

no/a.

AUTOR

AÑO



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

CONSUMO DE ALCOHOL Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS

Trabajo de titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para
optar por el título de Psicólogo Clínico

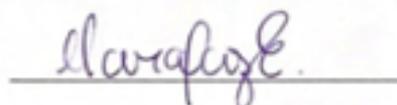
Profesor Guía
Clara Patricia Paz Espinoza

Autor
Jonathan Elías Herrera Criollo

Año
2020

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

Declaro haber dirigido este trabajo, "Consumo de alcohol y malestar psicológico en estudiantes universitarios", a través de reuniones periódicas con el estudiante Jonathan Elias Herrera Criollo en el semestre 2020-10, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.



Clara Patricia Paz Espinoza
Doctora en personalidad y comportamiento
C.I. 1002834792

DECLARACIÓN DE DOCENTES CORRECTORES

Declaro haber revisado este trabajo, "Consumo de alcohol y malestar psicológico en estudiantes universitario", a través de reuniones periódicas con el estudiante Jonathan Elías Herrera Criollo en el semestre 2020-10, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.



Javier Ricardo Toro Merizalde
Magister en educación
C.I. 1712635596



Lila Adana Díaz
Master en lectura y comprensión de textos
C.I. 1756327860

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos del autor vigente.



Jonathan Elías Herrera Criollo

C.I. 1716740194

RESUMEN

Los estudiantes universitarios presentan una alta prevalencia de consumo de alcohol y malestar psicológico, una forma de evidencia del malestar psicológico es el riesgo de hacerse daño a uno mismo o a otros. El tratamiento correcto de estas problemáticas requiere un análisis de la relación entre el consumo de alcohol y el malestar psicológico de los estudiantes universitarios.

Metodología: El estudio se realizó en la Universidad de las Américas en 469 estudiantes, el muestreo fue por conveniencia y se evaluó utilizando el puntaje total del CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure) que mide malestar psicológico incluyendo la dimensión de riesgo y un cuestionario sociodemográfico.

Resultados: La prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios es del 44.6% para quienes consumen frecuentemente y 55.4% para los que no consumen frecuentemente. Los resultados indicaron una diferencia significativa con respecto al género, siendo un porcentaje superior los hombres que consumen frecuentemente que las mujeres ($p < .001$). En cuanto al nivel de malestar psicológico se encontró una media de 1.02 ($DT = 0.52$) y el nivel de riesgo presentó una media de 0.31 ($DT = 0.447$). No se presentó una diferencia significativa del nivel de malestar psicológico entre los consumidores de alcohol frecuentes y los no frecuentes. En la dimensión de riesgo, los resultados indicaron que los consumidores frecuentes de alcohol tienen un mayor nivel de conductas de riesgo ($M = 0.36$; $DT = 0.48$) con respecto a los consumidores no frecuentes ($M = 0.27$; $DT = 0.4$).

Conclusión: Los resultados de esta investigación con respecto a la prevalencia del consumo de alcohol y nivel de malestar psicológico y conductas de riesgo se asemejan a los datos obtenidos en investigaciones anteriores. Ante esta relación, la evidencia sugiere que los estudiantes universitarios no se interesan en tratamientos para el consumo de alcohol. Por ello debe realizarse talleres psicoeducativos que traten problemas relacionados a la salud mental, y que posteriormente traten el consumo de alcohol relacionándolo con el malestar psicológico.

Palabras Claves: consumo de alcohol, malestar psicológico, estudiantes universitarios, riesgo.

ABSTRACT

College students present high prevalence of alcohol consumption and psychological distress, one way to evidence psychological distress is the risk of harming oneself or others. The appropriate treatment of these problems requires an analysis of the relationship between alcohol consumption and the psychological distress in college students.

Methodology: The study was conducted at the Universidad de las Americas with 469 students, students were recruited by means of a convenience sampling and they were evaluated using the CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure) including the risk dimension and a sociodemographic questionnaire.

Results: The prevalence of alcohol consumption in college students is 44.6% for those who consume it frequently and 55.4% for those who do not consume it frequently. The results indicated a significant difference respect to gender, a higher percentage of men who consume alcohol frequently compared with women ($p < .001$). The average level of psychological distress was 1.02 (SD = 0.52) and the average of the risk dimension was 0.31 (SD = 0.447). The results did not indicate a significant difference in the level of psychological distress in frequent and non-frequent alcohol consumers. Nevertheless, regard to the scores of the risk dimension frequent alcohol consumers have a higher level of risk behaviors (M = 0.36; DT = 0.48) than non-frequent consumers (M = 0.27; DT = 0.4).

Conclusion: The results of this research regarding the prevalence of alcohol consumption and level of psychological distress and risk behaviors resemble the data obtained in previous research. Taking into consideration this relationship, the evidence showed that college students are not interested in treatments for alcohol consumption. For this reason, universities must provide psychoeducational workshops to deal with problems related to mental health, and that subsequently treat alcohol consumption related to the psychological distress.

Keywords: Alcohol consumption, psychological distress, college students, risk.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Justificación	3
3. Pregunta de Investigación	6
4. Objetivo.....	6
4.1. Objetivo General	6
4.2. Objetivos Específicos.....	6
5. Marco Teórico	7
6. Hipótesis.....	14
7. Metodología	15
7.1. Muestra	15
7.2. Criterios de Inclusión y Exclusión para la muestra	16
7.3. Recolección de Datos	17
7.4. Pre-Validación del Instrumento.....	18
7.5. Procedimiento	18
7.6. Tipo de Análisis.....	19
8. Viabilidad.....	20
9. Consideraciones Éticas.....	21
9.1. Consentimientos informados	21
9.2. Tratamiento de la información	22
9.3. Autorreflexibilidad	22
9.4. Consecuencias de la investigación.....	22
9.5. Devolución de resultados.....	23
9.6. Autorización para uso de test	23
9.7. Derechos de Autor	23
10. Resultados.....	24

10.1. Recolección de los resultados	24
10.2. Aceptabilidad	24
10.3. Información demográfica	24
10.4. Objetivo 1	24
10.5. Objetivo 2.....	25
10.6. Objetivo 3.....	25
11. Discusión	26
12. Estrategias de intervención	29
13. Cronograma.....	30
REFERENCIAS.....	32
ANEXOS	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	16
Tabla 2	25
Tabla 3	30

1. Introducción

Según Mirowsky y Ross (2002) el malestar psicológico ha sido definido como la combinación de síntomas propios de la depresión y la ansiedad, además de problemas relacionados a la funcionalidad y la conducta (pp. 152-155). La búsqueda de un mecanismo útil y preciso para medirlo ha permitido el desarrollo de la investigación constante sobre sus componentes, causas y consecuencias (pp. 154-156). El Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM; Evans et al, 2002, p.53) es un instrumento para medir el malestar psicológico que ha sido utilizado en investigación en población clínica y no clínica. Este instrumento cuenta con investigaciones en diferentes países entre ellos Reino Unido, España y en el Ecuador se hizo una adaptación idiomática con una muestra comunitaria y de estudiantes. El CORE-OM se desarrolló sin referencia a una corriente psicológica específica por lo que sus estudios y resultados pueden ser utilizados por diferentes profesionales y en distintos espacios (Trujillo et al., 2016, pp. 1457-1459). Esto resulta útil debido a que el malestar psicológico suele presentarse en todas las poblaciones y grupos etéreos, incluyendo la población universitaria.

Según Stallman (2010) el 83.9% de los estudiantes universitarios reporta niveles elevados de malestar psicológico y el 67% presenta síntomas subclínicos (pp. 252-353). Los estudiantes universitarios del área de la salud tienen una prevalencia del malestar psicológico del 32.2% (Liébana-Presa, et al., 2014, p. 718). En los estudios de Eisenberg, Hunt y Speer (2013) se concluyó que el 17.3% de los estudiantes tienen problemas relacionados a la depresión, el 9.8% relacionados con la ansiedad, cerca del 15% de los estudiantes tienen conductas autolesivas no suicidas, el 6.3% ha tenido pensamientos suicidas el año pasado, el 1.6% tiene un plan para suicidarse y el 0.6% lo ha intentado (pp. 63-65).

El malestar psicológico en los estudiantes universitarios podría ser causado por la carga de trabajo, problemas relacionados a los estudios, enfrentarse a situaciones nuevas, enfrentarse a cambios en el afrontamiento, problemas de autoestima y relaciones sociales (Liébana-Presa et al, 2014, p.

716). En las personas más jóvenes los comportamientos violentos y las conductas de riesgo suelen incluir la presencia de alcohol, drogas o armas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2002, p. 16). La presencia de alcohol incrementa siete veces el riesgo de cometer suicidio y 37 veces si el consumo es excesivo (Borges et al., 2017, pp.4-7). El consumo también está relacionado con un gran número de enfermedades venéreas por prácticas sexuales inseguras durante el consumo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018, p.7). La falta de control que se experimenta durante el consumo se puede evidenciar en conductas violentas contra otros o contra sí mismos (OMS, 2018, p.12). Un estudio de 637 estudiantes determinó que el 9.9% de ellos, es decir $n = 63$ presentaban ideación suicida (Santos, Marcon, Espinosa, Baptista y Cabral de Paulo, 2017, pp. 2-5). Para Gelles y Straus (1992) el alcohol suele usarse como justificativo y mecanismo sistemático de repetición de la conducta violenta (pp. 23-46).

El consumo de alcohol tiene consecuencias para la salud de las personas y representa pérdidas sociales y económicas para la humanidad. Cerca de 2.3 mil millones de personas en el mundo son bebedores frecuentes (OMS, 2018, p. 41). En el Ecuador el consumo de alcohol per cápita es de 4.4 litros al año en la población general, de 7.4 litros en hombres y de 1.5 litros en mujeres (pp. 342-359). Las consecuencias del consumo de alcohol son 3 millones de muertes al año; el 5.3% del total de muertes en el mundo (OMS, 2018, p. 39). El consumo de alcohol está relacionado con más de 200 enfermedades fisiológicas y trastornos mentales, causando 132.6 millones de años de vida potencialmente perdidos por discapacidad (Disability Adjusted Life Year [DALYs]; OMS, 2018, p. 64).

Una de las formas en que se mide el consumo de alcohol es la frecuencia de consumo (OMS, 2018, p. 93-94). La frecuencia de consumo puede ser medida de forma semanal, mensual o anual. El consumo frecuente consiste en consumir alcohol al menos una vez por semana, mientras que un consumo no frecuente implica un consumo menor a una vez por semana.

En el Ecuador el 89.4% de los estudiantes universitarios consumieron alcohol durante su vida universitaria y el 74.31% lo consumió en el último año (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC], 2017, p. 39). El objetivo de este estudio es analizar la relación entre el consumo de alcohol y el malestar psicológico de los estudiantes universitarios. Para lo cual, se utilizó el CORE-OM como instrumento para determinar el nivel de malestar psicológico global y a nivel específico de la dimensión de riesgo. El cuestionario sociodemográfico sirvió además para determinar la prevalencia de consumo. Finalmente, se comparó el malestar psicológico y de riesgo entre los estudiantes universitarios que consumían alcohol frecuentemente y aquellos que no.

2. Justificación

Según la OMS (2018) el consumo de alcohol no solo tiene consecuencias con respecto a la salud, sino que también representa importantes pérdidas sociales y económicas para la humanidad. Según datos recogidos en el 2016, en el mundo cerca de 2.3 mil millones de personas son bebedores frecuentes, y el consumo per cápita de la población mayor a 15 años fue de 6.4 litros en 2010 y 2016 (p.41). De la misma manera en las Américas se evidencia un alto porcentaje de consumo de alcohol, alrededor del 54.1% de la población (p.39).

El consumo de alcohol en las Américas es más alto que en el resto del mundo. Especialmente el consumo excesivo que es del 29,4% en hombres y el 13,0% en mujeres (OPS, 2015, p. 5). En Ecuador el consumo de alcohol per cápita es de 4.4 litros al año en la población general, de 7.4 litros en hombres y de 1.5 litros en mujeres, hallando una disparidad significativa con respecto al género que está presente en las estadísticas de todo el mundo. El consumo recurrente de alcohol en el país es del 21.3% en las personas mayores de 15 años y del 32.2% en personas entre 15 y 19 años (OMS, 2018, pp. 342-359).

El consumo de alcohol varía por género, estado de salud, economía de un país, religión, cultura y edad. Estas variables influyen igualmente en la calidad de alcohol que se produce. Siendo el Ecuador un país de ingresos bajos, su población es más vulnerable a la producción y consumo de alcohol no

regularizado y sin registro sanitario que presenta un problema de salud pública. Las consecuencias del consumo de alcohol no regularizado o regularizado incluyen variaciones de discapacidad, enfermedad y muerte (OMS, 2018, p.38).

En el 2016 hubo cerca de 3 millones de muertes causadas por el consumo de alcohol, representando el 5.3% del total de muertes en el mundo, de ese total los hombres representan el 2.3 millones de muertes y las mujeres el 0.7 millones restantes (OMS, 2018, p. 39). El consumo nocivo de alcohol está relacionado con más de 200 enfermedades y trastornos, además causa 132.6 millones de años de vida potencialmente perdidos por discapacidad (DALYs; OMS, 2018, p. 64).

En el 2017 la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) preocupada por el consumo de alcohol y otras drogas publica el III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria (p.14). En este estudio se evidencia que el 75,65% de los estudiantes varones y el 64,61% de las estudiantes mujeres consumieron alcohol en el último año, dando un total de 69,95% en la población estudiantil de ambos sexos (p.80). En el Ecuador el consumo de alcohol en estudiantes universitarios es el 89.40% durante su vida universitaria y el 74.31% en el último año, ubicándose por encima del promedio regional. Adicionalmente el 32.53% de los estudiantes que han consumido alcohol en el último año tienen un consumo considerado de riesgo. Aquello significa que uno de cada tres estudiantes en el Ecuador que declaran consumir alcohol recientemente pueden ser considerados como bebedores en riesgo o con uso perjudicial (UNODC, 2017, p. 39).

El consumo de riesgo y perjudicial de alcohol se relaciona con varios trastornos mentales (OMS, 2018, p.10). Uno de los problemas más frecuentes en salud mental es el malestar emocional y psicológico, el cual ha sido estudiado en adolescentes y se ha relacionado con conductas nocivas como el consumo de alcohol (Yovani et al, 2018, p.47). El malestar psicológico se puede medir con distintos instrumentos, entre ellos el CORE-OM que es un instrumento gratuito con un uso extendido en el mundo, que comienza a ser investigado en Latinoamérica (Paz, Mascialino y Evans, 2019, pp. 1-14). Este ha sido utilizado

en poblaciones de estudiantes universitarios para determinar su nivel de malestar psicológico (Bernaras Iturrioz, Insúa Cerretani, y Bully Garay, 2018, pp. 1-9) y compararlo con la población general (Connell et al., 2007, pp. 69-74; Connell, Barkham, y Mellor-Clark, 2007, pp. 41-57).

El Estado ecuatoriano a través del *Protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas* (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015). Identifica un componente de malestar psicológico vinculado al consumo, y acepta la complejidad que involucra el tratamiento de un problema asociado al consumo de sustancias, sobre todo dentro del campo de un sistema integrado de salud pública. De esta manera propone que el consumo de alcohol y otras sustancias pueden abarcar problemas en el ámbito médico y psicológico, e igualmente prevé la importancia de un tratamiento enfocado en una participación social activa (p.11). A pesar de ello no se encontró que, en el *Protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas* se pretenda brindar un tratamiento complementario para estas dos realidades.

El desarrollo de un tratamiento complementario para el consumo de alcohol y el malestar psicológico podría ayudar a alcanzar los objetivos propuestos en el *Plan estratégico Nacional de Salud Mental* (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014) además de afianzar el Modelo de atención en salud mental.

Los estudiantes universitarios –en concordancia con los estudios antes mencionados– son un grupo vulnerable a padecer malestar psicológico y a consumir. A partir de los resultados de esta investigación se podrían desarrollar protocolos ajustados a las realidades de los estudiantes de universidades públicas y privadas. A través de estos se podrá intervenir en la población estudiantil y disminuir el porcentaje de consumo de alcohol al igual que reducir la cantidad de estudiantes que experimentan malestar psicológico. Por medio del departamento de bienestar estudiantil se podrían desarrollar campañas que se basen en los resultados de esta investigación que permitan la prevención temprana del consumo de alcohol asociado con el malestar psicológico; una

pronta identificación de los estudiantes que se enfrenta a esta problemática y un tratamiento eficaz que permita desarrollar sus actividades académicas a plenitud. Las conclusiones y resultados de esta investigación permitirán la difusión científica del conocimiento sobre el malestar psicológico y el consumo de alcohol, el cual podrá ser utilizado por investigadores y agentes gubernamentales y no gubernamentales para ampliar el conocimiento sobre esta temática.

En conclusión, en el Ecuador no se han encontrado estudios que identifiquen la relación entre el malestar psicológico medido por el CORE-OM y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. El análisis de datos de la presente investigación se deriva de un estudio previo más amplio en el que se verificó las propiedades psicométricas del CORE-OM en el contexto ecuatoriano (Paz, Mascialino y Evans, 2018). Es así como el presente estudio busca analizar la relación entre el consumo de alcohol y el malestar psicológico en estudiantes universitarios.

3. Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre el consumo de alcohol y el malestar psicológico en estudiantes universitarios?

4. Objetivo

4.1. Objetivo General

Analizar la relación relación entre el consumo de alcohol y el malestar psicológico de los estudiantes universitarios.

4.2. Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

- Determinar el nivel de malestar psicológico y riesgo en estudiantes universitarios.
- Comparar el malestar psicológico y riesgo entre consumidores de alcohol frecuentes y no frecuentes en estudiantes universitarios.

5. Marco Teórico

El consumo de alcohol se ha estudiado de manera compleja por las organizaciones gubernamentales encargadas de la salud de la población y por la academia en general. Aquello ha permitido tener una gran variedad de clasificaciones disponibles para el estudio y una serie de indicadores que miden la cantidad, tiempo, tipo de sustancia y características de su uso. Es así como cada factor de consumo puede ser atribuido a una problemática específica y que la correcta medición del consumo es fundamental para una investigación verídica sobre sus consecuencias y correlaciones (Valencia, González y Galán, 2014, pp. 434-438)

Según la Organización Panamericana de la Salud (2007), (2008) y OMS (2018) el consumo se torna nocivo cuando existe un uso regular de alcohol que pueda causar daño físico o mental. El consumo nocivo se puede dividir en consumo de riesgo, que implica posibles consecuencias a la salud y cuya cantidad de alcohol va de 20 a 40 gramos diarios en mujeres y 40 a 60 gramos en hombres, y en consumo perjudicial, que implica consecuencias a la salud y cuya cantidad de alcohol sobrepasa los 40 gramos en mujeres y los 60 gramos en hombres. Si el consumo no se efectúa de forma regular, pero la cantidad de alcohol sobrepasa el consumo perjudicial en un lapso corto de tiempo se considera que es un consumo excesivo episódico (OMS, 2008, pp. 2-5).

La frecuencia es una variable importante para conocer la cantidad de veces que se consume en un marco de tiempo determinado. Se puede evaluar desde el número de veces que se consume en los últimos 12 meses, hasta cuantas veces se consume en promedio por semana. Cada variable de medición ofrece datos únicos sobre el consumo, un análisis semanal o mensual del consumo de alcohol podría brindar información sobre quienes son consumidores

frecuentes (beben más de una vez al mes) y quienes no beben con tanta frecuencia (Valencia, González y Galán, 2014, pp. 434-440).

La medición del malestar psicológico ha sido un particular reto para los investigadores de la psicología. La dificultad de un mecanismo efectivo de medición que permita una correcta recolección de datos para un posterior análisis solo es comparable con la necesidad de medirla para encontrar una relación entre el malestar psicológico y las condiciones sociales y personales (Mirowsky y Ross, 2002, p. 152). Es por ello por lo que un estudio que busque la relación entre el malestar psicológico y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios a pesar de encontrarse con dificultades en cuanto a la medición es necesario para la comprensión de ambas problemáticas.

Según la OMS (2018) el consumo prolongado de alcohol tiene tres consecuencias principales. La primera son los efectos tóxicos de la sustancia a nivel del tejido en los órganos del cuerpo, el cual puede causar cáncer, enfermedades al hígado o problemas al corazón. La segunda son secuelas en la salud mental raíz de la falta de control sobre el consumo que puede derivar en psicosis o depresión y la última son problemas relacionados con la abstinencia y la intoxicación. Sin embargo, también las consecuencias del consumo pueden estar reflejadas en la esfera personal y social de la persona (pp. 3-15).

El riesgo de cometer suicidio se incrementa siete veces en las personas después de haber consumido alcohol y en un consumo excesivo de alcohol este riesgo se incrementa 37 veces (Borges et al., 2017). El riesgo de tener depresión es el doble en las personas que consumen alcohol (Boden y Fergusson, 2011, p. 908). De la misma manera el consumo de alcohol también está relacionado con un gran número de enfermedades venéreas como el VIH y la hepatitis debido a la falta de prácticas sexuales seguras durante y después del consumo (OMS, 2018, p. 7). Las personas que consumen alcohol tienen riesgo de lastimar a otros con su comportamiento, ya sea infringiendo heridas a personas debido a la falta de control que se experimenta durante el consumo o debido a acciones irresponsables como manejar en estado etílico (OMS, 2018, p. 12). Esto indica

que el consumo de alcohol está relacionado con diversas formas de malestar psicológico.

No existe un consenso que haya podido definir el malestar psicológico, sin embargo, en general se define como una combinación de síntomas propios de la depresión, ansiedad, problemas relacionados a la funcionalidad y problemas relacionados a la conducta (Mirowsky y Ross, 2002, pp. 152-155). En los estudiantes universitarios este problema es evidente, aproximadamente el 32% de la población presenta síntomas clínicos relacionados con el malestar psicológico (Liébana-Presa et al, 2014, p. 718; Eisenberg, Hunt y Speer, 2013, pp. 63-65). Las fuentes de malestar que se pueden evidenciar en los estudiantes universitarios son la carga de trabajo, problemas relacionados a los estudios, el enfrentarse a situaciones nuevas, el enfrentarse a cambios en el afrontamiento, la autoestima y las relaciones sociales. Y en particular en los estudiantes de ciencias de la salud puede estar relacionado con las dificultades y el estrés de las prácticas clínicas (Liébana-Presa et al, 2014, p. 716).

El malestar psicológico al igual que el resto de los trastornos mentales afectan a las personas sin importar su género, edad, etnia, condición socioeconómica, nacionalidad o nivel educativo. Es por ello por lo que la Organización Mundial de la Salud (2013) ha propuesto un plan hasta el 2020 para promover el bienestar mental, en los que fomenta la investigación sobre esta temática a través de instrumentos de medición. Lo cual permitirá a la salud pública atender a este desafío urgente y en aumento. De la misma manera las Naciones Unidas en los objetivos de desarrollo sostenible 2030 plantean el objetivo 3: asegurar la salud y la vida y promover el bienestar en el que incluye meta 3.5 “fortalecer la prevención y tratamiento de abuso de sustancias incluyendo abuso de narcótico y uso perjudicial del alcohol (UN General Assembly, Octubre 2015, p.16). Los problemas de salud mental y consumo de alcohol evidencian una prevalencia alta en la población universitaria.

Un estudio publicado por Liébana-Presa et al (2014) realizado en 1840 estudiantes universitarios del área de la salud en las carreras de fisioterapia y enfermería, muestra una prevalencia del malestar psicológico en esta población

es del 32.2% (p. 718). El estudio fue cuantitativo, transversal no experimental comparativo y la variable categórica se dividió –en base a un punto de corte– en presencia/ausencia de malestar psicológico. La puntuación de malestar psicológico en este estudio fue mayor en las mujeres que en los hombres (p. 720).

De la misma manera en Stallman (2010) se puede notar que en los estudiantes universitarios existe un 67% de presencia de síntomas subclínicos y un 83.9% reporta niveles elevados de malestar psicológico por lo que se considera una población en riesgo de enfermedad mental. El estudio es cuantitativo no experimental transversal y se utilizan puntos de corte para categorizar la variable en: *normal, moderate, high, very high* (pp. 252-353).

Según los estudios de Eisenberg, Hunt y Speer (2013) en la población universitaria los problemas relacionados con la salud mental muestran una prevalencia significativa. El 17.3% de los estudiantes reporta haber tenido problemas relacionados a la depresión, un 9.8% trastornos relacionados con la ansiedad, 6.3% haber tenido pensamientos suicidas el año pasado, un 1.6% reporta tener un plan para suicidarse y un 0.6% reporta haberlo intentado, y cerca del 15% de los estudiantes reportan haber tenido conductas autolesivas no suicidas. En total al menos un 32% de los estudiantes han tenido un problema relacionado con la salud mental. Es un estudio cuantitativo no experimental transversal, se evaluó a los participantes en un momento determinado y se cotejó las distintas variables categóricas (pp. 63-65).

Uno de los apartados que evalúa el CORE-OM dentro del malestar psicológico son las conductas de riesgo en las que se incluye el daño o intención de dañar a otras personas y a sí mismo. Según la OPS (2002) en el *Informe mundial sobre la violencia y salud* la violencia juvenil comprende una serie de actos agresivos que van entre la intimidación y llegan al homicidio doloso, que implica la intención de hacer daño. Se calcula que 9,2 de cada 100000 habitantes mueren a causa de la violencia juvenil, siendo América Latina y África los continentes con los peores resultados (p. 16). Las conductas de riesgo realizadas por los jóvenes universitarios representan grandes pérdidas económicas para el

sistema de salud de los países, los cuales invierten parte del PIB para la atención de lesiones en hospitales públicos (p.10).

Entre los jóvenes los comportamientos violentos y las conductas de riesgo están marcadas por la presencia de alcohol, drogas o armas. La sola presencia del alcohol aumenta la posibilidad de lesiones y de muerte (OPS, 2002, p. 16). Es así que para Pastor, Ruano, Ferrándiz y Del Castillo-López (2011) hay una clara relación entre el consumo de alcohol y el riesgo a cometer conductas criminales que pongan en peligro a otros. Dicha relación se debe en parte a la desinhibición y pérdida de control de impulsos que experimentan las personas al consumir alcohol, sin embargo, a pesar de que se ha podido constatar la correlación entre estas dos problemáticas no se ha podido distinguir claramente si el alcohol es un desencadenante o un causante directo de las conductas que ponen en riesgo a otras personas (p. 73-75).

Si bien existen situaciones en las que existe consumo de alcohol y no se registran altercados violentos o conductas autolesivas y del mismo modo existen conductas de riesgo hacia otros y a sí mismo en las que el consumo de alcohol no está presente, es importante recalcar que la prevalencia de ambas se evidencia en cerca del 50% de los casos (Pastor, Ruano, Ferrándiz y Del Castillo-López, 2011, p. 76). Dicho esto, es importante aclarar que el consumo de alcohol y el comportamiento derivado del mismo ha probado tener características culturales distintivas que en muchos sentidos sobrepasan las investigaciones biologicistas sobre los efectos de alcohol en el cerebro.

Gelles y Straus (1992) en un estudio antropológico sobre la violencia llegaron a la conclusión de que existen culturas cuyo comportamiento ético es violento y agresivo de la misma manera que existen culturas cuyo comportamiento ético es calmado y pacífico (pp.128-175). En la cultura occidental el alcohol ha sido entendido como un escape de la vida y de las responsabilidades, dicho escape se sostiene en la permisibilidad de actos y de pensamientos, creando así un espacio perfecto para la consecución de la violencia (pp.45-47). De esta manera el alcohol no representa una relación causal o desencadenante de la violencia, sino que dentro de la cultura occidental

podría usarse al alcohol como justificativo y mecanismo sistemático de repetición de la conducta violenta.

En contraste a estos estudios, el modelo biológico explica una relación causal entre el consumo de alcohol y cambios fisiológicos en el cerebro. Estos cambios podrían predisponer una conducta agresiva. Uno de estos cambios que se da en los bebedores crónicos y que los diferencia de aquellos que nunca o casi nunca consumen alcohol es el nivel de la testosterona sérica. El nivel de testosterona sérica a la vez tiene un impacto en el nivel de serotonina del cerebro, un neurotransmisor que tiene influencia directa en los estados de ánimo de la persona y cuya falencia se ha comprobado que aumenta el comportamiento violento (Pastor, Ruano, Ferrándiz y Del Castillo-López, 2011, pp. 77-79).

Una parte importante del estudio del consumo de alcohol relacionado con la violencia se encuentra en las investigaciones sobre violencia de género y consumo. Es así que se ha encontrado que la mayoría de la violencia en hombres relacionada con el alcohol sucede en lugares públicos como bares, estadios o conciertos, mientras que la mayoría de la violencia de género en mujeres relacionada al alcohol acaece en el hogar (Pastor, Ruano, Ferrándiz y Del Castillo-López, 2011, p. 85).

Por otro lado, es necesario tomar en cuenta que el malestar psicológico incluye conductas y pensamientos autolesivos. Los cuales hacen referencia por una parte a actos que pongan en riesgo la integridad de la persona y por otro lado, las ideaciones suicidas que actúen como detonantes para esta conducta. Las conductas autolesivas son la segunda causa de muerte entre los estudiantes universitarios. El año de 2012, se estimó que 804 mil personas se suicidaron en el mundo (OMS, 2014, p. 2). La OMS (2014) reconoce que los riesgos vinculados a las conductas autolesivas en las comunidades son varios y están relacionados con realidades económicas, bélicas y el aislamiento, mientras que en los factores de riesgo individual se reconoce al consumo nocivo de alcohol, a dolor crónico y crisis vitales (p. 7).

En 2017 Dos Santos, Marcon, Espinosa, Baptista y Cabral de Paulo publicaron un estudio realizado en estudiantes universitarios para analizar los

factores asociados a la presencia de ideación suicida. Este estudio contó con una muestra de 637 estudiantes y se determinó que el 9.9% de ellos, es decir $n = 63$ presentan ideación suicida, siendo un porcentaje alto con respecto a la prevalencia de ideación suicida en la población general. El estudio fue cuantitativo transversal no experimental y la variable categórica a medir fue : Si/No ideación suicida. De la misma manera se ha encontrado que las personas que poseen síntomas depresivos suelen exteriorizarlos con deseo de hacerse daño o morir. Es así que se ha encontrado una relación entre la variable de consumo de alcohol y los síntomas depresivos, lo que implicaría una prevalencia de ambas en la mayoría de los casos (pp. 2-5). Además, se ha encontrado una relación entre la variable de consumo de alcohol y la ideación suicida. Por ello se puede concluir que la ideación suicida y los síntomas depresivos son multifactoriales, sin embargo, uno de los factores que parece ser determinante es el consumo de alcohol en cualquiera de los casos (Dos Santos, Marcon, Espinosa, Baptista y Cabral de Paulo, 2017, pp. 3-5).

En base a toda la evidencia presentada de estudios cuantitativos y al uso de herramientas de medición se puede concluir que la perspectiva teórica esta basada en el empirismo. El empirismo es una perspectiva teórica reconocida con la que se intenta llegar a la verdad en base a la experiencia interna o externa. (Silva, 2016, p. 11-36). El empirismo en la psicología se refleja en la psicometria que se encarga de la medición de las variables psicológicas a través de instrumentos.

Se puede de esta manera concluir que tanto el malestar psicológico como el consumo de alcohol presentan dificultades en cuanto a la medición. De la misma manera ambas problemáticas están atravesadas por un componente epistemológico y se encuentran en medio de una discusión filosófica y antropológica sobre sus causas y consecuencias. Todo ello permite que la investigación en este tema no esté solamente en un campo determinado de la ciencia, sino que pueda ramificarse y complementarse periódicamente.

6. Hipótesis

Se han planteado las siguientes hipótesis en torno a cada uno de los objetivos específicos de este estudio.

Objetivos Específicos:

1. Determinar la prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

Hipótesis: Existe una prevalencia alta de consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

Variable categórica: Consumo de alcohol (niveles: consumo frecuente y no frecuente).

2. Determinar el nivel de malestar psicológico y riesgo en estudiantes universitarios.

Hipótesis 1: Existe un nivel alto de malestar psicológico en estudiantes universitarios.

Variable numérica 1: malestar psicológico (medido del 0 al 4 por medio del puntaje total del CORE-OM).

Hipótesis 2: Existe un nivel alto de riesgos y posibles daños en estudiantes universitarios.

Variable numérica 2: riesgos y posibles daños (medido del 0 al 4 por medio de la dimensión de riesgos y posibles daños del CORE-OM).

3. Comparar el malestar psicológico y riesgo entre consumidores de alcohol frecuentes y no frecuentes en estudiantes universitarios.

Hipótesis 1: Los consumidores frecuentes presentarán un mayor nivel de malestar psicológico que los consumidores no frecuentes.

Variable categórica: Consumo de alcohol (niveles: consumo frecuente y no frecuente).

Variable numérica 1: malestar psicológico (medido del 0 al 4).

Hipótesis 1.1: Los consumidores frecuentes presentarán un mayor nivel de riesgos y posibles daños que los consumidores no frecuentes.

Variable categórica: Consumo de alcohol (consumo frecuente y no frecuente).

Variable numérica 2: riesgos y posibles daños (medido del 0 al 4).

7. Metodología

La metodología de esta investigación se basó en un enfoque cuantitativo, ya que las hipótesis planteadas se comprobaron a través de un análisis estadístico y numérico de los datos recolectados (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, pp. 4-6). El diseño de la investigación fue no experimental transversal, en el que no se realizó ninguna intervención en el consumo ni en el malestar psicológico de los estudiantes universitarios. Sólo se recolectaron las variables no manipuladas en un momento específico (Hernández, Fernández y Baptista, p. 151-152).

El alcance de la investigación fue correlacional/comparativo, en el que se tomó dos variables planteadas en un momento específico y se buscó identificar la relación entre ellas. Es decir que se buscó verificar la existencia o no de una relación entre el malestar psicológico y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios (Hernández, Fernández y Baptista, p. 153-156).

7.1. Muestra

El estudio se realizó en la Universidad de las Américas. Según la Dirección de Inteligencia de Información de la Universidad de las Américas (2019) la institución cuenta con 15920 estudiantes matriculados en todos los campus.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizará a través de la fórmula:

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$

Donde N es el tamaño de la población, Z es el nivel de confianza (determinado por el intervalo), D es el nivel de precisión y P , Q son las probabilidades de éxito y fracaso respectivamente. De esta manera se puede determinar que el tamaño de la muestra para un intervalo de confianza del 95%, con un error esperado de 5% es de 376 estudiantes (Aguilar-Barojas, 2005, pp. 336-337).

El tipo de muestreo utilizado fue por conveniencia ya que se evaluó a estudiantes sobre los que se tuvo ventaja de acceso (Hernández, Fernández y Baptista, pp. 176-178).

7.2. Criterios de Inclusión y Exclusión para la muestra

Tabla 1

Criterios de Inclusión y Exclusión de la muestra clínica

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
- Estudiantes regulares universitarios de Quito	- Tratamiento por psicoterapia - Uso de psicofármacos
- Mayores de edad	- Enfermedades crónicas graves

Se excluyó del estudio a estudiantes que declararon tener una enfermedad crónica debido a que este tipo de diagnóstico puede influir de manera directa en el consumo de alcohol (prohibiendo su consumo por motivos médicos), y de manera indirecta en el malestar psicológico, siendo la enfermedad una fuente del mismo. De la misma manera se excluyó a estudiantes en tratamiento psicoterapéutico y en uso de psicofármacos debido a que el malestar psicológico es intervenido por un agente externo al estudio.

7.3. Recolección de Datos

Se utilizó el CORE-OM (Anexo 3; Evans et al, 2002, p.53) para medir el malestar psicológico. El CORE-OM ha sido diseñado y adecuado para ser usado en una variedad de servicios. Mide el malestar global, e incluye información sobre el bienestar, síntomas y problemas relacionados, además de recabar información sobre el funcionamiento social y vital de la persona. Adicionalmente cuenta con un apartado sobre el riesgo autoinfligido y hacia otros (Evans et al, 2002, p.53).

El instrumento cuenta con un formulario que se completa con información importante del participante y del terapeuta, y consta de 34 ítems, divididos en cuatro secciones, la primera (cuatro ítems) recaba información sobre el bienestar subjetivo, la segunda (12 ítems) se centra en los problemas/síntomas, la tercera (12 ítems) trata sobre el funcionamiento de la vida y la cuarta (seis ítems) que explora los riesgos y posibles daños (Evans et al, 2002, pp. 51-60). Cada ítem tiene una puntuación de 0 (nunca) a 4 (siempre o casi siempre). La máxima puntuación es 136 y la mínima es 0 (CORE, 2014, p. 17; Evans et al, 2002, p. 53-58), Para mayor interpretabilidad, se promedia el puntaje total por el número de los ítems. Es así que la puntuación final se encuentra en un rango de 0 a 4.

El CORE-OM es un instrumento que puede ser utilizado en la población general y ha sido ampliamente utilizado en la población universitaria (Connell, Barkham y Mellor-Clark, 2007; Bernaras Iturrioz, Insúa Cerretani y Bully Garay, 2018). El CORE-OM es un instrumento pan-teórico y pan-diagnóstico que se utiliza para investigar la efectividad de los tratamientos psicológicos, para evaluar y comparar los diferentes servicios en salud mental y para la investigación en general (CORE, 2014, p. 5; Evans et al, 2002, pp. 53-58) . Y en la actualidad su uso en la terapia como herramientas de medición, ha permitido el desarrollo de un modelo de evidencia basada en la práctica (Bower y Gilbody, 2010, pp. 1-20).

El CORE-OM tiene una consistencia interna del 0.94 con respecto al valor total de los ítems y 0.73 a 0.88 con respecto al valor de cada dimensión en la versión en español (Trujillo et al., 2016, p. 1461). Comparándose con la versión original que tiene una consistencia del valor total de 0.94 e interna entre las

dimensiones de 0.77 a 0.90 (Evans et al., 2002, p . 53). En la adaptación idiomática realizada en Ecuador, se refleja una consistencia interna de 0.93 para el valor total del cuestionario y de 0.69 a 0.86 por cada dimensión (Paz, Mascialino y Evans, 2018, p. 8).

Junto con la aplicación del CORE-OM se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos (Anexo 2) donde se incluyeron variables de género, edad, tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico, nivel de instrucción, horas de trabajo, lugar de residencia y enfermedades crónicas. El cual se empleó como tamizaje para comprobar quienes cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, y para recabar información importante de los participantes. Dentro del cuestionario se incluyó la variable del consumo de alcohol en los niveles: casi nunca o nunca, 1 o 2 veces por semana, 3-5 veces por semana y todos los días. Esta última sirvió para encontrar la correlación con la variable de malestar psicológico.

7.4. Pre-Validación del Instrumento

La pre-validación de este instrumento se llevó a cabo a través de un panel de expertos en el que se aprobó su utilización en la población universitaria. Para ello se elaboró un documento (Anexo 4; Anexo 5) que fue realizado en conjunto con la docente guía. Las sugerencias y revisiones realizadas para la utilización del instrumento fueron llevadas a cabo satisfactoriamente por lo que se extiende su aprobación (Anexo 6).

7.5. Procedimiento

- En primer lugar, se contactó con las autoridades de la Universidad de las Américas del área de investigación que tenían acceso a la base de datos del CORE-OM recolectadas desde diciembre 2017 a marzo 2018.
- Al conseguir el acceso a la información se hizo un análisis de los datos en donde se identificó la relación entre el malestar psicológico y el consumo de alcohol en la muestra de estudiantes universitarios.

- Por último, se reportó los datos resultantes del estudio de la relación entre el consumo de alcohol y el malestar psicológico en estudiantes universitarios.

7.6. Tipo de Análisis

Para el objetivo “determinar la prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios” teniendo en cuenta que es una variable categórica su análisis fue estadístico descriptivo. Se determinó la prevalencia de consumo de alcohol utilizando una tabla de frecuencias que diferenció el número de consumidores frecuentes y no frecuentes.

Para el objetivo “determinar el nivel del malestar psicológico y riesgo en estudiantes universitarios” teniendo en cuenta que son variables cuantitativas se utilizó un análisis estadístico descriptivo. Se determinó los niveles de malestar psicológico a través la media, mediana y la desviación estándar tomando como datos las calificaciones de cada uno de los participantes. Se determinaron los niveles tanto para el puntaje total de malestar como de la dimensión riesgos.

Para el objetivo “compara la diferencia del malestar psicológico y riesgo entre consumidores de alcohol frecuentes y no frecuentes en estudiantes universitarios” se utilizó estadística inferencial. Es así que se comparó el malestar psicológico entre los consumidores de alcohol frecuente y no frecuente. La variable (malestar psicológico) es una variable continua y la variable (consumo de alcohol frecuente y no frecuente) es una variable categórica. Antes de realizar el análisis de datos se verificó el cumplimiento de la normalidad de la distribución de los mismo. Para esto se examinó la curtosis y la simetría, se concluyó que los datos cumplen los criterios para ser analizados con pruebas estadísticas paramétricas. Es así que se realizó un T test para comprobar la hipótesis planteada. Por otro lado, la variable (riesgo) es una variable continua y la variable (consumo de alcohol frecuente y no frecuente) es una variable categórica. Durante el análisis de datos se verificó el incumplimiento de la normalidad de la distribución de los mismo. Para esto se examinó la curtosis y la simetría, se concluyó que los datos cumplen los criterios para ser analizados con

pruebas estadísticas paramétricas. Es así que se utilizó el análisis de los datos no paramétricos mediante la U de Mann-Whitney para comprobar las hipótesis planteadas para el puntaje total y la dimensión de riesgos. (Rivas-Ruiz, Moreno-Palacios y Talavera, 2013).

El programa que se utilizó para el análisis de datos de todos los objetivos se realizará a través del programa estadístico R (R Core Team, 2014) y R studio (RStudio Team, 2015).

8. Viabilidad

8.1. Acceso al grupo de estudio

Para el estudio se contempló una muestra de estudiantes universitarios. Esta muestra fue recolectada por un estudio previo realizado en el país: “Exploración de las propiedades Psicométricas del Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure en Ecuador” (Paz, Mascialino y Evans, 2018). Al contar con una base de datos previa no se requirió el acceso al grupo de estudio sino el acceso a la información. El cual fue otorgado por la investigadora principal del proyecto y la Dirección General de Investigación de la Universidad de Las Américas.

8.2. Disponibilidad del tutor académico para guiar el estudio

El estudio cuenta con la disponibilidad de la tutora quien aportará con el tiempo requerido para la consecución de este, de la misma manera que aportará con su conocimiento en el tema. La tutora es la investigadora principal del proyecto de donde se recopilaban los datos, por lo cual su conocimiento incluye es amplio sobre el tema con experiencia en estudios previos en el Ecuador sobre el malestar psicológico y publicaciones conjuntas con el creador del instrumento.

8.3. Disponibilidad de recursos

Todos los costos derivados del estudio serán solventados por el autor. Los costos más representativos en cuanto a la recolección de los datos ya fueron solventados por medio de la financiación de la Dirección General de Investigación de la Universidad de Las Américas del proyecto: “Exploración de las propiedades Psicométricas del Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure en Ecuador” (Paz, Mascialino y Evans, 2018).

8.4. Sugerencias y/o recomendaciones

Este estudio se planifica en respuesta a la sugerencia de realizar estudios comparativos sobre el malestar psicológico planteado en un trabajo de titulación previo (Cañadas, 2018, p. 30). El malestar psicológico está influenciado por una serie de factores, entre los cuales se encuentran factores sociales, individuales y culturales. Se recomienda que se profundice en cuales son los factores predominantes del malestar psicológico y qué factores permiten prevenirlo.

9. Consideraciones Éticas

9.1. Consentimientos informados

El uso de consentimientos informados es fundamental en el procedimiento investigativo para determinar la participación voluntaria de los sujetos en el estudio. El consentimiento incluye la información necesaria del procedimiento de la investigación y los riesgos y beneficios a los que se expone el participante. Es importante que se explicita que el sujeto puede desistir de su participación en cualquier parte de la investigación y que aquello no le traerá ninguna consecuencia.

A través de este documento se certificó la voluntariedad de las personas para participar y se veló por el derecho a la información de los sujetos (como Anexo 1 se presenta el modelo de consentimiento informado utilizado para la presente investigación).

9.2. Tratamiento de la información

La información que se obtenga de este proyecto será confidencial, y los datos personales de los participantes se mantendrán anónimos. Se creó una base de datos en la que se cambió el nombre de los participantes por códigos. La información obtenida fue y será utilizada únicamente con fines académicos por el equipo de investigación.

El nombre de los sujetos en los consentimientos informados se resguardará bajo llave en la oficina del investigador principal, quien será el único que tenga acceso. En ningún caso tuve acceso a la información personal de los participantes.

9.3. Autorreflexividad

Siempre me sentí intrigado por el comportamiento de las personas, y mis prácticas pre-profesionales y vinculación voluntaria a proyectos de investigación me permitieron notar la disparidad que existe en la población universitaria y no universitaria, y sobre las personas que consumen alcohol y las que no. Creo fervientemente que la investigación y el análisis de los datos empíricos son el mecanismo por el cual la sociedad podrá alcanzar un nivel mayor de bienestar. Estoy plenamente comprometido a aportar desde mi trabajo algunos datos que ayuden tanto en el tratamiento como en el desarrollo de políticas privadas y públicas para mejorar la vida de las personas.

9.4. Consecuencias de la investigación

Los resultados de la investigación podrían ser mal interpretados como causales por las autoridades universitarias y reflejarse en políticas inútiles y equivocadas. Los datos podrían ser expuestos de manera incorrecta a la población, los estudiantes podrían sentirse vulnerados en su intimidad y observados, lo que podría generar una resistencia a participar en nuevos trabajos investigativos. Para minimizar esta consecuencia es necesario que la

información esté clara y que la metodología sea transparente y cuide la información de los estudiantes.

9.5. Devolución de resultados

En cuanto a la devolución de resultados, esta se realizará a través de la publicación del estudio una revista indexada. Además, se entregará un resumen ejecutivo de los resultados a las autoridades de la universidad para que puedan desarrollar programas de atención a los estudiantes.

9.6. Autorización para uso de test

El CORE-OM cuenta con una licencia *copyleft* por lo que no se requiere de una autorización por parte del autor para su uso, la licencia incluye la gratuidad de su utilización y promueve su uso para la evaluación clínica y la investigación. El CORE-OM se puede encontrar en su página principal:

(<https://www.coresystemtrust.org.uk/translations/spanish-castellano/>).

9.7. Derechos de Autor

Derechos de autor: Literal No. 13 del Reglamento de titulación de la Universidad de Las Américas, sobre la propiedad intelectual: La propiedad intelectual de los trabajos de titulación pertenecerá a la Universidad. En casos extraordinarios en los que el o los estudiantes tengan razones para solicitar que la propiedad intelectual les pertenezca, deberán solicitarlo directamente a su Decano o Director, quién tratará el tema con la Vicerrectoría y la Dirección de Coordinación Docente. Se comunicará la respuesta al solicitante a más tardar dentro de los 30 días siguientes a su requerimiento. Los trabajos de titulación, de aceptarse el requerimiento del estudiante, serán tratados como secreto comercial e información no divulgada en los términos previstos en la Ley de Propiedad intelectual.

10. Resultados

10.1. Recolección de los resultados

La recolección de datos para el estudio “Exploración de las propiedades Psicométricas del Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure en Ecuador” (Paz, Mascialino y Evans, 2018) fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito, Ecuador (ref. 2017-113E).

10.2. Aceptabilidad

Hubo un acercamiento a 632 estudiantes, de los cuales rechazaron participar en el estudio $n = 38$ (6%). En total la aceptabilidad del estudio fue de 594 estudiantes.

10.3. Información demográfica

Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión se excluyeron $n = 125$ (21%), resultando una muestra final de $n = 469$ que representa 79% de los 594 estudiantes que participaron en el estudio. Esta cifra sobrepasa el número de participantes esperados al realizar el cálculo del tamaño de la muestra ($n = 376$). Por tanto, con esta muestra es posible encontrar correlaciones y realizar comparaciones que permitan obtener resultados robustos. La muestra estuvo conformada de ($n = 197$) hombres (42%) y ($n = 272$) mujeres (58%), en base al chi cuadrado se puede concluir que el número de mujeres sobrepasa significativamente el número de hombres ($X^2_{(1, n = 469)} = 11.99, p < 0.001$). El rango de edad fue de 18 a 45 años ($M = 22.15, DT = 3.62$).

10.4. Objetivo 1

Para identificar la prevalencia de consumo de alcohol en los estudiantes universitarios se utilizó una tabla de frecuencias en la que se dividió el consumo

de acuerdo con: frecuente y no frecuente (Tabla 2). Los resultados del Chi cuadrado indican que hay más estudiantes que no consumen frecuentemente alcohol en contraste con los que consumen frecuentemente ($\chi^2_{(1, n = 469)} = 5.54$, $p < 0.05$). Considerando el género, los resultados indican que un mayor número de estudiantes mujeres no consumen frecuentemente alcohol en comparación con los hombres ($\chi^2_{(1, n = 469)} = 5.28$, $p < 0.05$).

Tabla 2

Frecuencia de consumo de hombres y mujeres

Género	Frecuente		No frecuente		Total	% del total
	n	%	n	%		
Femenino	109	40	163	60	272	58
Masculino	100	50.1	97	49.9	197	42
Total	209	44.6	260	55.4	469	100

10.5. Objetivo 2

Para determinar el nivel de malestar psicológico y riesgo en estudiantes universitarios se calculó la media, desviación estándar y la mediana utilizó tanto del total de los ítems del CORE-OM y la puntuación de la dimensión de riesgo. El total de los ítems del CORE-OM presentaron una media de 1.02 ($DT = 0.52$; $Mediana = 0.94$, rango de puntuación = 0 a 2.88). Por otro lado, el nivel de riesgo fue de 0.31 ($DT = 0.44$; $Mediana = 0.17$, rango de puntuación = 0 a 2.67).

10.6. Objetivo 3

Para identificar la diferencia del nivel de malestar psicológico entre consumidores de alcohol frecuentes y no frecuentes primero se comprobó que la puntuación total del CORE-OM siguiera una distribución paramétrica. Se encontró que la distribución de puntuación total presenta una asimetría positiva de 0.74 y una curtosis de 0.41, así también en los consumidores frecuentes se presenta una curtosis de 0.21 y asimetría positiva de 0.71, mientras que en los consumidores no frecuentes se presenta una curtosis de 0.56 y una asimetría

positiva de 0.78, lo que indica que es adecuado realizar un análisis paramétrico. Es así que se realizó la prueba la hipótesis a través de la *T de Student* o diferencia de medias para muestras independientes. Los resultados indican que no existen diferencias significativas en el malestar psicológico ($t_{(455)} = 1.48$, $p = .14$, IC 95% de la diferencia = -0.02 a 0.12). entre los grupos de consumidores frecuentes ($M = 1.56$; $DT = 0.51$; *Mediana* = 0.97) no frecuentes ($M = 0.99$; $DT = 0.54$; *Mediana* = 0.91).

Para comparar el nivel de riesgo entre consumidores de alcohol frecuentes y no frecuentes en estudiantes universitarios primero se comprobó que la distribución de la puntuación total de la dimensión de riesgo cumpla con los supuestos para considerarse paramétrica. Se encontró que la distribución de los puntajes de riesgo presenta una asimetría positiva considerable de 2.46 y una curtosis de 7.62, sí también en los consumidores frecuentes se presenta una curtosis de 5.96 y asimetría positiva de 2.3, mientras que en los consumidores no frecuentes se presenta una curtosis de 9.2 y una asimetría positiva de 2.55, lo que indica que no es adecuado realizar un análisis paramétrico. Por ello se puso a prueba la hipótesis utilizando la prueba *U de Mann-Whitney* para variables no paramétricas. Los resultados mostraron que existe una diferencia significativa en el nivel de “riesgo” ($U = 23695$, $p = 0.013$). Existe un mayor nivel de riesgo en personas que indicaron consumo frecuente ($M = 0.36$; $DT = 0.48$; *Mediana* = 0.17; *Rango* = 0 a 2.5) en comparación con las personas que indicaron que no consumen alcohol frecuentemente ($M = 0.27$; $DT = 0.4$; *Mediana* = 0.17; *Rango* = 0 a 2.67).

11. Discusión

Los resultados sobre la prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios indicaron que hay más estudiantes que no consumen frecuentemente en contraste con los que consumen frecuentemente. Tomando en cuenta que el consumo frecuente implica consumir al menos una vez por semana, los resultados tienen concordancia con el UNODC (2017) que plantea que al menos un 32.53% de los universitarios tienen un consumo considerado

de riesgo (p. 39). En los resultados de la presente investigación se pudo determinar que en la Universidad de las Américas esta cifra es del 44.6% de los estudiantes, los cuales reportaron consumir alcohol al menos una vez a la semana. A pesar de que la variable frecuencia no determina necesariamente un consumo de riesgo, podría deducirse que los estudiantes que consumen al menos una vez por semana probablemente podrían presentar consumo de riesgo tomando en cuenta la cantidad de gramos de alcohol en la sangre, equivalente a 20-40 gramos diarios en mujeres y 40-60 gramos en hombres (OMS, 2008, pp. 2-5).

Los resultados indican que las mujeres no consumen frecuentemente alcohol en comparación con los hombres, siendo un porcentaje del 60% para las mujeres que no consumen frecuentemente, en comparación con un 49.2% de hombres que no consume frecuentemente ($p < 0.05$). Esta disparidad referente al género se ha visto reflejadas en todos los estudios previos, como en el estudio de la OPS (2015) en que se indica una diferencia de 16.4% entre los hombres y las mujeres con respecto al consumo frecuente y en altas cantidades en las Américas (p.5). Del mismo modo esta disparidad en cuanto el género se refleja en la cantidad del consumo. En el Ecuador los hombres consumen 5.9 litros de alcohol per cápita anuales más que las mujeres (OMS, 2018, pp. 342-359).

Los resultados sobre el total del CORE-OM de malestar psicológico evidenciaron que los estudiantes universitarios tienen un nivel de malestar psicológico promedio de 1.02. Los datos recolectados tienen relación con la investigación de Bernaras Iturrioz, Insúa Cerretani y Bully Garay (2018) realizada en estudiantes universitarios en España, en cual se obtuvo una media de 1.05 (p. 5). En cuanto a los resultados de la dimensión riesgo se obtuvo un promedio de 0.31 en los estudiantes universitarios. Este resultado tiene similitud con el resultado de Bernaras Iturrioz, Insúa Cerretani y Bully Garay (2018) en el que se indica una media de 0.27 para esta dimensión (p. 5). En el presente estudio al igual que en el de Bernaras Iturrioz, Insúa Cerretani y Bully Garay (2018) se encontró una diferencia de la curtosis y la asimetría en la dimensión riesgo con respecto al resto de los valores. En ambos estudios el valor anormal de esta dimensión no permite un análisis paramétrico. Una explicación para la presencia

de esta distribución de valores en la dimensión de riesgo es que probablemente hay muchos participantes que puntúan cero.

Con respecto a los resultados de los objetivos 1 y 2 “Determinar la prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios” y “Determinar el nivel de malestar psicológico y riesgo en estudiantes universitarios” respectivamente. Se puede concluir, en concordancia con estudios previos, que los estudiantes universitarios son un grupo vulnerable a padecer malestar psicológico, riesgo de causarse daño a sí mismo o a otros y a presentar una alta prevalencia de consumo de alcohol. Es así que los dispositivos de salud mental disponibles en las universidades deben incluir intervenciones que ayuden a prevenir y tratar estas problemáticas.

Según los resultados reportados, el consumo de alcohol medido en frecuencia de consumo y el malestar psicológico medido a través del CORE-OM presentan una relación, pero no es estadísticamente significativa. La prevalencia de malestar psicológico carece de punto de corte para la población ecuatoriana. Aun así, se prevé que los resultados se asemejen al estudio de Bernaras Iturrioz, Insúa Cerretani y Bully Garay (2018) debido a la similitud de los datos recolectados en ambas poblaciones. Un estudio posterior que compare la prevalencia de malestar psicológico en conjunto con la prevalencia del consumo podría derivar en resultados complementarios a esta investigación.

En análisis estadístico inferencial de la variable riesgo y el consumo de alcohol indicó que existe una diferencia significativa ($p = 0.01$) entre los estudiantes que consumen alcohol frecuentemente y quienes no consumen frecuentemente. Los resultados se asemejan a las consideraciones de la OPS de que la sola presencia de alcohol en un contexto juvenil incrementa la posibilidad de lesiones o muerte (2002, p.16). Según Pastor, Ruano, Ferrándiz y Del Castillo-López (2011, p. 76) la prevalencia del consumo de alcohol y conductas de riesgo hacia uno mismo u otros es del 50%. La relación entre el consumo de alcohol y las conductas de riesgo se ha explicado desde la cultura (Gelles y Straus, 1992) y la biología (Pastor, Ruano, Ferrándiz y Del Castillo-López, 2011) y han sido reafirmadas a través de la presente investigación.

Los resultados obtenidos en la presente investigación y en *Exploration of the psychometric properties of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure in Ecuador* (Paz, Mascialino, y Evans, 2019) han comprobado la utilidad del CORE-OM para medir malestar psicológico en población estudiantil no clínica. El test podría ser un valioso recurso de medición, para evaluar el desempeño de las intervenciones y para desarrollar estrategias ajustadas a las necesidades de los estudiantes por parte del personal de la universidad.

12. Estrategias de intervención

En el contexto universitario los estudiantes construyen una realidad concomitante, que los forma en lo profesional y en lo personal. Es por ello que al ser un grupo vulnerable al consumo de alcohol y malestar psicológico se debe implementar estrategias tempranas para que el impacto en la salud y el rendimiento académico sea mínimo. De esta manera se puede conseguir que la universidad promueva la prevención y promoción de la salud en las aulas de clase y en la vida de los estudiantes (Miracco et. al, 2012, pp. 102-105). Los resultados de esta investigación indican que el consumo de alcohol está relacionado con el malestar psicológico y las conductas de riesgo, por lo que se deben implementar planes de intervención que traten estas problemáticas en simultáneo.

En el caso del consumo de alcohol, malestar psicológico o riesgo se puede brindar asesoría, talleres o tratamiento psicoterapéutico (Villarosa, Messer, Madson y Zeigler-Hill, 2018, pp. 143-146). La estrategia por excelencia para prevención e intervención en salud mental para estudiantes universitarios han sido los talleres psicoeducativos, (Farkas, Hernández & Santelices, 2010, pp. 410-412; Miracco et. al, 2012, pp. 101-104). Los talleres psicoeducativos se han utilizado para modificación de actitudes disfuncionales, hábitos y cogniciones.

La investigación de Capron, Bauer, Madson, y Schmidt (2017), realizado en 222 estudiantes que identificaron tener problemas relacionados al consumo de alcohol, concluyó que los estudiantes universitarios preferían ser tratados por

Limpeza de base de datos						x	x									
Análisis estadístico descriptivo								x								
Análisis estadístico inferencial									x							
Resultados										x						
Aspectos éticos y viabilidad	x										x					
Revisión normas APA												x				
Resumen ejecutivo y devolución de resultados													x	x	x	x

REFERENCIAS

- Aguilar-Barojas, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*, 11(1-2), 333-338. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/487/48711206.pdf>
- Bernaras Iturrioz, E., Insúa Cerretani, P., y Bully Garay, P. (2018). Prevalence and severity of psychological problems in university students. *British Journal of Guidance & Counselling*, 46(4), 418–428. doi:10.1080/03069885.2017.1286633
- Bower, P., y Gilbody, S. (2010). The Current View of Evidence and Evidence-Based Practice. In *Developing and Delivering Practice-Based Evidence*. 1–20. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. doi:10.1002/9780470687994.ch1
- Boden, J. M., y Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106(5), 906–914. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x
- Borges, G., Bagge, C. L., Cherpitel, C. J., Conner, K. R., Orozco, R., y Rossow, I. (2017). A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychological Medicine*, 47(5), 949–957. doi:10.1017/S0033291716002841
- Cañadas, V. (2018). *Evolución del malestar psicológico en la población clínica y no clínica de la ciudad de Quito*. (Tesis de pregrado). Universidad de las Américas, Quito, Ecuador.
- Capron, D. W., Bauer, B. W., Madson, M. B., y Schmidt, N. B. (2017). Treatment Seeking among College Students with Comorbid Hazardous Drinking and Elevated Mood/Anxiety Symptoms. *Substance Use & Misuse*, 53(6), 1041–1050. doi:10.1080/10826084.2017.1392982
- Connell, J., Barkham, M., y Mellor-Clark, J. (2007). CORE-OM mental health norms of students attending university counselling services benchmarked against an age-matched primary care sample. *British Journal of Guidance y Counselling*, 35(1), 41–57. doi:10.1080/03069880601106781

- Connell, J., Barkham, M., Stiles, W. B., Twigg, E., Singleton, N., Evans, O., y Miles, J. N. V. (2007). Distribution of CORE-OM scores in a general population, clinical cut-off points and comparison with the CIS-R. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 69–74. doi:10.1192/bjp.bp.105.017657
- Dirección de Inteligencia de Información de la Universidad de las Américas. (2019). *La UDLA* [Figura]. Recuperada de: <http://omnia.udla.edu.ec/la-udla/>
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., y Audin, K. (2002). Towards a standardized brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51–60. doi:10.1192/bjp.180.1.51
- Eisenberg, D., Hunt, J., y Speer, N. (2013). Mental Health in American Colleges and Universities: Variation Across Student Subgroups and Across Campuses. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(1), 60-67.
- Farkas, C., Hernández, B.E., y Santelices, M. P. (2010). Análisis de momentos de cambio en el proceso terapéutico adelantado bajo la modalidad de un taller grupal psicoeducativo con embarazadas primigestantes. *Universitas Psicológica*, 9(2), 409-422.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., Garcia-Grau, E., y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure [The Spanish version of the CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure]. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109–135.
- Pastor, F. P., Ruano, M. R., Ferrándiz, J. F., y Del Castillo-López, A. G. (2011). Alcohol y violencia. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 11(1), 71–94.
- Gelles, R. J. y Straus, M. A. (1992). *Intimate violence: The definitive study of the causes and consequences of abuse in the American family*. New York, NY: Simon & Schuster. doi: 10.1177/104398629200800212

- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación (6ta ed.)*. México, D.F., México: McGraw Hill.
- Liébana-Presa, C., Fernández-Martínez, M., Ruiz, A., Muñoz-Villanueva, M., Vázquez-Casares, A. y Rodríguez-Borrego, M. (2014). Malestar psicológico en estudiantes universitarios de ciencias de la salud y su relación con engagement académico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(4), 715-722. doi: 10.1590/S0080-623420140000400020
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental*. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas*. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- Miracco, M., Scappatura, M., Traiber, L., De Rosa, L., Arana, F., Lago, A., Partarrieu, A., Galarregui, M., Nussold, P., y Keegan, E. (2012). Perfeccionismo en la universidad: talleres psicoeducativos, una intervención preventiva. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Mirowsky, J., y Ross, C. E. (2002). Measurement for a human science. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 152–170.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2017). *III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, Informe Regional, 2016*. Lima, Perú: Mix Negociaciones S.A.C. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/2017/Octubre/Informe_Universitario_Regional.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: Organización mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Ginebra, Suiza: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018. Global status report on alcohol*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington D.C., Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la salud. (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción*. Washington D.C, Estados Unidos: Organización mundial de la salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington D.C: Organización mundial de la salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Washington, DC: Biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud.
- Paz, C., y Evans, C. (2019). The Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure: A useful option for routine outcome monitoring in Latin America. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 27(2), 1-5.
- Paz, C., y Evans, C. (in press). Psychometric properties of CORE-OM in Ecuador.
- Rivas-Ruiz, R., Moreno-Palacios, J., y Talavera, J. (2013). Investigación clínica XVI Diferencias de medianas con la U de Mann-Whitney. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(4), 414-419.
- R Core Team (2014). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Recuperado de <http://www.R-project.org/>.

- RStudio Team (2015). *RStudio: Integrated Development for R*. RStudio, Inc., Boston, MA, Estados Unidos. Recuperado de <http://www.rstudio.com/>.
- Santos, H. G. B. Dos, Marcon, S. R., Espinosa, M. M., Baptista, M. N., y Paulo, P. M. C. de. (2017). Factors associated with suicidal ideation among university students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2878. doi:10.1590/1518-8345.1592.2878
- Silva, M. (2016). Empirismo y filosofía experimental. Las limitaciones del relatos estándar de la filosofía moderna a la luz de la historiografía francesa del siglo XIX. *Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia*, 16(32), 11-35
- Stallman, H. (2010). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian Psychologist*, 45(4), 249-257. doi: 10.1080/00050067.2010.482109
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., Garcia-Grau, E., Salla, M., Medina, J. C., Montesano, A., Soriano, J., Medeiros-Ferreira, L., Canete, J., Corbella, S., Grau, A., Lana, F., y Evans, C. (2016). Psychometric properties of the spanish version of the clinical Outcomes in routine evaluation–Outcome Measure. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1457. doi: 10.2147/NDT.S103079
- UN General Assembly. (Octubre, 2015). *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. (Resolución (A/70/L.1). Recuperado de <http://goo.gl/8utYyz>
- Valencia, J., González, M., y Galán, I. (2014). Colaboración Especial Aspectos Metodológicos En La Medición Del Consumo De Alcohol: La Importancia De Los Patrones De Consumo. *Revista Española de Salud Pública*, 4(88), 433-446.
- Villarosa, M. C., Messer, M. A., Madson, M. B., y Zeigler-Hill, V. (2018). Depressive symptoms and drinking outcomes: The mediating role of drinking motives and protective behavioral strategies among college students. *Substance Use and Misuse*, 53(1), 143–153. doi: 10.1080/10826084.2017.1327974.

Yovani, J., Terrero, T., López, M., Peralta, L., Velázquez, L., Torres, R. y Esparza, S. (2018). Relación del malestar emocional y el consumo de alcohol en adolescentes. *Journal Health NPEPS*, 3(1), 38-50. doi:10.30681/252610102758

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento Informado

Yo, _____, he sido invitado a participar en el proyecto de investigación "Consumo de alcohol y malestar psicológico en estudiantes universitarios de la ciudad de Quito" acerca de la prevalencia del consumo y el nivel de malestar psicológico en los estudiantes universitarios de Quito.

La participación en este estudio contempla la realización del cuestionario CORE-OM que durará aproximadamente 25 minutos, el cual se completará una única vez. Entiendo que la información que proporcione será absolutamente confidencial, solo conocida por el equipo de investigación a cargo de este estudio y la docente supervisora. En ningún caso la información personal recolectada en este estudio será divulgada y los resultados serán reportados de manera global, y no se entregarán resultados individuales a los participantes.

Estoy en mi derecho durante el proceso de investigación de suspender mi participación si así lo deseo y sin que esta decisión tenga ningún efecto.

Comprendo que es un deber del equipo de investigación el reportar a los profesionales competentes y al participante de situaciones en donde están en riesgo grave la salud e integridad física o psicológica, del paciente y/o su entorno cercano.

El investigador me ha brindado toda la información solicitada y ha respondido a todas mis dudas.

He leído esta hoja de consentimiento informado y acepto participar en este estudio

Firma participante

C.I. _____

En _____, al _____ de _____ del 2019

Anexo 2

Cuestionario Sociodemográfico

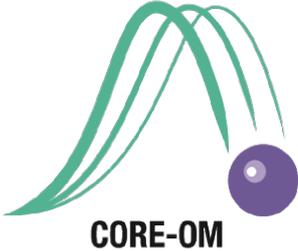
Fecha de nacimiento	___/___/____ día mes año	Género	Masculino		Femenino
¿Cuál es su estado civil?	Casado/a	¿Tiene hijos?	NO		SÍ
	Unido/a				Especifique cuántos
	Separado/a				
	Divorciado/a				
	Viudo/a				
	Soltero				
¿La zona que reside se considera?		¿Cuál es el nivel de instrucción más alto al que asiste o asistió?			
Urbana		Centro de alfabetización			
Rural		Primario			
		Educación Básica (hasta 10mo año de educación básica)			
		Bachillerato			
		Ciclo postbachillerato (formación técnica)			
		Superior			
		Postgrado			
¿Trabaja actualmente?					
NO		SÍ			
¿A qué es debido?		¿Cuántas horas trabaja semanalmente?			
Está buscando trabajo		¿Tipo de trabajo realiza?			
Es jubilado o pensionista		Empleado/a del Gobierno			
Es estudiante		Empleado/a privado			
¿Qué carrera que estudia?:		Jornalero/a o peón			
Realiza quehaceres del hogar		Patrono/a			
Le impide alguna discapacidad		Socio/a			
Otro		Cuenta propia			
		Trabajador/a no remunerado			

		Empleado/a doméstico/a			
¿Cuál es su consumo actual de alcohol durante una semana? (es decir al menos 1 unidad de bebida: 1 unidad de bebida puede ser 1 lata o botella de cerveza, 1 vaso de vino, 1 cóctel o 1 trago de licor)					
Casi nunca o nunca		1 o 2 veces por semana		3-5 veces por semana	Todos los días
¿Ha recibido algún diagnóstico médico durante este último mes?					
NO		SÍ			
		¿Cuál fue el diagnóstico que recibió?			
		¿Qué tipo de tratamiento ha recibido?	Ingreso/Hospitalización		
			Tratamiento ambulatorio		
A lo largo de su vida, ¿ha recibido el diagnóstico médico sobre una condición crónica o permanente?					
NO		SÍ			
		¿Cuál es o fue su diagnóstico?			
		Diabetes			
		Enfermedad hipertensiva			
		Enfermedad cerebrovascular			
		Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades congénitas			
		Cáncer			
		Insuficiencia renal			
		Otra: Especificar: _____			
		¿En qué grado considera que su condición de salud se relaciona con su estado emocional?	En una escala del 0 al 10, donde 0 indica que no hay relación y 10 que está muy relacionado ____		
¿Está recibiendo tratamiento psicoterapéutico actualmente?					
NO		SÍ			
		¿Qué tipo de tratamiento está recibiendo?			
		Psicoterapia individual			
		Psicoterapia familiar			
		Psicoterapia grupal			
Actualmente, ¿está tomando algún tipo de tratamiento farmacológico?					
NO		SÍ			
		¿Qué fármacos está tomando?			

	ento	¿Para qué toma este medicamento?
Considerando todos los aspectos, ¿qué grado de satisfacción tiene con su vida en general?	En una escala del 1 al 10 en donde 1 es poco satisfecho y 10 muy satisfecho: _____	

Anexo 3

CORE-OM



Código del centro:

Código del cliente:

Nombre o código del psicoterapeuta:

Fecha:

A A A A M M D D

Edad:

Hombre:

Mujer:

Fase actual

S Selección

R Derivación

A Evaluación

F Primera sesión de terapia

P Pre-terapia

D Durante terapia

L Última sesión de terapia

X Seguimiento 1

Y Seguimiento 2

Fase:

Episodio de terapia:

IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.
 A continuación encontrará 34 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así **durante los últimos siete días.**
 Después marque la casilla que mejor lo refleje.

Durante los últimos siete días...	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	USO PROFESIONAL
1 Me he sentido muy solo/a y aislado/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Me he sentido tenso/a, ansioso/a o nervioso/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
4 Me he sentido bien conmigo mismo/a	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
6 He sido violento/a físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 He pensado en hacerme daño a mí mismo/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Me he sentido satisfecho/a con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W

Por favor continúe en la página siguiente

Durante los últimos siete días...

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	USO PROFESIONAL
15 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Me he sentido agobiado/a por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Me he sentido desesperado/a o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 He pensado que sería mejor que estuviera muerto/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Me he sentido criticada por los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Me he sentido humillado/a o avergonzado/a por otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
35 Me he sentido triste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P

GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO

Puntuación total

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Puntuaciones medias

(Puntuación total en cada apartado dividida entre el número de respuestas completadas en ese apartado)

<input type="text"/>					
(W)	(P)	(F)	(R)	Todos los ítems	Todos menos R

Anexo 4

Pre-Validación del instrumento: Cuestionario sociodemográfico

Jonathan Herrera

714064

Tema: Consumo de alcohol y malestar psicológico en estudiantes universitarios.

1. Características del instrumento:

El cuestionario sociodemográfico es un cuestionario de autoinforme que incluye la información más importante del participante. Para el presente estudio es necesario las preguntas concernientes a la fecha de nacimiento, estado civil, zona de residencia, género, cantidad de hijos, nivel de instrucción, trabajo, consumo de alcohol, diagnóstico médico y psicológico, tratamiento médico y psicológico, medicamentos y satisfacción general. Estos datos son necesarios para realizar satisfactoriamente los criterios de inclusión y exclusión. También es una forma de recolectar datos sociodemográficos que podrían estar relacionados con el malestar psicológico. El cuestionario sociodemográfico utilizado en este estudio es el mismo de Paz, Mascialino y Evans (2019).

2. Validez del instrumento y justificación poblacional

El instrumento recolecta información sobre el sujeto de la investigación, su validez se considera equivalente al nivel de apertura de una persona para compartir su información personal. Dado que la participación en el estudio es voluntaria se considera que la información proporcionada es verídica.

Los cuestionarios sociodemográficos se utilizan en cualquier población. En el presente estudio se permitirá que el cuestionario sea completado únicamente por el sujeto y no se permitirá la intervención de un tercero. En el presente estudio se plantea recolectar los datos de una única evaluación. La población serán los estudiantes de la Universidad de las Américas y el muestreo

se realizará con conveniencia, la muestra se tomará de las facultades a las que se tenga facultad de acceso.

Anexo 5

Pre-Validación del instrumento: CORE-OM

Jonathan Herrera

714064

Tema: Consumo de alcohol y malestar psicológico en estudiantes universitarios.

1. Características del instrumento:

El Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM; Anexo 3; Evans et al., 2002), es un cuestionario de autoinforme de 34 ítems que se evalúan desde el puntaje 0 (nunca) hasta el puntaje 4 (siempre o casi siempre) (p. 51). La máxima puntuación es 136 y la mínima 0 (CORE, 2014, p. 17; Evans et al, 2002, p. 53-58), para mayor interpretabilidad, se promedia el puntaje total por el número de los ítems. Es así que la puntuación final se encuentra en un rango de 0 a 4 en el que una puntuación más elevada indica un mayor nivel de malestar (Evans, 2002, p. 51). Las dimensiones que mide el CORE-OM son: bienestar subjetivo (4 ítems), problemas/síntomas (12 ítems), funcionamiento de la vida (12 ítems), y riesgo a sí mismo y a otros (6 ítems) (Evans et al, 2002, p. 51) . A pesar de que el CORE-OM consta con 34 ítems, en el estudio realizado en el Ecuador (Paz, Mascialino y Evans, 2018, p.), se incluyó el ítem 35 “me he sentido triste” para comparar resultados de el ítem 27 “me he sentido infeliz” para de esta manera determinar la necesidad de una adaptación idiomática para el contexto ecuatoriano.

2. Validez del instrumento

El CORE-OM tiene una consistencia interna del 0.94 con respecto al valor total de los ítems y 0.73 a 0.88 con respecto al valor de cada dimensión en la versión en español (Trujillo et al., 2016, p. 1461). La versión original que tiene

una consistencia del valor total de 0.94 e interna entre las dimensiones de 0.77 a 0.90 (Evans et al., 2002, p . 53). En la adaptación idiomática realizada en Ecuador, se refleja una consistencia interna de 0.93 para el valor total del cuestionario y de 0.69 a 0.86 por cada dimensión (Paz, Mascialino y Evans, 2018, p. 8).

3. Justificación poblacional:

El CORE-OM es un instrumento gratuito que puede ser utilizado en la población general y ha sido ampliamente utilizado en la población universitaria (Connell, Barkham y Mellor-Clark, 2007; Bernaras Iturrioz, Insúa Cerretani y Bully Garay, 2018). El CORE-OM es un instrumento pan-teórico y pan-diagnóstico que se utiliza para investigar la efectividad de los tratamientos psicológicos, para evaluar y comparar los diferentes servicios en salud mental y para la investigación en general (CORE, 2014, p. 5; Evans et al, 2002, pp. 53-58) . Y en la actualidad su uso en la terapia como herramientas de medición, ha permitido el desarrollo de un modelo de evidencia basada en la práctica (Bower y Gilbody, 2010, pp. 1-20).

En el presente estudio se plantea recolectar los datos de una única evaluación. La población serán los estudiantes de la Universidad de las Américas y el muestreo se realizará con conveniencia, la muestra se tomará de las facultades a las que se tenga facultad de acceso.

Anexo 6

SOLICITUD DE PRE-VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

La presente tiene por objeto solicitar su colaboración para la revisión, evaluación y pre-validación del contenido de: cuestionario CORE-OM y cuestionario sociodemográfico. Los mismos que serán utilizados en el estudio denominado: Consumo de alcohol y malestar psicológico en estudiantes universitarios.

A continuación, firman los presentes, declarando que los instrumentos presentados son válidos y se ajustan a las características de la investigación propuesta:

Clara Paz

Docente Guía

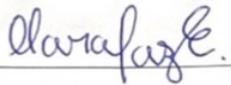
Jonathan Herrera

Autor

SOLICITUD DE PRE-VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

La presente tiene por objeto solicitar su colaboración para la revisión, evaluación y pre-validación del contenido de: cuestionario CORE-OM y cuestionario sociodemográfico. Los mismos que serán utilizados en el estudio denominado: Consumo de alcohol y malestar psicológico en estudiantes universitarios.

A continuación, firman los presentes, declarando que los instrumentos presentados son válidos y se ajustan a las características de la investigación propuesta:



Clara Patricia Paz Espinoza

Docente Guía



Jonathan Elias Herrera Criollo

Autor

