad como la depresión estaban presentes en esta población de estudiantes de nivel secundario con un nivel alto de prevalencia en ambos casos (12).

2.1.3. Investigaciones Locales

Choque Güere, Klinsmar Gregory Y Ocampo Flores, Zoila Isabel (2017) presentó la tesis titulada: “Relación entre la depresión y el consumo de alcohol en adolescentes del 5to año de la Institución Educativa San Fernando”. Esta investigación se llevó a cabo en adolescentes del distrito de Manantay. Participaron 80 estudiantes de las diferentes secciones del quinto grado de secundaria. Se empleó como instrumentos de medición al cuestionario AUDIT para el consumo de alcohol y la escala de Zung para determinar la depresión. Entre los valores relevantes fue que la media de edad fue de 16 años. Se concluyó que no existe relación estadística entre la depresión y el consumo de alcohol (13).

Apuela Espinoza, Margoth Jajaira y Garcia Mancisidor, Juliana (2020) presentó la tesis titulada: “Alcoholismo y adolescentes infractores reincidentes del centro juvenil de diagnóstico y rehabilitación Pucallpa en el año

2019". Esta investigación de tipo cuantitativa transversal; en la cual se contó con una muestra de 42 internos del centro de rehabilitación infractores. De los cuales el 100% admitió que consume alcohol; además se vio que el mayor porcentaje refirió que consume alcohol Inter diario o semanal ambos con una prevalencia del 38% siendo la bebida más consumida la cerveza en un 86%. Se concluyó que el alcohol ejerce una gran influencia en los adolescentes para convertirse en infractores reincidentes (14).

2.2. BASES TEÓRICAS

Ansiedad

La definición de ansiedad se ha vuelto muy ambigua y con ello se lleva a erróneas ideas de lo que significa realmente y esto se produce por una serie de imprevistos en el origen de la palabra ya que en pro de una traducción más exacta o precisa de ciertos términos de lenguas anglosajonas al nuestro se ha dispersado y se ha dado termino incorrectos (15).

La definición más acertada es la que propone Clark y Beck; en la cual se divide a la ansiedad en 3 entidades: Ansiedad normal, Ansiedad como personalidad y ansiedad patológica. La primera nos hace referencia a la respuesta humana a determinados eventos y que en cierta medida son beneficios para la persona; en caso del segundo es una situación en la cual predisponen a la persona a sufrir trastornos emocionales y la última nos refiere a una reacción exagerada por la persona a estímulos pequeños, es por esto que se considera una patología psiquiátrica (15), (16).

Tipos de Trastornos por Ansiedad

Trastorno de ansiedad generalizada: Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses. La ansiedad se asocia a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (17), (18).

Trastorno por estrés postraumático: Se presenta cuando el paciente ha estado expuesto a un acontecimiento altamente traumático en que estuviera amenazada su integridad física o la de los demás y se caracteriza por la reexperimentación del evento como recuerdos recurrentes e intrusos que provocan malestar, síntomas debido al aumento de la activación (irritabilidad, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, dificultades para conciliar o mantener el sueño) así como evitación persistente de los estímulos relacionados con el trauma (17), (18).

Trastorno obsesivo compulsivo: Se caracteriza por la presencia de obsesiones (pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que causan malestar o ansiedad significativos) y de compulsiones que son comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo que se realizan para disminuir la ansiedad provocada por las obsesiones o para prevenir de algún acontecimiento negativo (17), (18).

Fobia social: Temor persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que la persona se ve expuesta a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás presentando el temor de actuar de un modo que sea humillante o

embarazoso. Las situaciones sociales temidas se evitan o se experimentan con ansiedad y malestar intensos (17), (18).

Fobia específica: Temor persistente y acusado que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (animales, sangre, alturas, tormentas, aviones, elevadores) (17), (18).

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente (17), (18).

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias. Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga o fármaco (17), (18).

Trastorno de Pánico

Uno de los tipos clínicos del trastorno de pánico es el Ataque de Pánico, que es el trastorno psiquiátrico que se presenta con más frecuencia en los servicios de emergencia de los hospitales generales, porque el paciente lo confunde con un infarto del miocardio. Por esta razón lo trataremos ampliamente con objeto de que el médico no psiquiatra lo conozca a profundidad y pueda reconocerlo y tratarlo con efectividad (18).

El trastorno de pánico se inicia alrededor de los 18 años y la agorafobia a los 17 años. Los ataques de pánico se caracterizan por tres componentes:

- Crisis de angustia recurrentes.

- Inesperadas.
- Ansiedad anticipatoria de volver a presentar otra crisis.

Estas crisis de ansiedad se caracterizan por episodios súbitos de ansiedad intensa y/o miedo que duran menos de una hora, alcanzando su máxima expresión en los primeros 10 minutos y que se acompañan de síntomas somáticos como palpitaciones y sensación de falta de aire, así como del temor de que se llegue a presentar una terrible consecuencia física, mental o social por trastornos de ansiedad la crisis de angustia. Posterior a la crisis de angustia los pacientes refieren sentirse cansados o exhaustos. La frecuencia de las crisis puede variar, de ser ocasionales en meses o años a más de 10 o 20 crisis en un día (18).

Como estos pacientes suelen consultar en primer lugar a otros especialistas o bien acuden a la sala de urgencias de los hospitales, es importante identificar las crisis de angustia para que los síntomas no lleguen a ser malinterpretados como síntomas de infarto al miocardio o insuficiencia respiratoria (18).

Síntomas físicos

A pesar de que los criterios de diagnóstico del DSM IV TR estipulan que cualquier combinación de por lo menos cuatro síntomas son suficientes para realizar el diagnóstico de crisis de angustia, se ha visto que ciertos síntomas físicos son más frecuentes y típicos de la crisis de angustia.

Por lo mismo lo podríamos clasificar en dos categorías según el grado de temor que llegan a tener los pacientes cuando los presentan:

- **De primer orden:** Palpitaciones y taquicardia, sensación de desmayo, sensación de falta de aire, sensación de ahogo, opresión torácica, sudoración y temblor.
- **De segundo orden:** Oleadas de calor o frío, adormecimiento u hormigueo en extremidades o cara y náusea o molestias abdominales.

Dentro de las catástrofes temidas se encuentran:

Figura 1

Consecuencias del Trastorno de Pánico. Fuente: (18)

Medicas	Psicológicas	Sociales
<ul style="list-style-type: none"> • Desmayarse. • Autoagredirse. • Morir súbitamente por infarto. • Enfermedad vascular cerebral. • Ahogo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a perder el control o volverse loco. • Parecer como enfermo mental • Perder inteligencia. • Temor de que no disminuya la angustia por no saberlo manejar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo. • Crítica de parte de los demás. • Abandono. • Humillación. • Vergüenza. • Hacer una “escena” o “hacer el ridículo”.

Ansiedad anticipatoria

La ansiedad anticipatoria es una parte fundamental en las crisis de angustia, existen diversas formas en que la ansiedad anticipatoria puede ser definida. La mayor parte es referida como “miedo al miedo”, de manera más específica este miedo se refiere a las consecuencias anticipadas de las crisis de angustia. Las personas que desarrollan ansiedad anticipatoria tienen la creencia que los síntomas son peligrosos.

Agorafobia

Algunos pacientes con trastorno por crisis de angustia desarrollan agorafobia que usualmente se define como el temor y/o evitación de encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o en lugares en que en el caso de presentarse una crisis pueda no disponerse de ayuda.

Trastorno de crisis angustia y agorafobia

Factores de riesgo para desarrollar agorafobia en pacientes con trastorno por crisis de angustia: en el sexo femenino y/o factores cognitivos tales como:

- Expectativa que las crisis de angustia pueden presentarse en ciertas situaciones.
- Expectativa exagerada de consecuencias negativas sociales.
- Expectativas exageradas de consecuencias negativas si las crisis de angustia se presentan en situaciones específicas.
- Temor prominente de morir o “volverse loco” durante una crisis de angustia.
- Tener la creencia que la persona no es capaz de manejar un ataque de pánico.
- Dependencia prominente o trastorno de personalidad dependiente.
- Vergüenza de tener una crisis de angustia
- Ansiedad social prominente o trastorno de ansiedad social.

Tratamiento No Farmacológico

Todos los pacientes con trastorno por crisis de angustia requieren de sesiones psicoeducativas que incluyan información acerca del padecimiento, etiología, mecanismo de acción de las intervenciones psicológicas y farmacológicas. En casos seleccionados o que no pueden asistir con el especialista, se puede usar la biblioterapia recomendando que lean y practiquen los ejercicios de algún texto de divulgación de terapia cognitivo conductual, como “Adiós Ansiedad” de David Burns.

La terapia cognitivo conductual ha demostrado su eficacia en los trastornos por ansiedad. En estos pacientes se hace una evaluación inicial, sesiones de psicoeducación para el paciente y familiares para que tengan conocimiento del padecimiento y del tratamiento a seguir, así como para aclarar las dudas que tienen con respecto al mismo. Las sesiones posteriores enseñan al paciente técnicas de relajación para manejar la ansiedad como respiración diafragmática.

Al paciente se le recomienda que realice un registro de los niveles de ansiedad promedio al día que presenta y en el caso de que llegue a tener una crisis de angustia registra la fecha, lugar donde se presentó la crisis, duración, síntomas físicos, pensamientos y conducta. Para realizar posteriormente debate de las distorsiones cognitivas que se presentan y que mantienen a la persona con el temor de presentar nuevamente una crisis de angustia. Una vez que el paciente aprenda a debatir estos pensamientos se le enseña al paciente a producir los síntomas temidos en el consultorio para que pueda practicarlos de manera frecuente para que el paciente aprenda a manejar estos síntomas y

ya no le genere temor el presentarlos.

Asimismo, en los pacientes que presentan agorafobia se realiza una jerarquía (según el nivel de ansiedad que provocan) que incluya las situaciones o lugares que la persona teme o evita para realizar las exposiciones de manera gradual y frecuente, logrando de esta manera el proceso de habituación a los mismos.

Depresión

La depresión es una entidad patológica en el cual los síntomas más frecuentes son tristeza persistente y desinterés en actividades diarias (17). Esta patología con frecuencia es vista en el primer nivel de atención, así como se ha visto que el 70% no lleva un tratamiento adecuado para la misma (19).

Factores de Riesgo

Existen varios factores relacionados a la depresión. Entre ellas la genética; se ha visto que el riesgo sube si existe un antecedente de un familiar con depresión, así como el riesgo en gemelos homocigotos que es del 65%. Factores no modificables son madres jóvenes entre 15 y 17 años tienen dos veces más riesgo a la depresión en edad adulta. Otros factores serían mayores de 60 años varios tipos de trastornos depresivos, depresión previa abuso de drogas, etc. (19).

Tipos de Depresión

- **Trastorno depresivo grave:** También llamado depresión grave, se caracteriza por la combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer o disfrutar de actividades que antes eran placenteras. El episodio incapacitante puede ocurrir una sola vez en la vida, pero generalmente ocurre varias veces en el curso de la vida (20).
- **Trastorno distímico:** El DSM-IV define al trastorno distímico como crónico, persistente y moderadamente grave, como un estado de ánimo deprimido, con dos o más síntomas adicionales (alteraciones del sueño, disminución del apetito, sentimientos de desesperanza, letargo). Los síntomas deben persistir durante al menos dos años, pero sin ser lo bastante graves como para constituir un episodio depresivo mayor (21).

Depresión en Adolescentes

Los síntomas incluyen cambios en el apetito, el sueño o el peso; fatiga; disminución de la libido; dificultad para concentrarse; sentimientos de inutilidad; y, en casos moderados a severos de MDD (Trastorno Depresivo Mayor), pensamientos recurrentes de muerte. Hay un fuerte componente genético en MDD, con las tasas más altas observadas en familiares de primer grado. La prevalencia puntual de MDD en adolescentes varía de 0,4% a 8,3% y la prevalencia de por vida es de aproximadamente 10% a 28%. Las niñas tienen el doble de probabilidades que los niños de tener MDD (22).

Clínica

Pocos pacientes deprimidos acuden a su médico quejándose de estar tristes o deprimidos. La mayoría presenta quejas somáticas o fatiga como su queja principal. A menudo es difícil distinguir estos síntomas de los relacionados con enfermedades orgánicas. Un alto índice de sospecha, el conocimiento previo del paciente y la conciencia de los factores de riesgo, como los antecedentes familiares, ayudan a realizar un diagnóstico temprano y preciso. El insomnio, especialmente el despertar temprano en la mañana es uno de los síntomas tempranos clásicos y más confiables de la depresión (19).

Los pacientes que se quejan de insomnio persistente tienen tres veces más probabilidades de desarrollar depresión dentro de 1 año que los pacientes sin insomnio persistente. Se ha observado que el sueño empeora progresivamente varias semanas antes de la recurrencia de la depresión. Las quejas somáticas de presentación más comunes implican la pérdida de energía, dolor inexplicable, síntomas gastrointestinales o dolor de cabeza. Otros malestares pueden ser: fatiga, insomnio, dolor de cabeza, dolor crónico, mareo, palpitaciones, dolor abdominal, hinchazón, acidez estomacal, entumecimiento, pérdida de apetito o Síndrome premenstrual alterado (23).

Suicidio

El suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes entre 15 a 19 años. Así mismo la tasa de suicidio va en aumento en los EE. UU.; el 63% de los suicidios es por uso de arma de fuego; de los cuales el 67% obtienen dicha arma en su domicilio. Además, se relaciona al consumo de alcohol a la

consumación del suicidio (24).

La tasa de suicidios en los adolescentes es de 2.6%, esto aumenta en mujeres y latinos con 3.3% y 2.8% respectivamente. Así mismo, la ideación suicida y depresión esta relacionadas, además que otras poblaciones minoritarias sobre todo LGTBIQ+ tienen una tasa de intento de suicidio en la adolescencia de 43% (24).

Tratamiento

El tratamiento debe permanecer aun después de 6 meses de la desaparición de los síntomas de depresión y a suspensión del mismo debe darse por escalones por al menos 2 meses hasta que no reaparezca la depresión (19).

- **Psicoterapia:** Un manejo conjunto entre la medicación y la psicoterapia de apoyo son la medida terapéutica más efectivo para emplear en depresión leve y moderada; esta psicoterapia puede ser atendida por el médico tratante. Una forma de mejorar el tratamiento es fortalecimiento de la autoestima y el cambio a pensamientos negativos son pieza clave para la terapia cognitiva (19). La terapia conductual también se aplica en los adolescentes con grandes resultados, además en esta población se puede usar terapia grupal, ayuda a que la ansiedad del comienzo disminuya y fortalezca la autoestima (24).
- **Otros tratamientos:** Psicoeducación. Además de la detección de la depresión y la prevención del suicidio, las enfermeras pueden hacer

mucho para mejorar el funcionamiento físico, psicológico y social de los adolescentes con TDM. Debido a que el MDD tiene raíces biológicas, psicológicas y sociales, es importante evaluar hasta qué punto el adolescente se involucra en comportamientos saludables. Las alteraciones en el apetito que acompañan al MDD pueden provocar un aumento o una pérdida de peso excesivos. La enfermera puede ayudar al adolescente y a su familia a idear estrategias para mejorar la nutrición. Puede estar justificada la evaluación de la presencia de un trastorno alimentario, especialmente anorexia nerviosa. Los adolescentes que tienen MDD no están motivados para comer, por lo que servir comidas pequeñas y frecuentes con alto valor nutricional promoverá el desarrollo de aminos biogénicas que se agotan en MDD. Para aquellos con MDD atípico, el ansia de dulces y el aumento excesivo de peso son la norma. Esto es especialmente angustioso para las niñas debido a los imperativos sociales de permanecer delgadas. Tener sobrepeso como consecuencia de MDD a menudo disminuye la ya frágil autoestima de las adolescentes (24).

Alcoholismo

La ingesta en exceso de alcohol es un problema social y sanitario; tal es envergadura que en los Estados Unidos se calcula que 5,4% mayores de 12 años consumen alcohol de forma activa y de estos el 40% tendrá complicaciones en su salud relacionados al alcohol (25).

Etiología

El origen de esta ingesta excesiva del alcohol aún no se establece, se cree que varios factores contribuyen a su desarrollo. Tales como los ambientales, los entornos domésticos, las interacciones entre pares, los factores genéticos, el nivel de funcionamiento cognitivo y ciertos trastornos de personalidad existentes. También se ha observado ciertos genes involucrados como: GABRG2 y GABRA2, COMT Val 158Met, DRD2 Taq1A y KIAA0040 (25).

Fisiopatología

Se han sugerido múltiples teorías sobre por qué algunas personas desarrollan trastornos por consumo de alcohol. Algunas de las teorías más respaldadas por la evidencia incluyen la regulación de efectos positivos, la regulación de efectos negativos, la vulnerabilidad farmacológica y la propensión a la desviación. La regulación de efectos positivos da como resultado beber por recompensas positivas (como sentimientos de euforia). La regulación de efectos negativos se observa cuando uno bebe para hacer frente a sentimientos de naturaleza negativa, como depresión, ansiedad o sentimientos de inutilidad. La vulnerabilidad farmacológica toma nota de la respuesta variada de un individuo a los efectos agudos y crónicos de la ingesta de alcohol y las diferencias individuales en la capacidad del cuerpo para metabolizar el alcohol. La propensión a la desviación habla más de la tendencia de un individuo hacia un comportamiento desviado establecido durante la infancia (25).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Ansiedad:** Sentimiento de miedo, temor e inquietud. Puede hacer que sude, se sienta inquieto y tenso, y tener palpitaciones. Puede ser una reacción normal al estrés.
- **Depresión:** Enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.
- **Alcoholismo:** Deterioro en el funcionamiento físico, mental o social de una persona, cuya naturaleza permita inferir razonablemente que el alcohol es una parte del nexo causal que provoca dicho trastorno.
- **Adolescencia:** Período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

- H1. Existe relación entre la ansiedad y depresión con el consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.
- H0: No existe relación entre la ansiedad y depresión con el consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.

2.4.2. Hipótesis Específicas

- H1. Se establece la frecuencia de la ansiedad en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.
- H0: No se establece la frecuencia de la ansiedad en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.
- H2. Existe frecuencia de la depresión en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.
- H0: No existe frecuencia de la depresión en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.
- H3. Existe frecuencia del consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad de clases en la Institución Educativa San Fernando 2022.
- H0: No existe frecuencia del consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad de clases en la Institución Educativa San Fernando 2022.
- H4. Se establece las características sociodemográficas de los adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.

- H0: No se establece las características sociodemográficas de los adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.

2.5. VARIABLES DE ESTUDIO

2.5.1. Variable Dependiente

- Consumo de alcohol.

2.5.2. Variable Independiente

- Depresión y Ansiedad.

2.5.3. Operacionalización de las Variables

- Se describe en la siguiente tabla:

Tabla 1

Operacionalización de las variables

Variable	Definición / concepto	Definición operacional	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Variable dependiente						
Consumo de alcohol	Ingesta de alcohol independientemente de la motivación que lleve Cuestionario de AUDIT	Consumo de bebidas alcohólicas que tenga repercusiones en su salud mental	Riesgo bajo (0-7 puntos) Riesgo medio (8-15 puntos) Riesgo alto (16-19 puntos) Probable adicción (20+ puntos)	Cualitativa	Politómica Ordinal	Cuestionario de AUDIT
Variable Independiente						
Depresión	Enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta	Trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza	Depresión mínima (0-13 puntos) Depresión leve (14-19 puntos) Depresión moderada (20-28 puntos) Depresión grave (29-63 puntos) Ansiedad leve (0-17 puntos)	Cualitativa	Politómica Ordinal	Inventario de Beck
Ansiedad	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad	Patología que exagera la actitud frente a ciertos estímulos.	Ansiedad moderada (18-24 puntos) Ansiedad severa (25-30 puntos) Ansiedad muy severa (31-56 puntos)	Cualitativa	Politómica Ordinal	Escala de Hamilton
Variables Intervinientes						
Edad	Tiempo de vida de una persona, desde su nacimiento.	Número de años cumplidos del paciente desde su nacimiento hasta el momento del estudio.	No aplica	Cuantitativa	Discretas	Encuesta
Sexo	Características biológicamente invariables del hombre y la mujer.	Condición hombre o mujer.	Femenino Masculino	Cualitativa	Dicotómica Nominal Politómica Nominal	Encuesta
Sección	Partes que generalmente pertenecen a algo más grande	Salones que conforman un grado.	A, B, C, D, E	Cualitativa	Politómica Nominal	Encuesta
Lugar de Vivienda			Urbano	Cualitativa	Dicotómica	Encuesta

	Lugar que vive normalmente una persona	Sector en donde se ubica su domicilio	Rural		Nominal	
Convivencia	Acción de convivir	Con quienes vive la persona en el mismo domicilio	Vive solo Vive solo con su Pareja Vive con la familia	Cualitativa	Politémica Nominal	Encuesta
Vivienda	Lugar protegido o construcción acondicionada para que vivan personas.	Tipo de construcción que está compuesta la vivienda	Noble Madera con piso de cemento Madera con piso de tierra Otro	Cualitativa	Politémica Nominal	Encuesta
Horas de estudio	Horas que emplea en el estudio	Número de horas que emplea en estudio fuera de la institución	No aplica	Cuantitativa	Discretas	Encuesta
Pareja	Persona que comparte experiencias, vivencias de índole romántica con otra.	Persona con la que se mantiene una relación amorosa	Con pareja Sin pareja	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Encuesta
Trabajo	Acción o actividad de trabajar	Si cuenta con empleo	Con trabajo Sin trabajo	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Encuesta

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito fue realizado en la Institución Educativa San Fernando, en el cual se contó con todos los permisos correspondientes de la propia institución.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio fue de tipo Cuantitativa, ya que la investigación estuvo basada en representar los resultados de la investigación a partir de un constructo.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación fue correlacional, ya que se midió el grado de relación con su respectiva significancia entre las variables tanto dependiente como independiente.

3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método que se siguió en esta investigación fue el deductivo, ya que se pudo tener conclusiones a partir de las diferentes formas en que se presentan los fenómenos de manera general para dar explicaciones singulares; en esencia es ver de lo general a lo específico.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación fue Observacional (No experimental), ya que las variables no fueron manipuladas por el investigador, solo se observó cómo están presentes y si se relaciona así mismas en cada participante.

3.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

Población

La población estuvo conformada por estudiantes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa San Fernando durante el periodo 2022. La población corresponde a 217 alumnos divididos en 5 secciones.

Muestra y Muestreo

La muestra se obtuvo a partir de la siguiente fórmula empleada con una población finita.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

Z= Valor que resulta de la curva normal.

E= Error máximo permitido.

P= Probabilidad de aciertos.

Q= Probabilidad de no aciertos.

N= Universo.

n= Muestra.

Se tuvo en cuenta que el valor Z fue de 1.96, ya que se utilizó un margen de confianza de 1.96, mientras que el valor de E será igual al 5%.

Reemplazando la fórmula:

$$Z= 1.96$$

$$P= 0.5$$

$$Q= 0.5$$

$$N= 355$$

$$E= 0.05$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5) \times (355)}{(0.05)^2 \times (355 - 1) + (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}$$

n= 139 participantes.

Tipo de muestreo: Probabilístico por conglomerados.

Criterios de inclusión:

- Ser estudiante de la Institución Educativa San Fernando durante el 2023.
- Cursar quinto año de secundaria.
- Con consentimiento del apoderado.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes que tengan diagnóstico de ansiedad o depresión y estén en tratamiento.
- Estudiantes que no deseen participar.
- Estudiantes que tuvieran algún impedimento mental para contestar la encuesta.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó una encuesta para la recolección de datos en el cual se incluyó todas las variables. Se administró a todos los participantes con previa firma de asentimiento informado.

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

El inventario de depresión de Beck fue realizado en 1961, a partir de las evaluaciones clínicas a pacientes depresivos por Beck, el mismo instrumento sufrió modificaciones hasta 1996 que es la versión que se utiliza hoy en día (26). Así mismo se ha realizado una evaluación continua para demostrar sus propiedades psicométricas y su estandarización (27).

Se hizo la validación en español en población peruana en pacientes hospitalizados en medicina general; obteniendo un Alfa de Cronbach de 0.889 (28). Así mismo, se realizó su validez en población adolescentes que demostró ser un instrumento adecuado para poder medir la depresión en adolescentes (27).

El instrumento es de tipo Likert y está compuesto por 21 ítems, cada ítem cuenta con un puntaje de 0 a 4; excepto el ítem 16 y 18 que tiene hasta 7 puntos. Es así que los puntajes van de 0 a 63. Se clasifica en 4 grupos: Depresión mínima (0-13 puntos), depresión leve (14-19 puntos), depresión moderada (20-28 puntos) y depresión grave (29-63 puntos).

Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)

La escala fue publicada en 1959 por Hamilton y siendo ampliamente utilizado en investigación como en la práctica clínica (29). Es validado al español por Lobo en el 2002 teniendo un Alpha de Cronbach de 0,89 y a partir de aquí utilizado en diferentes investigaciones en el mundo hispano (30). Además, en los países ha sido utilizado en población adolescente y con problemas de adicciones (30).

Cuenta con 14 ítems divididos en dos dimensiones Ansiedad psíquica será medido por los ítems (1- 6 y 14) y Ansiedad somática medido por los ítems (7 al 13); la valoración que se dará a cada ítem será de cero (0) puntos que indica (ausente) y cuatro (4) puntos que indica (muy severo), el total de la puntuación será el resultado de cada uno de los ítems. El total de la suma será (0 a 56) puntos. Los puntos de corte son: No Ansiedad: (0 – 5) puntos; Ansiedad menor: (6–14) puntos y Ansiedad Mayor: (> 15). El tiempo de entrevista tendrá una duración de 30 minutos aproximado (31).

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

Este cuestionario fue realizado por Saunders en 1993 con colaboración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un instrumento para la detección del consumo peligroso y nocivo del alcohol (32). La cual se empleó en 6 países del mundo obteniendo una sensibilidad de 0.90 y una especificidad de 0.80. Además, se ha realizado una validez

en español teniendo un Alfa de Cronbach de 0.88. Además, se ha utilizado en poblaciones adolescentes demostrando sus cualidades de instrumento (33).

Es un cuestionario con 10 ítems que tiene puntos de 0 a 4; siendo el máximo puntaje alcanzado es el 40 punto. A partir de 8 puntos ya es un diagnóstico de consumo en riesgo de alcohol, en caso de las mujeres es a partir de 7.

Riesgo bajo (0-7 puntos) Probablemente usted no tenga un problema con el alcohol. Siga bebiendo con moderación o no beba nada en absoluto.

Riesgo medio (8-15 puntos) Puede que en ocasiones beba demasiado. Esto puede ponerle a usted o a otros en riesgo. Intente reducir el consumo de alcohol o deje de beber completamente (34).

Riesgo alto (16-19 puntos) Su consumo de alcohol podría causarle daños, si no lo ha hecho ya. Es importante que reduzca el consumo de alcohol o que deje de beber completamente. Pida a su médico o enfermera/o asesoramiento sobre cómo es mejor reducir el consumo (34).

Probable adicción (20+ puntos) Es probable que su consumo de alcohol le esté causando daños. Hable con su médico o enfermera/o, o con un especialista en adicciones. Pida medicación y asesoramiento que puedan ayudarle a dejar la bebida. Si tiene problemas de alcoholismo, no deje de beber sin la ayuda de un profesional sanitario (34).

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se encuestó a los alumnos de quinto año de secundaria de la Institución Educativa San Fernando, previo asentimiento informado de ellos y sus padres o tutores. Con eso se corrobora que su participación fue voluntaria. Todos los encuestados fueron abordados en el mismo centro educativo, cumpliendo con las medidas sanitarias y de bioseguridad que se encuentren vigentes al momento de recolectar los datos; así como el permiso correspondiente de la institución. Los encuestadores cumplirán con su pauta de vacunación completa según la norma vigente del momento.

Se cubrió su anonimato en todo momento ya que no se le solicitó ni su nombre ni ningún otro dato que lo identifique como DNI o dirección domiciliaria. Además, siempre se respetó en todo momento su decisión de participar.

3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Todos los datos obtenidos durante la recolección de datos fueron sintetizados en una hoja Excel siendo esta la primera parte de todo el proceso de análisis y limpieza de datos. Y las respectivas pruebas estadísticas fueron empleadas en el programa estadístico de Stata 14. Para el análisis descriptivo se presentó a las variables categóricas en frecuencias relativas (porcentajes) y frecuencias absolutas (número) y a la variable numérica se le sacó su normalidad con la prueba de Shapiro Wilk.

Para el análisis para la relación de variables se utilizó chi² (chi cuadrado) para la obtención del valor p.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En esta investigación la participación fue de 139 estudiantes que comprenden todo el quinto año de secundaria. Dentro de los cuales tenemos la tabla 2, en el cual observamos que el consumo de alcohol está relacionado tanto a la ansiedad como a depresión ya que el 75% de riesgo alto tiene ansiedad muy severa y el 50% de dependencia al alcohol tienen también ansiedad muy severa; en caso de la depresión el 50% de riesgo alto tiene depresión grave y el 100% de dependencia al alcohol tienen depresión grave también, todos estos resultados son estadísticamente significativos con un valor $p < 0.001$, y así rechazando la hipótesis nula planteada en la actual investigación.

Tabla 2

Ansiedad y depresión están relacionados al consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022

	Riesgo de Consumo de Alcohol				p
	Riesgo bajo (n=122)	Riesgo medio (n=11)	Riesgo alto (n=4)	Dependencia (n=2)	
Ansiedad					
Leve	81 (66.4)	4 (36.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	<0.001
Moderada	24 (19.7)	3 (27.3)	1 (25.0)	1 (50.0)	
Severa	8 (6.6)	2 (18.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Muy severa	9 (7.4)	2 (18.9)	3 (75.0)	1 (50.0)	
Depresión					
Mínima	47 (38.5)	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	<0.001
Leve	33 (27.1)	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Moderada	31 (25.4)	8 (72.7)	2 (50.0)	0 (0.0)	
Grave	11 (9.0)	1 (9.1)	2 (50.0)	2 (100)	

Fuente: Base de datos.

En caso de la tabla 3; tenemos los resultados de las características sociodemográficas en cuales podemos ver que la media de edad es de 16.2 con su SD de 0.6, siendo esta una variable con distribución normal. El 51.2% fueron varones, el 79.9% no tenían pareja, la sección C es la más presente con un 23%, el 89.9% vive en una zona urbana, el 51.1% tiene una casa de paredes de madera con piso de cemento, el 74.1% vive con padres y un 2.2% viven solos, el 74.1% no trabaja, pero un 25.9% si trabaja y por último, las horas de estudio empleadas son de una mediana de 1 hora con una RIC de 1-2 , siendo esto una variable con una distribución no normal.

Tabla 3***Características sociodemográficas de los adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022 (n=139)***

Características	n	%
Edad	16.2	±0.6*
Sexo		
Femenino	67	48.2
Masculino	72	51.8
Pareja		
No tiene	111	79.9
Si tiene	28	20.1
Sección		
A	26	18.7
B	26	18.7
C	32	23.0
D	27	19.4
E	28	20.1
Lugar de Vivienda		
Urbana	125	89.9
Rural	14	10.1
Vivienda		
Noble	32	23.0
Madera c/ P. Cemento	71	51.1
Madera c/ P. Tierra	27	19.4
Otros	9	6.5
Vivencia		
Vive Solo	3	2.2
Vive con padres	103	74.1
Vive con otros familiares	33	23.7
Trabajo		
No tiene	103	74.1
Si tiene	36	25.9
Horas de estudio	1	(1-2)**

* Media y Desviación estándar

**Mediana y Rango Intercuartil

Fuente: Base de datos.

En referencia a ansiedad, se utilizó la escala de ansiedad de Hamilton (HARS), el cual tiene 4 niveles desde leve hasta muy severo. En la investigación se encontró que el 61.2% tenían ansiedad leve, el 20.9% tenía ansiedad moderada, el 7.2% tenía ansiedad severa y el 10.8% tenía ansiedad muy severa; esto último nos dice que 1 de cada 10 chicos tenían una ansiedad muy severa (Tabla 4).

Tabla 4

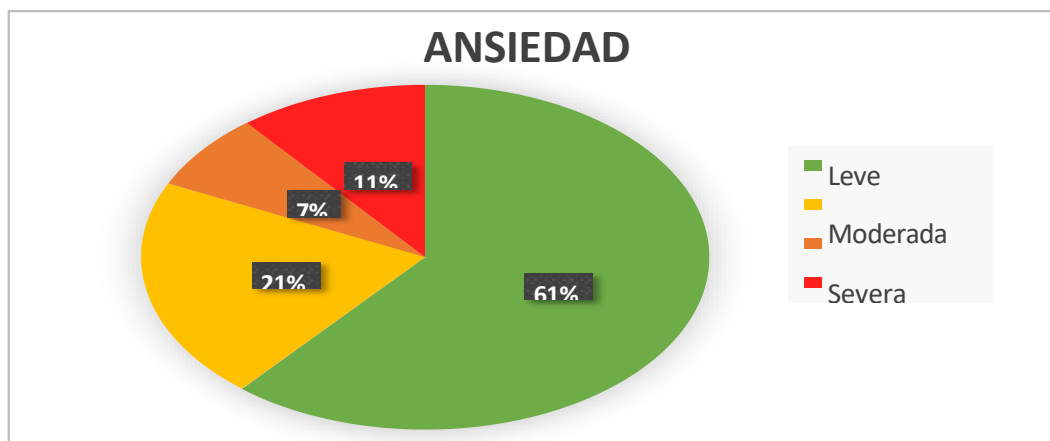
Frecuencia de la ansiedad en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022 (n=139)

Ansiedad	n	%
Leve	85	61.2
Moderada	29	20.9
Severa	10	7.2
Muy severa	15	10.8

Fuente: Base de datos.

Figura 2

Frecuencia de la ansiedad en adolescentes posterior al regreso a la presencialidad de clases en la I. E. San Fernando 2022



Fuente: Base de datos.

En caso de la depresión, en esta oportunidad se utilizó el inventario de depresión de Beck- II, el cual también mide la depresión entre mínima hasta grave. En los resultados pudimos ver que el 34.5% tenían una depresión mínima, el 24.5% tenía una depresión leve, el 29.5% tenían una depresión moderada y el 11.5% tenía una depresión grave. Aquí observamos que 4 de cada 10 padecían de depresión moderada o grave (Tabla 5).

Tabla 5

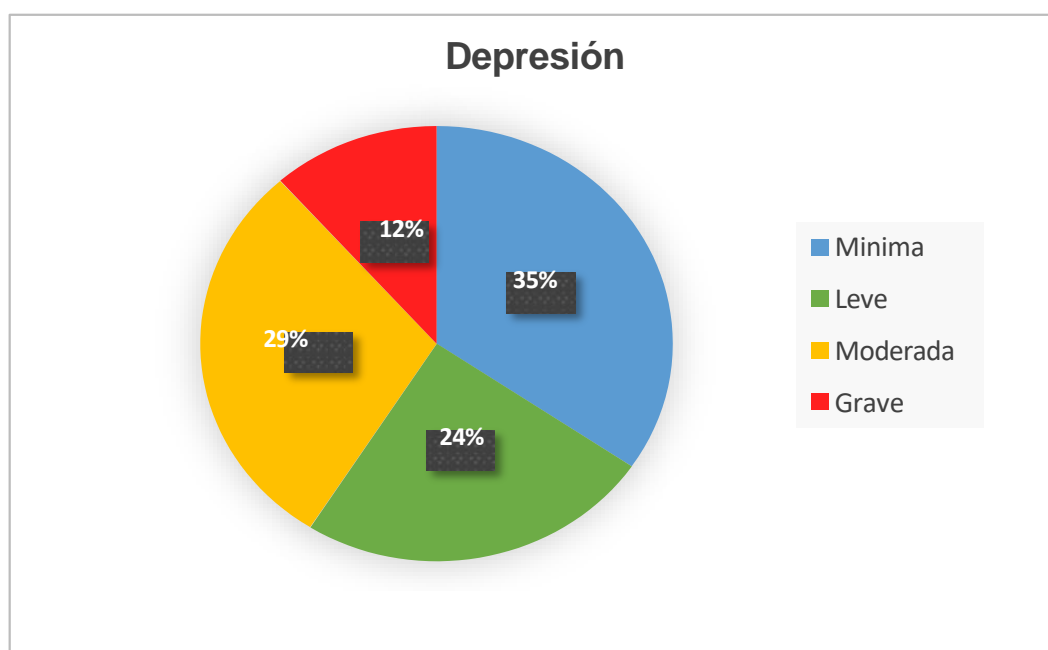
Frecuencia de la depresión en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022 (n=139)

Depresión	n	%
Mínima	48	34.5
Leve	34	24.5
Moderada	41	29.5
Grave	16	11.5

Fuente: Base de datos.

Figura 3

Frecuencia de la depresión en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022



Fuente: Base de datos.

Y por último, en cuanto al consumo de alcohol podemos ver qué es 87% presenta un riesgo bajo para el mismo, el 7.9% presenta un riesgo medio, el 2.9% presencia alto riesgo y el 1.4% presenta dependencia al alcohol. En este caso de utilizó el cuestionario AUDIT.

Tabla 6

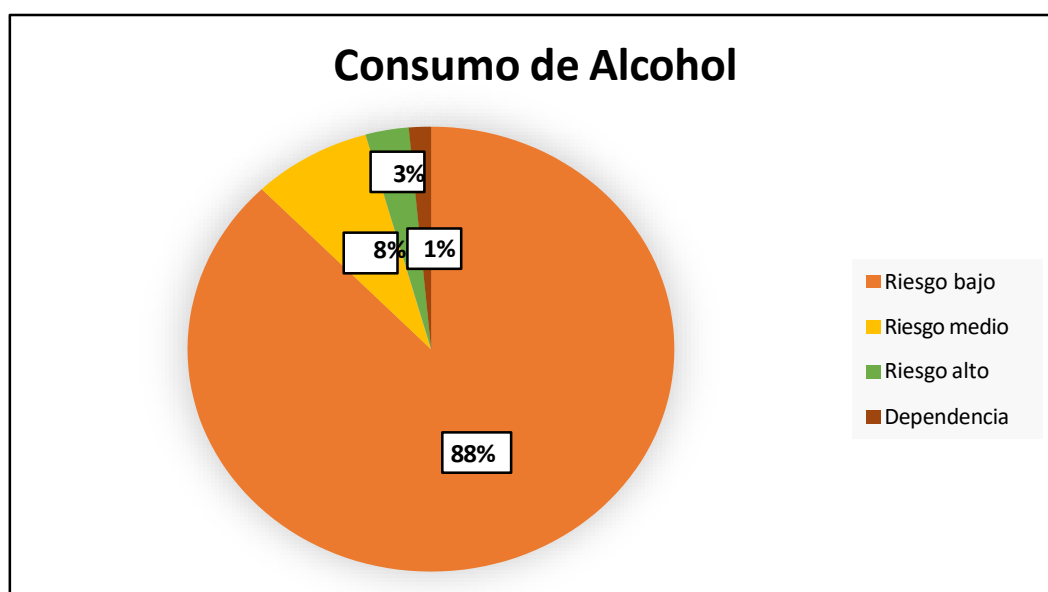
Frecuencia del consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022 (n=139)

Consumo de Alcohol	n	%
Riesgo bajo	122	87.8
Riesgo medio	11	7.9
Riesgo alto	4	2.9
Dependencia	2	1.4

Fuente: Base de datos.

Figura 4

Frecuencia del consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022



Fuente: Base de datos.

4.2. DISCUSIÓN

En esta investigación en el cual observamos que el consumo de alcohol está relacionado tanto a la ansiedad como a la depresión ya que el 75% de riesgo alto tiene ansiedad muy severa y el 50% de dependencia al alcohol tienen también ansiedad muy severa; en caso de la depresión el

50% de riesgo alto tiene depresión grave y el 100% de dependencia al alcohol tienen depresión grave también; Gil Llagostera encontró que el 67% presento tanta depresión como dependencia de alcohol (10). También encontrados que tanto la ansiedad como la depresión están relacionados estadísticamente significativos con el consumo de alcohol; a diferencia de lo encontrado por Gil Llagostera que encontró que solo depresión tenía una relación estadística con el consumo de alcohol (10), a diferencia también con Choque que en su investigación no encontró una relación estadística con la depresión (13).

En referencia a las características sociodemográficas en cuales podemos ver que la media de edad es de 16.2, en comparación con Choque que su media de edad fue de 16 años (13), así también, se tuvo que el 51.2% fueron varones, valor similar encontrado por Martos, en el cual tuvo que el 57% eran varones (12) y Cabanilla también tuvo un valor similar del 50% fueron varones (11). En la investigación se tuvo que la sección C es la más presente con un 23%, el dato más relacionado fue el encontrado por Martos En el cual relato que el grado más presente fue el segundo grado con 25%(12).

En referencia a ansiedad, se utilizó la escala de ansiedad de Hamilton (HARS), se encontró que el 61.2% tenían ansiedad leve cifra similar encontrado por Valarezo en su investigación encontró que el 68% tenía leve o no tenía ansiedad también que el 31% presenta moderado o grave (9) en nuestra investigación se tuvo que el 27% presentó ansiedad moderada o grave.

En caso de la depresión, en esta oportunidad se utilizó el inventario de depresión de Beck- II, pudimos ver datos similares encontró Chávez en su investigación en el cual el 73% era asintomático casi el doble que lo que encontramos en esta investigación que fue 34.5%, también encontró que el 25% tenía depresión leve en la investigación encontramos 24.5% una diferencia mínima. En caso de la moderada y grave solo se encontró menos de 2% en nuestro caso fue del 40% (8).

Por último, en cuanto al consumo de alcohol se utilizó el cuestionario AUDIT, Chávez también nos mostró que sin o de bajo riesgo fue de 81% en nuestro caso fue de 87% muy similar, en nuestra investigación tanto se encontró que el riesgo alto fue de 2.9%; Chávez encontró que el 19% bastante más alto que el nuestro. Y por último, dependencia 1.4% fue dependiente al alcohol y Chávez no encontró esta características (8).

CONCLUSIONES

- Se concluye que existe una relación estadísticamente significativa con un valor $p < 0.001$, entre la ansiedad y la depresión con el consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando.
- En referencia a la ansiedad, el 61.2% tenían ansiedad leve, el 20.9% tenía ansiedad moderada, el 7.2% tenía ansiedad severa y el 10.8% tenía ansiedad muy severa; esto último nos dice que 1 de cada 10 chicos tenían una ansiedad muy severa.
- En caso de la depresión, el 34.5% tenían una depresión mínima, el 24.5% tenía una depresión leve, el 29.5% tenían una depresión moderada y el 11.5% tenía una depresión grave. Aquí observamos que 4 de cada 10 padecían de depresión moderada o grave.
- En cuanto al consumo de alcohol podemos observar que el 87% presenta un riesgo bajo para el mismo, el 7.9% presenta un riesgo medio, el 2.9% presencia alto riesgo y el 1.4% presenta dependencia al alcohol.
- Se concluye que las características sociodemográficas son la media de edad es de 16.2 ± 0.6 ; 51.2% fueron varones, 79.9% no tenían pareja, 89.9% vive en una zona urbana, 74.1% vive con padres y un 2.2% viven solos, el 74.1% no trabaja, pero un 25.9% si trabaja y, por último, la mediana de horas de estudio es 1 hora.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda seguir investigando sobre el consumo de alcohol y que medidas pueden intervenir con la intención que el daño que ocasiona tanto social como físicamente se reduzca.
- Se recomienda seguir invirtiendo en salud mental, como podemos ver la depresión severa y la ansiedad moderada-grave está muy presente en los chicos, y estos están presentes en el consumo de alcohol de una manera riesgosa. Es por ello, que se debe seguir trabajando en mejorar los programas preventivos y darle un tratamiento oportuno.
- Se recomienda tener programas estructurados de prevención de consumo de alcohol y de patologías en referencia a la salud mental. Además, tener personal capacitado en las diferentes instituciones con la intención de poder darle un tratamiento oportuno y de calidad, igualmente darle incentivos al personal encargado para seguir mejorando la salud mental de los alumnos de educación básica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018 [Internet]. Paho.org. [cited 2023 Jan 9]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=yhttps://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Pan American Health Organization. Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de Las Américas 2020. Pan American Health Organization; 2021.
3. Carlos Cruces HW, Navarro Guerra BM, Palacios Fuentes NM, Carlos Campos TJ. Caracterización del consumo de alcohol en estudiantes de una Institución Privada en una región de Perú. Rev. Enfermería Vanguard. 16 de noviembre de 2021; 9(2):28-36.
4. Programa Nacional de Centros Juveniles – PRONACEJ. Informe Estadístico. Perú: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 2020.
5. Cruz-Ramírez V, Gómez-Restrepo C, Rincón CJ. Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes colombianos. Health Addict Drog. 1 de febrero de 2018; 18:97.
6. Arévalo García E, Castillo-Jiménez DA, Cepeda I, López Pacheco J, Pacheco López R. Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: relación con rendimiento académico. Interdiscip J Epidemiol Public Health. 15 de diciembre de 2019; 2(1): e-022.
7. Arias Molina Y, Cabrera Hernández Y, Herrero Solano Y. Self-esteem, anxiety and depression in adolescents with alcoholism risk consumption.

- Multimed. 2019; 23(3):406-16.
8. Chávez González VH. ¿están los síntomas de ansiedad asociados con el consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 17 años dentro del municipio de Mexicali en el estado de Baja California? [Internet] [Tesis de Especialidad]. [México]: Universidad Autónoma de Baja California; 2020 [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en:
<https://repositorioinstitucional.uabc.mx/server/api/core/bitstreams/b92e6019-6cb0-430c-9682-78d38b4089e9/content>
 9. Valarezo-Bravo OFV, Castro RFE, Vincés ZMM. Síntomas de ansiedad y depresión asociados a los niveles de riesgo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la ciudad de Loja, Ecuador. Health Addict Salud Drog. 2021; 21(1):279-93.
 10. Gil Llagostera M. Variables sociodemográficas y psicopatología acompañante en el trastorno por consumo de alcohol [Internet] [Tesis de Pregrado]. Universidad de Salamanca; 2021 [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en:
https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/147063/GIL_LLAGOSTERA_MARIONA%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 11. Cabanillas-Rojas W. Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú: evolución y retos de intervención. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 8 de junio de 2020; 37:148-54.
 12. Martos Chusho RL. Ansiedad y depresión en adolescentes de una Institución educativa pública de la ciudad de Cajamarca-2021 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Cajamarca]: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrel; 2022 [citado 27 de junio de 2022]. Disponible en:

<http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/2171/INFORME%20DE%20TESIS%20-%20MARTOS%2c%20RL.%20%282021%29%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

13. Choque Güere KG, Ocampo Flores ZI. Relación entre la depresión y el consumo de alcohol en adolescentes del 5to año de la Institución Educativa San Fernando [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Pucallpa]: Universidad Nacional de Ucayali; 2017 [citado 8 de julio de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/3363/000002284T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Apuela Espinoza MJ, García Mancisidor J. Alcoholismo y adolescentes infractores reincidentes del centro juvenil de diagnóstico y rehabilitación Pucallpa en el año 2019 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Pucallpa]: Universidad Nacional de Ucayali; 2020 [citado 8 de julio de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/4622>
15. Díaz Kuaik I, de la Iglesia G. Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. Summa Psicológica UST. 2019; 16(1):42-50.
16. Clark DA, Beck AT. Terapia Cognitiva para la Ansiedad [Internet]. España: Desclée De Brouwer; 2012 [citado 14 de julio de 2022]. 1072 p. (Psicoterapias Cognitivas).
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
18. Martínez Mallen M, López Garza DN. Trastornos de ansiedad. Neurol Neurocir Psiquiatr. 15 de marzo de 2017; 44(3):101-7.

19. Rakel RE. Depression. Prim Care Clin Off Pract. 1 de junio de 1999; 26(2):211-24.
20. Dirección General de Promoción de la Salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia., Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca”. Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión / Ministerio de Salud [Internet]. Unidad de Salud Mental; 2005 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208_PROM14.pdf
21. Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, Sánchez-Arenas C, Irigoyen-Coria A. Depression in the Elderly: a Clinical and Epidemiological Perspective from Primary Care. Arch En Med Fam. 2012; 14(1):5-13.
22. Hauenstein EJ. Depression in Adolescence. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1 de marzo de 2003; 32(2):239-48.
23. Hernández O. Depresión. Rev Médica Electrónica. 15 de septiembre de 2007; 29(5):514-25.
24. Cervantes P., Wendy; Hernández, Emilia Melo. El suicidio en los Adolescentes: Un problema en Crecimiento Duazary, vol. 5, núm. 2, julio-diciembre, 2008, pp. 148-154 Universidad del Magdalena Santa Marta, Colombia
25. Nehring SM, Freeman AM. Trastorno por consumo de alcohol. [Actualizado el 31 de julio de 2022]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Publicación de StatPearls; 2023 ene-. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436003/>
26. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev. 1 de enero de 1988; 8(1):77-100.

27. Contreras-Valdez JA, Hernández-Guzmán L, Freyre MÁ. Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Ter Psicológica*. diciembre de 2015; 33(3):195- 203.
28. Vega-Dienstmaier JM, Coronado-Molina O, Mazzotti G. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Rev Neuro - Psiquiatr*. abril de 2014; 77(2):95-103.
29. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959; 32(1):50-5.
30. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Baró E, Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP), et al. Validación de las versiones en español de la Montgomery- Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clínica*. 2002; 118(13):493-9.
31. Vila Pizarro RB. Nivel de Ansiedad En Los Pacientes Drogodependientes Del Centro De Rehabilitación De Ñaña, Lima - 2020 [Internet] [Tesis de Postgrado]. [Ñaña]: Universidad Norbert Wiener; 2020 [citado 20 de julio de 2022]. Disponible en:
https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/4478/T061_40268906_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addict Abingdon Engl*. junio de 1993; 88(6):791-804.

33. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. Organ Mund Salud 2001:41.
34. Contel Guillamón M, Gual Solé A, Colom Farran J. Test para la identificación de transtornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. Adicciones. 15 de diciembre de 1999; 11(4):337-47.

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “ANSIEDAD Y DEPRESIÓN RELACIONADO AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES AL REGRESO DE LA PRESENCIALIDAD EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN FERNANDO 2022”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
<p>Problema General</p> <p>¿Existe relación entre la ansiedad y depresión relacionado al consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre la ansiedad y depresión relacionado al consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>H1. Existe relación entre la ansiedad y depresión con el consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Ansiedad y Depresión</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>Cuantitativo, observacional</p> <p>Nivel de investigación:</p> <p>Análítico- trasversal</p> <p>Población:</p> <p>Conformada por 187 alumnos del quinto de secundaria de la IE. San Fernando</p> <p>Muestra será de 126 pacientes.</p> <p>Con un muestreo no probabilístico conglomerado.</p> <p>Criterios de inclusión</p> <p>Ser estudiante de la Institución Educativa San Fernando durante el 2022.</p> <p>Criterios de exclusión</p> <p>No tener antecedente de diagnóstico previo de ansiedad.</p> <p>No tener antecedente de diagnóstico previo de depresión.</p> <p>Técnicas e instrumentos Encuestas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta <p>Análisis e interpretación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Microsoft Excel versión 2016 • Stata versión 19.
<p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de la ansiedad relacionado al consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de la depresión relacionado al consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia del consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022?</p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022?</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>Establecer la frecuencia de la ansiedad relacionado al consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.</p> <p>Indicar la frecuencia de la depresión relacionado al consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.</p> <p>Identificar la frecuencia del consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.</p> <p>Establecer las características sociodemográficas de los adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.</p>	<p>H0: No existe relación entre la ansiedad y depresión con el consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la Institución Educativa San Fernando 2022.</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Consumo de Alcohol</p>	

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE FAMILIA

Consentimiento informado

Soy estudiante de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, y estoy investigando sobre el “Ansiedad y depresión relacionado al consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la I.E. San Fernando 2022”. Los resultados de esta investigación serán de utilidad para mejorar la salud mental y las condiciones de vida de los adolescentes en la región de Ucayali.

Por lo que solicito usted la autorización para la participación de su menor hijo en la investigación. Se recalca que el cuestionario es completamente anónimo y esto significa que no se le pedirá en ningún momento su nombre, ni otro tipo de documento de identidad.

Así mismo, se le informa que previa a la participación de su menor hijo, se le pedirá su participación de forma voluntaria. Usted puede elegir si su menor hijo(a) participar o no hacerlo; a igual que el/ella al momento de la recolección de información.

Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar que la participación de su menor hijo(a) aun cuando haya aceptado antes, comunicándose con el autor principal al número de celular que le brindaremos.

Si Ud. tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio, puede contactar con: Lex Tony Zuta Yalta, estudiante de la Facultad de Medicina Humana de la UNU al celular 961929227

Ante lo expuesto:

La investigación sobre el “Ansiedad y depresión relacionado al consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la I.E. San Fernando 2022”.

Entiendo que responderé las preguntas que me enuncien. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación. Marcando una de las Alternativas.

Usted desea que su menor hijo(a) participe en la investigación	
SI	NO

FIRMA DEL PADRE APODERADO/TUTOR

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Soy estudiante de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, y estoy investigando sobre el “Ansiedad y depresión relacionado al consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la I.E. San Fernando 2022”. Los resultados de esta investigación serán de utilidad para mejorar la salud mental y las condiciones de vida de los adolescentes en la región de Ucayali.

Si usted acepta participar de esta investigación, solo deberá responder preguntas, con una duración aproximada de 15 minutos.

No le pediremos en ningún momento su nombre, ni otro tipo de documento de identidad. La presente encuesta será anónima.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Asimismo, usted puede dejar de contestar alguna pregunta si no lo desea. Tanto si elige participar o no.

Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes, comunicándose con el autor principal al número de celular que le brindaremos.

Si Ud. tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio, puede contactar con: Lex Tony Zuta Yalta, estudiante de la facultad de Medicina Humana de la UNU al celular 961929227.

La investigación sobre el “Ansiedad y depresión relacionado al consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la I.E. San Fernando 2022”.

Entiendo que responderé las preguntas que me enuncien. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación. Marcando una de las Alternativas.

Usted desea participar en la investigación	
SI	NO

ANEXO 4**ENCUESTA SOBRE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN RELACIONADO AL
CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES AL REGRESO A LA
PRESENCIALIDAD EN LA I.E. SAN FERNANDO 2022**

La presente encuesta servirá para determinar la ansiedad y depresión relacionado al consumo de alcohol en adolescentes al regreso a la presencialidad en la I.E. San Fernando 2022.

INSTRUCCIONES: Responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posibles. Sus respuestas serán mantenidas de manera confidencial. Lea las preguntas correctamente.

PRIMERA PARTE: DATOS GENERALES

1. Edad: _____
2. Sexo: a) Femenino b) Masculino
3. Sección: a) A b) B c) C d) D e) E
4. Lugar de vivienda: a) Urbana b) Rural
5. Vivencia (Con quien vive): a) Vive solo
b) Vive en familia nuclear (mama y papa) c) Vive con otros familiares
6. Vivienda (Material): a) Noble b) Madera con piso de cemento
c) Madera con piso de tierra d) Otro
7. Horas de estudio fuera del colegio: _____
8. Pareja: a) No tiene pareja b) Si tiene pareja
9. Trabajo: a) No trabaja b) Si trabaja

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II (BDI-II)

FICHA TÉCNICA

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández -Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

Después de más de 40 años de trabajos, los criterios de calidad el BDI están suficientemente establecidos en cientos de trabajos de investigación en distintos países y con poblaciones con y sin trastornos.

Fiabilidad

En general, la consistencia interna oscila entre 0,73 y 0,95. Los autores indican un coeficiente alfa medio de 0,87 para el BDI y de 0,92 para el BDI-II. Fiabilidad test-retest para intervalos cortos (una semana): 0,81-0,83.

Validez

Con respecto a la validez de contenido, se ha visto incrementada en el BDI-II al contener sus ítems todos los criterios DSM-IV, lo que había sido una de las críticas frecuentes a la validez de contenido de la prueba. En lo relativo a la

validez concurrente, se han obtenido correlaciones entre el BDI y otras medidas de la depresión para pacientes psiquiátricos entre 0,55-0,96 y para personas sin trastorno entre 0,55-0,73. Correlaciona con la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (Ham-D) para pacientes psiquiátricos: 0,61-0,86; con la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung (Zung SDS): 0,57- 0,86; con la Subescala de Depresión del Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90): 0,76; con la Subescala de Depresión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-D): 0,60, y con la Escala de Desesperanza de Beck (BHS): 0,60. El BDI discrimina entre pacientes con y sin trastorno depresivo, pacientes con distimia de aquellos con un trastorno depresivo mayor y pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada de aquellos con un trastorno depresivo mayor. Sin embargo, el BDI no discrimina entre distintos trastornos depresivos, sino entre dimensiones de depresión. Es muy sensible al cambio terapéutico y puede ser administrado de forma repetida.

Los estudios analíticos factoriales han identificado distintos factores para cada población, aunque existe un cierto consenso en admitir la existencia de un factor de actitudes negativas hacia sí mismo, un segundo de dificultades en la ejecución y un tercero de quejas somáticas.

Administración

El BDI es un cuestionario autoaplicado para personas a partir de 13 años. De fácil lectura y cumplimentación, precisa de un nivel educativo medio-bajo por parte del cliente. El tiempo de aplicación es de cinco a diez minutos, ampliándose hasta 15 minutos cuando la administración es oral (cuando el cliente tiene problemas de lectura o de comprensión de los ítems). Puede ser administrado por personal técnico con un entrenamiento básico en la administración de pruebas psicológicas, pero su interpretación implica una formación clínica específica.

Corrección e interpretación

La puntuación total se obtiene sumando las obtenidas en cada uno de los ítems y se interpreta del siguiente modo:

- Depresión mínima: 0-10.

- Depresión leve o media: 11-17.
- Depresión moderada: 18-29.
- Depresión severa: 30-63.

Pueden obtenerse puntuaciones parciales para los factores cognitivo-afectivo y somático, respectivamente. Los autores insisten en que los puntos de corte ofrecidos son solamente indicativos y que la decisión e interpretación queda en manos del clínico. En cualquier caso, como en todas las demás pruebas, es necesario contrastar la información del BDI con otras escalas y otras técnicas de evaluación (entrevista con el cliente, entrevista con informantes, autoobservación, etc.) para encuadrar adecuadamente las puntuaciones. Aunque el BDI no se diseñó como instrumento de detección, en la actualidad es uno de sus usos principales en estudios de investigación y en ámbitos clínicos. En este sentido, existe un cierto consenso en admitir como punto de corte 17/18 para la detección de sintomatología depresiva.

ENCUESTA DEL INVENTARIO DE BECK-II (BDI-II)

N°	ÍTEMS
1	TRISTEZA
	No me siento triste.
	Me siento triste gran parte del tiempo
	Me siento triste todo el tiempo.
	Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2	PESIMISMO
	No estoy desalentado respecto del mi futuro.
	Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
	No espero que las cosas funcionen para mí.
	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3	FRACASO
	No me siento como un fracasado.
	He fracasado más de lo que hubiera debido.
	Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
	Siento que como persona soy un fracaso total.
4	PERDIDA DE PLACER
	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
	No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
	Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
	No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5	SENTIMIENTOS DE CULPA
	No me siento particularmente culpable.
	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
6	SENTIMIENTOS DE CASTIGO
	No siento que este siendo castigado
	Siento que tal vez pueda ser castigado.
	Espero ser castigado.
	Siento que estoy siendo castigado.
7	DISCONFORMIDAD CON UNO MISMO
	Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
	He perdido la confianza en mí mismo.
	Estoy decepcionado conmigo mismo.
	No me gusto a mí mismo.
8	AUTOCRITICA
	No me critico ni me culpo más de lo habitual
	Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
	Me critico a mí mismo por todos mis errores
	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9	PENSAMIENTOS O DESEOS SUICIDAS
	No tengo ningún pensamiento de matarme.
	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
	Querría matarme

		Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10	LLANTO	
		No lloro más de lo que solía hacerlo.
		Lloro más de lo que solía hacerlo
		Lloro por cualquier pequeñez.
		Siento ganas de llorar pero no puedo.
11	AGITACIÓN	
		No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
		Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
		Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
		Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
12	PÉRDIDA DE INTERÉS	
		No he perdido el interés en otras actividades o personas.
		Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
		He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
		Me es difícil interesarme por algo.
13	INDECISIÓN	
		Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
		Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
		Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
		Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14	DESVALORIZACIÓN	
		No siento que yo no sea valioso
		No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
		Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
		Siento que no valgo nada.
15	PÉRDIDA DE ENERGÍA	
		Tengo tanta energía como siempre.
		Tengo menos energía que la que solía tener.
		No tengo suficiente energía para hacer demasiado
		No tengo energía suficiente para hacer nada.
16	CAMBIOS EN LOS HÁBITOS DE SUEÑO	
		No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
		Duelmo un poco más que lo habitual.
		Duelmo un poco menos que lo habitual.
		Duelmo mucho más que lo habitual.
		Duelmo mucho menos que lo habitual.
		Duelmo la mayor parte del día.
		Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.
17	IRRITABILIDAD	
		No estoy tan irritable que lo habitual.
		Estoy más irritable que lo habitual.
		Estoy mucho más irritable que lo habitual.
		Estoy irritable todo el tiempo.
18	CAMBIOS EN EL APETITO	

	No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
	Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
	Mi apetito es mucho menor que antes.
	Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
	No tengo apetito en absoluto.
	Quiero comer todo el día.
19	DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN
	Puedo concentrarme tan bien como siempre.
	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
	Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
20	CANSANCIO O FATIGA
	No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
21	PÉRDIDA DE INTERÉS EN EL SEXO
	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
	Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
	Estoy mucho menos interesado en el sexo.
	He perdido completamente el interés en el sexo.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (HARS)

FICHA TÉCNICA

Esta escala evalúa la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión. Además, este instrumento es útil para monitorizar la respuesta al tratamiento. Está compuesto por 14 ítems, siendo 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. Se indica para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

Existe una versión española, realizada por Carrobbles y cols. en 1986, que es la que presentamos. Así mismo, está disponible una para aplicación informática y otra para utilización mediante sistema de video.

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia de este.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse.

FIABILIDAD

Muestra una buena consistencia interna (7) (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74- 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

VALIDEZ

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi18, 19 ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck20 ($r = 0,56$). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos11 (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton21, 22 ($r = 0,62 - 0,73$).

INTERPRETACIÓN

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas

específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no se recomienda su uso como herramienta de *escrining* ni de diagnóstico.

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

Como los efectos de la medicación pueden tener diferente intensidad sobre los síntomas psíquicos y somáticos, es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma⁷, resultando útil la puntuación de las subescalas.

Aunque puede utilizarse sin entrenamiento previo, éste es muy recomendable. Caso de no estar habituado en su manejo es importante que sea la misma persona la que lo aplique antes y después del tratamiento, para evitar en lo posible interpretaciones subjetivas.

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento (8-10). Se ha sugerido (Bech y cols) que el test no debería utilizarse en casos de ataques de pánico, pues no existen instrucciones para distinguir entre éstos y estados de ansiedad generalizada o persistente. Proponen que cuando se sospeche la presencia de ataques de pánico (puntuación ≥ 2 en el ítem 1 y ≥ 2 en al menos 3 de los ítems 2, 8, 9, 10 y 13) esta escala puede cuantificar la severidad de los mismos. El tiempo valorado en estos casos debe ser las 3 semanas anteriores la primera vez que se administra y solamente la última semana cuando se utiliza repetidamente.

ENCUESTA DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (HARS)

PREGUNTAS	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad					
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.					
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor,					

sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.					
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)					
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.					

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

FICHA TÉCNICA

El AUDIT fue desarrollado y evaluado a lo largo de un período de dos décadas, habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad y las diferentes culturas. El cuadro describe los dominios conceptuales y el contenido de los ítems del AUDIT, el cual comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol.

En 1982 la Organización Mundial de la Salud pidió a un grupo internacional de investigadores que desarrollaran un instrumento de screening simple. Su objetivo era la detección temprana de personas con problemas de alcohol mediante procedimientos que fueran adecuados para los sistemas de salud, tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados. Los investigadores revisaron diversos procedimientos clínicos, de laboratorio y de auto-informe que habían sido utilizados con este fin en diferentes países. Entonces iniciaron un estudio transnacional para seleccionar los mejores rasgos de las distintas estrategias nacionales de screening.

Este estudio comparativo de campo fue llevado a seis países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y los Estados Unidos de América). El método consistió en seleccionar los ítems que mejor distinguían los bebedores de bajo riesgo de aquellos con consumo perjudicial. A diferencia de los tests previos de screening, el nuevo instrumento pretendía la identificación precoz del consumo de riesgo y perjudicial, así como la dependencia de alcohol (alcoholismo). Cerca de 2.000 pacientes fueron reclutados de diversos recursos sanitarios, incluyendo centros especializados en el tratamiento del alcohol. El sesenta y cuatro por ciento eran bebedores actuales, 25% de los cuales fueron diagnosticados como dependientes de alcohol. A los participantes se les practicó un examen físico, que incluía un análisis de sangre para determinar los marcadores estándar de alcoholismo, así como, una amplia entrevista que recogía las características demográficas, la historia médica, problemas de salud, consumo de alcohol y

drogas, reacciones psicológicas al alcohol, problemas asociados con la bebida y los antecedentes familiares de problemas con el alcohol. Los ítems del AUDIT fueron seleccionados de un grupo de preguntas en base, principalmente, a correlaciones con la ingesta diaria de alcohol, la frecuencia de consumos de seis o más bebidas por episodio de consumo y su capacidad para discriminar a los bebedores de riesgo de aquellos con consumo perjudicial. Los ítems también fueron elegidos en base a la validez, relevancia clínica y la cobertura de los dominios conceptuales relevantes (p.ej., consumo de alcohol, dependencia de alcohol y consecuencias adversas del consumo). Finalmente, para esta selección de los ítems, se dio especial atención a su adecuación en función del género y capacidad de generalización transnacional. La sensibilidad y especificidad de cada uno de los ítems seleccionados para el cuestionario fueron calculadas para múltiples criterios (p.ej. consumo diario medio de alcohol, intoxicación recurrente, presencia de al menos un síntoma de dependencia, diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol y auto-percepción del problema con la bebida). Se han estudiado diversas subpoblaciones entre las que se incluyen pacientes de atención primaria, casos de servicios de urgencias, consumidores de drogas, parados, estudiantes universitarios, pacientes ancianos ingresados y personas con un bajo nivel socioeconómico, viéndose que el AUDIT proporciona una buena discriminación. Una revisión sistemática reciente²¹ de la literatura ha llegado a la conclusión de que el AUDIT es el mejor instrumento de screening para la totalidad de problemas relacionados con el alcohol en el ámbito de atención primaria, en comparación con otros cuestionarios como el CAGE y el MAST.

La adecuación cultural y la aplicabilidad transnacional fueron consideraciones importantes en el desarrollo del AUDIT. Se han realizado trabajos de investigación en una gran variedad de países y culturas, que han sugerido que el AUDIT ha cumplido su promesa como test de screening internacional.

Si bien la evidencia en mujeres es de alguna forma limitada, ^{11, 12, 24} el AUDIT parece igualmente apropiado para hombres y mujeres. El efecto de la edad no ha sido analizado sistemáticamente como una posible influencia en el AUDIT, pero un estudio¹⁹ encontró una baja sensibilidad y alta especificidad en

pacientes de más de 65 años.

Diversos estudios han descrito la fiabilidad del AUDIT. Los resultados indican una alta consistencia interna, lo que sugiere que el AUDIT está midiendo un constructo único de modo fiable. Un estudio de fiabilidad test indicó una alta fiabilidad ($r=.86$) en una muestra compuesta por bebedores sin consumo de riesgo, sujetos con abuso de cocaína y alcohólicos. Otro estudio metodológico fue realizado en parte para investigar el efecto del orden de las preguntas y los cambios en los términos sobre las estimaciones de prevalencia y la fiabilidad de consistencia interna. Los cambios en el orden de las preguntas y en los términos no afectaron a las puntuaciones del AUDIT, lo que sugeriría que dentro de ciertos límites, que los investigadores podrían tener cierta flexibilidad a la hora de modificar el orden y los términos en los ítems del AUDIT.

Con las crecientes evidencias sobre fiabilidad y validez del AUDIT, se han llevado a cabo estudios en los que se utilizaba el test para establecer la prevalencia. Lapham, et al. lo utilizaron para estimar la prevalencia de los trastornos debidos al uso de alcohol en los servicios de urgencias, en tres hospitales regionales de Tailandia. Se llegó a la conclusión de que el servicio de urgencias es un escenario idóneo para la puesta en funcionamiento del screening de alcohol mediante el AUDIT. De igual modo, Piccinelli et al. evaluaron el AUDIT como instrumento de screening para el consumo de riesgo de alcohol en clínicas de atención primaria de Italia. El AUDIT funcionó bien en la identificación de los trastornos relacionados con el alcohol, así como para el consumo de riesgo. Ivis et al. incorporaron el AUDIT en una evaluación telefónica de población general en Ontario, Canadá.

Desde que el manual del usuario del AUDIT fue publicado por primera vez en 1989, el test ha cumplido muchas de las expectativas que inspiraron su desarrollo. Su fiabilidad y validez han sido establecidas en estudios de investigación llevados a cabo en diversos ámbitos y en muchos países diferentes. Ha sido traducido a muchos idiomas, incluyendo el turco, griego, hindú, alemán, holandés, polaco, japonés, francés, portugués, español, danés, flamenco, búlgaro, chino, italiano y dialectos nigerianos. Se han desarrollado programas de formación para facilitar su utilización por los médicos y demás

personal sanitario. Ha sido utilizado en trabajos de investigación en atención primaria y en estudios epidemiológicos para la estimación de la prevalencia en población general, así como en grupos institucionales específicos (p.ej., pacientes en régimen hospitalario, pacientes de atención primaria). A pesar del alto nivel de la actividad investigadora sobre el AUDIT, se necesitan todavía más estudios, especialmente en los países menos desarrollados. El Anexo A proporciona las pautas para la investigación continuada sobre el AUDIT.

**CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDOS AL
CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)**

PREGUNTA	RESPUESTAS				
¿Con qué frecuencia consume bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	De 4 o más veces a la semana
¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 a 9	10 o más
¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario

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