

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**Características del consumo de alcohol, sintomatología depresiva y ansiosa en
estudiantes universitarios**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORA

Giannina Teresa Cuadra Paredes

ASESORA:

Nancy Eufemia Valdez Huarcaya

Lima, Septiembre, 2019

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por todas las oportunidades y privilegios brindados.

A mis padres, Teresa y Jimmy. Por su amor, comprensión y motivación constante en todo lo que emprendo. Por los denodados esfuerzos para que mis hermanos y yo nos desarrollemos plenamente. Por ser un ejemplo y una de mis mayores fuentes de inspiración en lo personal y profesional. Por tantas otras razones que me harán vivir eternamente agradecida.

A mis hermanos, Caty y Jimmy. Por complementar mis días con su compañía y complicidad. Nunca olviden que estoy orgullosa de ser su hermana mayor y estaré para amarlos y cuidarlos siempre.

A mi abuelita materna, “Yeya”. Gracias por ser como una segunda madre, por engreírme y preocuparte por mi bienestar.

A mi abuelito paterno, Alfredo, quien desde hace cuatro años se convirtió en nuestro ángel.

A la familia Vega Gutiérrez, en especial a mi tío William. Gracias por acogerme como una hija.

A las diversas amistades que he cultivado en estos años, sobre todo a Luz, Melissa y Gaby. Gracias por los momentos compartidos, su aprecio, así como por la confianza que me otorgan y la que depositan en mí.

A mi asesora, Nancy Valdez. Por su constante disposición y acertados comentarios durante la elaboración de mi tesis.

A las psicólogas y compañeros de mi Internado en la Universidad de Lima. Por su contención, cariño y sugerencias valiosas en ese año tan importante de mi formación. Asimismo, a cada uno de los que fueron mis alumnos, quienes se han convertido en un recuerdo memorable como parte de mi primera experiencia laboral. Ustedes reforzaron mi compromiso y amor por esta maravillosa profesión.

Finalmente, a quienes voluntariamente me brindaron su participación para los diferentes trabajos encomendados en el pregrado, incluida la tesis.

RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito analizar la posible relación entre las características del consumo de alcohol, la sintomatología depresiva y ansiosa en un grupo de estudiantes universitarios. La muestra está conformada por 73 estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana de entre 18 y 24 años ($M=19.07$; $DE=1.50$), en su mayoría mujeres (75.3 %). La medición de las características de consumo de alcohol se realizó a través de la Encuesta de Consumo de Alcohol (Arana, 2013); mientras que la sintomatología depresiva mediante la versión argentina (Brenlla y Rodríguez, 2006) del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). A su vez, la sintomatología ansiosa fue medida con la versión española (Sanz, 2011) del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Si bien los resultados no reportaron relación significativa entre las variables de estudio, se encontró que la prevalencia del binge drinking fue de 37.99%. Además, la prevalencia de varones fue mayor en los episodios de exceso de consumo de alcohol. Asimismo, otras de las sustancias más consumidas fueron el tabaco y las pastillas sin receta médica. Sobre las sintomatologías, se hallaron niveles de depresión mínimos con diferencias significativas en la dimensión cognitiva entre quienes no repitieron cursos por segunda vez de los que sí lo hicieron. La sintomatología ansiosa fue leve y sin diferencias significativas según sexo ni repitencia de cursos. En conclusión, a pesar de la ausencia de relación entre las variables estudiadas, hay una importante prevalencia de consumo de alcohol y otras sustancias, así como de depresión y ansiedad, que podría afectar negativamente a los participantes.

Palabras claves: consumo de alcohol, sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, binge drinking, universitarios.

ABSTRACT

The purpose of this research was to analyze the possible relationship between the characteristics of alcohol consumption, and depressive and anxious symptomatology in a group of college students. The sample consisted of 73 students from a private university in Lima metropolitan area whose ages were between 18 and 24 years old ($M = 19.07$, $SD = 1.50$), mostly women (75.3%). The measurement of alcohol consumption characteristics was made through the Alcohol Consumption Survey (Arana, 2013), while depressive symptomatology was measured through the Argentine version (Brenlla y Rodríguez, 2006) of the Beck Depression Inventory (BDI-II). Concurrently, anxious symptomatology was measured through the Spanish version (Sanz, 2011) of the Beck Anxiety Inventory (BAI). Although the results did not report a significant relationship between the study variables, it was found that the prevalence of binge drinking was 37.99%. In addition, the male prevalence was higher for episodes of excess of alcohol consumption. Also, other of the most consumed substances were tobacco and pills without prescription. In respect of symptomatology, minimal levels of depression were found with significant differences in the cognitive dimension among those who did not repeat courses for the second time from those who did. The anxious symptomatology was mild without significant differences according to sex or repetition of courses. In conclusion, despite the absence of a relationship between the variables studied, there is an important prevalence of alcohol and other substances, as well as depression and anxiety, which could negatively affect the participants.

Key words: alcohol consumption, depressive symptomatology, anxious symptomatology, binge drinking, college students.

Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	15
Participantes	15
Medición	15
Procedimiento	19
Análisis de datos	19
Resultados	21
Discusión	25
Referencias	39
Apéndices	59
Apéndice A: Consentimiento Informado	59
Apéndice B: Encuesta Personal	60
Apéndice C: Cuestionario de Consumo de alcohol	61
Apéndice D: Características de la muestra	62
Apéndice E: Análisis de confiabilidad	63
Apéndice F: Características del consumo de alcohol	63
Apéndice G: Estadísticos descriptivos	65
Apéndice H: Diferencias según sexo	66
Apéndice I: Diferencias según repitencia	66

La juventud es concebida como una etapa de transformación hacia la independencia de la adultez (Souto, 2007), conformada por personas cuyas edades se encuentran entre los 15 y 24 años (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO, 2017). Este periodo se caracteriza por oportunidades de crecimiento y condiciones de salud física favorables que permiten el libre desarrollo de potencialidades, pero con un estado de salud mental vulnerable, siendo la depresión el padecimiento más frecuente (Sosa, Romero, Blum, Zarco y Medina-Mora, 2018). En el Perú, los jóvenes representan el 26.5 % de la población total, es decir, son 8 millones 440 mil 802 quienes poseen entre 15 y 29 años. Del porcentaje total de jóvenes, según sexo, el 49.3 % son mujeres y un 50.7 % son varones; residiendo en Lima el 32.1%. (Secretaría Nacional de la Juventud, SENAJU, 2018).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), en el 2016, el 21.5% de los jóvenes cursaban la educación superior universitaria (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017). La etapa universitaria se caracteriza por la adquisición y mantenimiento de diferentes hábitos, como por ejemplo, el consumo de alcohol, el cual tiende a iniciarse durante la adolescencia temprana (Martínez, Martínez y Velásquez, 2018). En ese sentido, los universitarios son un grupo que suscita interés mundial, cuyo consumo de alcohol alcanza niveles altos y problemas relacionados al abuso de este desde los años ochenta (Castaño y Calderón, 2014).

El consumo de alcohol es considerado como un factor de riesgo primordial que representa la quinta causa de discapacidad y muerte en el mundo (World Health Organization, 2011 en Gómez, Landeros, Noa y Martínez, 2017). Las regiones con mayor consumo per cápita de alcohol son Europa (54 %) y las Américas (60 %), siendo estas también, aquellas con más trastornos relacionados al abuso del alcohol (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2018). Así, en los últimos cinco años se han incrementado significativamente los episodios de consumo excesivo, cuyos niveles pasaron del 4.6% a un 13,0% en las mujeres, y del 17.9% a un 29.4% en los hombres (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2015).

A nivel de Latinoamérica, la OMS (2018) indica que Uruguay es el país con mayor consumo de alcohol per cápita (10, 8 litros), seguido de Argentina (9,8 litros) y Chile (9, 3 litros) frente al noveno lugar ocupado por Perú (6, 3 litros). En este último, el Instituto

Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2016) encontró que el 64.2 % de las personas mayores de 15 años habían consumido algún tipo de bebida alcohólica durante el último año. En este mismo estudio, se halló que en el área rural fue de 51.7%, mientras que en el área urbana se registró un 70.7% de consumo, destacando notablemente Lima Metropolitana (75.0%) en comparación con las regiones Sierra (53.9%) y Selva (60.2%) (INEI, 2016). Adicionalmente, en el Documento Técnico sobre la situación de los adolescentes y jóvenes en el Perú, llevado a cabo por el Ministerio de Salud (MINSa, 2017), se reportó que en la población urbana, la prevalencia de vida del consumo de alcohol ha experimentado ligeros cambios entre los años 2015 y 2016, que van del 87.8 al 86.2 %. A su vez, en jóvenes cuyas edades están entre los 19 y 24 años, hubo una disminución del 92.7 % a 87.3 % (MINSa, 2017).

La vulnerabilidad de los estudiantes frente al consumo de alcohol se debe a la percepción de este como una forma atractiva de resolver los conflictos o situaciones de tensión y estrés, ya que están en una etapa de incontables necesidades y preocupaciones (Pesantes, Urbina, Quezada, Juárez y Padilla, 2014; Mphele, Gralewski y Balogun, 2013 en Vargas, del Castillo y Saldaña; 2016). Asimismo, son fácilmente vulnerables por el sencillo acceso para adquirir bebidas alcohólicas y la aceptación social del mismo (Albarracín y Muñoz, 2008).

El III Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2017), reportó que la cifra más elevada en relación a haber consumido alcohol al menos una vez en la vida se registró en Colombia con un 95.8 %, seguido de Ecuador con un 88.7%, Perú con 87.5 % y finalmente Bolivia con 77.1%. Asimismo, se evidenció que en el Perú, el 9.1 % de los estudiantes muestran signos de dependencia (12,6 % en hombres y 4.5% en mujeres) (UNODC, 2017).

El factor sexo tiene un rol importante en el consumo de alcohol, y suele ser una de las variables de mayor consideración en las diversas investigaciones. En España algunos estudios, como los de Lucena, Ruíz, Pino y Herruzo (2013), Castro, Abellán, Leal, Gómez y Abellán (2014) citados en Martínez, Martínez y Velásquez (2018) no brindan resultados concluyentes respecto a la mayor frecuencia en el consumo de alcohol según sexo, ni sobre una posible equiparación en dicha conducta. Sin embargo, Gómez, Landeros, Noa y

Martínez (2017) en una Universidad de Guadalajara, reportaron que del total de encuestados, eran los varones (87.6 %) quienes bebían más a diferencia de las mujeres (79.1%). A su vez, el estudio sobre consumo de drogas en universitarios en la Comunidad Andina en el año 2016 (UNODC, 2017) encontró que fueron los varones colombianos los que más alcohol consumieron (54.7%), en relación con las mujeres (42.6%). Estas evidencias concuerdan con lo mostrado por Albarracín y Muñoz (2008), quienes obtuvieron en su investigación, con estudiantes del mismo país, que el consumo de alcohol es mayor en los hombres (95.9%) que en las mujeres (92.7%). En el Perú se encontró que 37.7 % de los estudiantes encuestados consumieron alcohol al menos una vez en el último mes, siendo 30% mujeres y un 45% varones, con diferencias estadísticamente significativas (UNODC, 2017).

Años previos, Lorenzo, Cajaleon y Gutiérrez (2012) hallaron en estudiantes de Nutrición de una universidad de Lima que el 86.8 % de los varones de la muestra consumían alcohol, porcentaje que es mayor en comparación con las mujeres, cuya ingesta es de 76.6%. Posteriormente, el estudio Epidemiológico sobre Drogas en Población Urbana Peruana realizado por Zavaleta, Tapia, Chávez y Vértiz (2017) con 8352 encuestados de Lima y provincias, mostró que las mujeres presentaban un consumo de 77 %, mientras los hombres consumían en un 81 % (cifras que distan de lo que se encontraba hace diez o quince años atrás). Así, si bien la distancia entre ambos grupos se mantiene, la diferencia es cada vez menor.

Existen diferentes medidas para evaluar el consumo de alcohol. Una de las de mayor uso es la “Unidad de Bebida Estándar” (UBE), equiparable a diez gramos de alcohol puro (Echeburúa, 2008). En ese sentido, una cerveza equivaldría a una UBE y un destilado a dos UBE (Rodríguez Martos, Gual y Llopis, 1999). Otra forma de medición de la ingesta de alcohol, es mediante el análisis del “patrón de consumo”, donde se considera la frecuencia y cantidad del mismo. Este patrón, puede ser detectado a través de cuestionarios como el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) o el CAGE (Cutting-down Annoyed Guilt Eye-open) (Babor, Higgins, Saunders y Monteiro, 2001; Velásquez, 2004).

Windle (1996) propone una “tipología del bebedor”, tomando en consideración: el número de episodios de abuso; la cantidad/frecuencia estándar que hace alusión al promedio de onzas del etanol consumidas diariamente; y el número de problemas con el

alcohol, o sea, las consecuencias sociales negativas que este genera. En base a ello, desarrolla cinco categorías que permiten evaluar el consumo de alcohol en los últimos treinta días. Estas categorías, según Windle (1996) son: abstemio (no consumió ningún vaso o trago); bebedor ligero (un trago pero menos de diez), el bebedor moderado (de diez vasos a más, pero menor a cuarenta y cinco); bebedor intenso (de seis tragos a más en al menos cada una de las tres últimas veces en las que bebió, o consumo mayor a cuarenta y cinco tragos); y finalmente, el consumidor problemático (seis tragos a más en al menos cada una de las tres últimas veces de consumo, o más de cuarenta y cinco tragos, además de haber reportado cinco o más complicaciones por consumir alcohol en el último semestre).

Wechsler, Lee, Kuo, Seibring, Nelson y Lee (2002), usando la clasificación propuesta por Windle, en una investigación ejecutada en 119 universidades estadounidenses, encontraron que, dos de cada cinco estudiantes universitarios podían ser categorizados como consumidores problemáticos. En el caso Latinoamericano, un estudio realizado por Camacho (2005) en Colombia, reveló que más de la tercera parte de los estudiantes presentaban consumo abusivo de alcohol (más de doce copas), menos de la tercera parte tenían consumo alto (de cinco a once copas), y el resto consumía de forma moderada. En cuanto a las diferencias por sexo, las mujeres presentaban en mayor porcentaje un consumo moderado (56.1%) frente a aquellas con consumo abusivo (15%); mientras que, en los hombres, el 40.9 % consumían alcohol de manera abusiva en comparación con quienes lo consumían moderadamente en un 28.2% (Camacho, 2005).

Otro estudio, realizado en Venezuela por Baptista et al. (2006), con 175 adolescentes escolares, evidenció que el 58.03% de la muestra se ubicaba en la categoría bajo riesgo, 22.2 % tenían consumo problemático, 18.52% consumo de riesgo y un 1.23 % consumo dependiente. Asimismo, reportaron que los varones se ubicaban prioritariamente en las categorías de bebedores en riesgo, bebedores problema y dependientes (Baptista et al., 2006).

En Perú, Chau (1999) halló que un 29.2% de estudiantes universitarios se encontraban en la categoría de bebedores moderados, 21.6% fueron catalogados como bebedores problemáticos y 26.1 % eran bebedores ligeros, mientras que los menores porcentajes pertenecían a los bebedores intensos y abstemios (9 y 14% respectivamente). A su vez, en una universidad privada de Lima, Arana (2013) encontró que el 53.9 % de los

participantes eran bebedores ligeros, 19.7% eran abstemios, 1.3 % intensos, 19.7 % bebedores moderados y 5.3 % tenían consumo problemático. En cuanto a la variable sexo, dicha autora, encontró que los hombres tuvieron mayores porcentajes en las categorías de consumo moderado, intenso y problemático. Otra investigación realizada en la Universidad Nacional de Trujillo, en el año 2013, reportó que un 45.9 % de la muestra se ubicaba en la categoría de consumo no problemático, 12.6 % en consumo excesivo, 30.4 % en consumo episódico excesivo y 11.1% en consumo perjudicial y probable dependencia al alcohol (Pesantes, Urbina, Quezada, Juárez y Padilla, 2013).

El consumo continuo y en vastas cantidades, generalmente, los fines de semana es conocido en España como Consumo Intensivo de Alcohol (CIA); mientras que en el mundo anglosajón recibe el nombre de binge drinking (Cortés, Espejo y Giménez, 2007 y Rodríguez- Martos y Rosón, 2008 citados en Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017). Este último alude a un tipo de patrón de consumo, donde la concentración de alcohol en la sangre es de 0.08 gramos/dl; es decir, corresponde a cuatro o más tragos en dos horas en las mujeres y de cinco a más tragos en similar periodo para los hombres (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA, 2018).

Respecto al binge drinking, una investigación realizada con adolescentes de Galicia (pertenecientes a Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y ciclos formativos), encontró que el 24.5 % había ingerido seis o más bebidas alcohólicas por una única ocasión en el último año, porcentaje que resulta mayor en los hombres (Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017). De manera similar, Chau (2004) en su estudio acerca de la prevalencia del binge drinking en el último semestre, encontró que el 37.8 % de los estudiantes lo habían realizado. Años después, en una muestra de estudiantes universitarios peruanos de la ciudad de Lima, Arana (2013) reportó que la prevalencia del binge drinking en el último mes fue de un 34.2%, resultando mayor en el caso de hombres (53.8%) en comparación con las participantes mujeres (24%). Adicionalmente, de acuerdo con el INEI (2016), en el Perú, el consumo de alcohol en exceso es más frecuente en Lima Metropolitana (25.8%) a comparación de lo que ocurre en la Sierra (17%). Así también, se observan diferencias según sexo, donde los varones presentan mayor consumo excesivo (32.1%) que las mujeres (11.4 %) (INEI, 2016).

En lo que concierne al tipo de bebida de mayor consumo, según el estudio realizado por la OPS (2015), en las Américas la cerveza es la bebida más consumida; mientras que en países pertenecientes al Caribe hay predilección por los destilados. Así, Albarracín y Muñoz (2008), en una investigación con universitarios de Bucaramanga, reportan que la cerveza parece ser la favorita con un 46.6%, frente a un 21.2 % que opta por el ron y otro 18 % por el aguardiente. En Perú, Chau y Van den Broucke (2005) en su estudio a través de focus group, encontraron que las bebidas más consumidas por los jóvenes del nivel socioeconómico medio eran cerveza, ron, sangría, vodka y vino.

De igual forma, en México, la bebida alcohólica que tuvo mayor preferencia fue la cerveza, siendo consumida principalmente por los hombres (Díaz, et al., 2013). Esto coincide con lo encontrado, años después, en un estudio con universitarios del mismo país (Gómez, Landeros, Noa y Martínez, 2017), donde la bebida más consumida también fue la cerveza (70%), seguida de otras como tequila (51.5 %), whisky (37 %), vodka (24.5 %) y brandy (14%). Posteriormente, una encuesta realizada con 1513 estudiantes de 15 universidades limeñas reveló que las bebidas más consumidas fueron la cerveza (38 %), pisco, ron y trago corto (35 %) y el whisky (27%) (Centro de Información y Educación para la prevención de Drogas, CEDRO, 2018).

En adición, sobre el consumo de otras sustancias psicoactivas, los estudios epidemiológicos de DEVIDA (2014) y UNODC (2017) encontraron que el tabaco fue la droga legal de mayor consumo, después del alcohol. Así también, la ingesta de medicamentos sin prescripción ha presentado un incremento, resaltando aquellas conocidas como tranquilizantes, cuya prevalencia en el mes fue de 0.6 % (DEVIDA, 2014) y, tres años después, de 0.42 % (UNODC, 2017). De igual forma, el estudio de DEVIDA (2014) halló que las mujeres poseían mayor porcentaje en el consumo de medicamentos sin receta, a diferencia de los varones, quienes tuvieron mayor consumo de drogas legales e ilegales.

Múltiples estudios coinciden con la OMS (2015) respecto a que el consumo de alcohol guarda relación con algunos trastornos mentales y del comportamiento. Entre estos, destaca la depresión, que junto al alcohol acrecientan la posibilidad de perpetrar actos suicidas (Dvorak, Lamis y Malone, 2013; Grunbaum, et al., 2003).

Según la OMS (2016), la depresión es una enfermedad que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, pudiendo llegar a convertirse en un problema de

salud grave. En Perú, es el trastorno mental de mayor frecuencia, estimándose que aproximadamente 1'700.000 personas la padecen; sin embargo, solo el 20% recibe atención profesional (Instituto de Integración, 2017). Adicionalmente, se ha determinado que es en la adolescencia cuando se empieza a experimentar la sintomatología depresiva, de ahí que este grupo etario se encuentre más propenso a desarrollar dicha enfermedad (OMS, 2014b).

En los universitarios, la depresión representa uno de los trastornos más habituales, caracterizada por sentimientos de minusvalía e inferioridad, disminución del apetito y del cuidado personal, problemas en la concentración y ciclo normal del sueño, entre otros (García y Acosta-Quiroz, 2016; Pineda y González, 2018; Valle, Sánchez y Perales, 2013). En un estudio realizado en una universidad privada de Lima, donde se evaluó autoconcepto y depresión, se encontró que del total de alumnos participantes, 23.4% tenían un nivel de depresión severo, 26.2 % moderado, 23.9 % leve y 26.2 % mínimo (Bartra, Guerra y Carranza, 2016).

Dichos resultados son similares a los obtenidos en estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas en Colombia, donde se reportó que la prevalencia global de depresión fue de un 22.7 %, además de que la presencia de este trastorno era mayor en el tercer ciclo de estudios (Pabón, Espinosa, Correa, Ríos y Gutiérrez, 2018). Así también, en alumnos de la Universidad Austral de Chile se halló que 42.5 % de la muestra estaba en la categoría de “Depresión mayor”, frente a un 45 % y 12.5 % que ocupaban las categorías “Sin Depresión” y “Síntomas depresivos” respectivamente (Alamo, Bejer, Bagladi, Cárcamo, San Martín y Fischer, 2017).

La sintomatología depresiva es uno de los principales factores que, por un lado, obstaculiza el desarrollo académico de los estudiantes, pues funciona como causa y efecto de un rendimiento estudiantil mermado, imposibilitando en muchos casos la aprobación de cursos y la continuidad académica (González y Daza, 2010; Ulloa y Vásquez, 2015). Y por otro, se le ha asociado con el uso de la violencia, el consumo de alcohol, y otras conductas de riesgo (Andrade, Betancourt, Vallejo, Celis y Rojas, 2012; Emmelkamp y Vedel, 2012; Furr, Westefeld, McConnell y Jenkins, 2001; Hamdan-Mansour y Marmash, 2007).

Así, Rivera-Rivera, Rivera-Hernández, Pérez-Amezcuca, Leyva-López y Castro (2015) encontraron en estudiantes mexicanos, entre 14 y 19 años, una elevada prevalencia de sintomatología depresiva (27%), resultando mayor en las mujeres (34%) en comparación

con los hombres (18%). Asimismo, reportaron que el grupo con sintomatología depresiva ostentaba la mayor proporción de consumo de alcohol (58%), a diferencia de quienes consumen tabaco (20 %) u otras drogas (11%) (Rivera-Rivera, Rivera-Hernández, Pérez-Amezcuca, Leyva-López y Castro, 2015). Al igual que ellos, Rojas et al. (2012) hallaron en su trabajo con 25791 estudiantes chilenos, cuyas edades oscilan entre 14 y 18 años, que a mayor presencia e intensidad de sintomatología depresiva, hubo mayor consumo de alcohol, marihuana o tabaco en el último mes.

Rodríguez et al. (2005) en un estudio realizado con 520 estudiantes de universidades públicas y privadas colombianas, reportaron que 221 alumnos tenían síntomas de depresión con importancia clínica. Además hallaron asociación significativa entre sintomatología depresiva y consumo de alcohol, el cual puede agravarse si la severidad de los síntomas aumenta (Rodríguez, et al., 2005). Similarmente, Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2003), en una investigación con 218 universitarios, encontraron que quienes presentaban algún nivel de depresión, consumían alcohol; observándose de este modo, una relación directamente proporcional entre la frecuencia del consumo y el nivel de sintomatología depresiva. Este hallazgo coincide con lo propuesto por Maslowsky y Schulenberg (2013) citados en Bousoño et al. (2018), quienes argumentan que el estado afectivo depresivo correlaciona positivamente con el consumo de alcohol.

Por otro lado, existen estudios epidemiológicos que evidencian la asociación positiva entre depresión y consumo de alcohol en lo que respecta a la cantidad de consumo por ocasión y consumo excesivo episódico (Steuber y Danner, 2005). Por ejemplo, González-González et al. (2012) consideran como consumo excesivo de alcohol, la ingesta de cuatro o más tragos por ocasión. Entre los principales hallazgos de su investigación con estudiantes de bachillerato y licenciatura, encontraron mayor sintomatología depresiva en quienes consumen tabaco y alcohol; mientras que aquellos alumnos que no son usuarios excesivos de las mencionadas sustancias, indicaron puntajes menores de depresión (González-González, et al., 2012).

Adicionalmente, Echeburúa (2001) y Lukassen y Beudet (2005), plantean que el consumo excesivo de alcohol está relacionado con mayores índices de depresión. Estos resultados concuerdan con lo hallado por Pallia (2007) en un trabajo con adolescentes de

Colombia, donde evidencia la relación significativa entre el consumo abusivo de alcohol y la depresión. Igualmente, coinciden con el estudio de Cruz y Contreras (2015), en el que el indicador de depresión reveló que estudiantes con mayores puntajes de esta, son más proclives a la ingesta de bebidas alcohólicas hasta experimentar síntomas de intoxicación como la pérdida de conciencia y náuseas (Cruz y Contreras, 2015). De manera similar, una investigación realizada en tres universidades de la sierra central peruana, encontró asociación entre la presencia de síntomas depresivos y el consumo riesgoso de alcohol (Valdivia, et al., 2018).

Otro trastorno cuyos síntomas están relacionados con el abuso de alcohol, es la ansiedad (Cruz y Contreras, 2015; García y Acosta - Quiroz, 2016; Valentiner, Mounts y Deacon, 2004); definida como una reacción emocional poco agradable en respuesta a un estímulo exterior visualizado como amenazante (Spielberger, 1972). De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2017a), en el 2015, la proporción mundial de personas con trastornos de ansiedad fue de un 3.6 %, siendo más común a nivel mundial en mujeres con un 4.6% en comparación con los varones con 2.6 %. Así también, en las Américas un 7.7% de mujeres sufre de trastornos de ansiedad frente a un 3.6 % de los varones (OPS, 2017a).

En un estudio realizado con jóvenes universitarios en Chile, se reportó que el 42.3% de la muestra presentaba sintomatología ansiosa moderada (Cova, Melipillán, Valdivia, Bravo y Valenzuela, 2007). En el mismo país, en una investigación con estudiantes de Odontología, realizada en dos momentos del ciclo semestral académico, se encontró que los alumnos mostraban en la primera medición un nivel de ansiedad de 37.5 %, mientras que en la segunda, fue de 45.9 % (Dávila, Ruiz, Moncada y Gallardo, 2011).

Adicionalmente, en un grupo de estudiantes en México, la proporción de universitarios con sintomatología ansiosa moderada y severa fue de 28 % (García y Acosta-Quiroz, 2016). A nivel de diferencias por sexo, las mujeres fueron quienes presentaron mayor porcentaje en cuanto intensidad y frecuencia en comparación con los hombres (García y Acosta-Quiroz, 2016). Esto concuerda con el trabajo realizado con jóvenes de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, donde la frecuencia de sintomatología ansiosa fue de 22.4 %, siendo mayor en el primer año de clases (Osada, Rojas, Rosales y Vega, 2008). Posteriormente, el estudio de Bojorquez (2015) con universitarios de Lima reportó que del

total de participantes, un 84 % presentaban ansiedad dentro de los rangos normales frente a un 16 % con índices de ansiedad clínica.

Al igual que en el caso de la sintomatología depresiva, la ansiedad en niveles elevados puede disminuir procesos cognitivos como la atención, concentración y retención bloqueando el aprendizaje y, a su vez, un desempeño académico óptimo (Jadue, 2001 en Vallejos, 2012). Por ejemplo, Hernández, Coronado, Araujo y Cerezo, 2008 citados en Sánchez (2011), en su estudio sobre ansiedad y desempeño académico, hallaron que quienes presentaban índices más elevados de ansiedad conductual, tenían promedios más bajos.

Asimismo, de forma similar a lo que ocurre con la depresión, otros estudios hallaron relaciones estadísticamente significativas entre niveles elevados de ansiedad y consumo de alcohol u otras sustancias, en tanto dichos trastornos acrecientan la posibilidad de que aparezcan conductas adictivas y nocivas (Alonso, et. al., 2004 citados en Leal, 2016; Balanza Galindo, Morales Moreno y Guerrero Muñoz, 2009; Robson, 1989; Shedler y Block, 1990; Weitzman, 2004). La relación entre el consumo de alcohol y la ansiedad se explica de dos maneras: la primera hace referencia a que el uso recurrente de una sustancia conduce a la experimentación de síntomas ansiosos y problemas de ansiedad; mientras que la segunda, alude a la existencia de ciertos trastornos de ansiedad que conducen a un consumo mayor de drogas (Roncero y Casas, 2004).

Camacho (2005) al igual que Cruz y Contreras (2015), sostienen que personas con niveles elevados de ansiedad indicaron uso frecuente o excesivo de alcohol. Así, en una investigación con 640 jóvenes mexicanos, se reportó que aquellos sujetos con índices elevados de ansiedad (34 %) aceptaban el consumo de alcohol hasta el punto de marearse, en comparación con los estudiantes que manifestaron niveles menores (27.5 %) (Cruz y Contreras, 2015). De la misma forma, Pautassi (2013) indica que individuos con trastornos de ansiedad tienen mayor probabilidad de presentar consumo problemático de alcohol, hecho que se sustenta en el llamado efecto anti-ansiedad o ansiolítico, donde se ve a dicha sustancia como una medicación o forma de reducir la tensión. A su vez, Córdova y García (2011) encontraron mediante el AUDIT, que la ansiedad correlacionaba de manera significativa con el uso intensivo de alcohol, al igual que con la depresión.

Una investigación realizada en población rural mexicana reveló que varones y mujeres cuyo consumo de alcohol era perjudicial, presentaban como uno de sus principales trastornos la ansiedad generalizada con porcentajes de 59.1 % y 61.6 % respectivamente (Rivas, et al., 2016). Estos resultados coinciden con lo propuesto por Facundo, Pedrão, Aguilar, García y Almanza (2007), quienes demostraron que un factor con alta predicción para el consumo de alcohol, tanto perjudicial como dependiente, es la ansiedad. También, concuerdan con lo investigado por Blanco y Sirvent (2006), autores que corroboran la presunción de que el consumo excesivo de alcohol favorece el desarrollo de síntomas y síndromes ansiosos.

Un estudio llevado a cabo en Venezuela mostró que la ansiedad estaba presente en más de la mitad de los adolescentes cuya ingesta estaba distribuida en cada patrón de consumo (Baptista, et al., 2006). Estas cifras resultan superiores a otras investigaciones, como la de Ángulo et al. (2004) citado en Baptista et al. (2006), quienes hallaron índices de ansiedad en bebedores de bajo riesgo (33.78%) y riesgo (42.86 %).

En lo que concierne a la prevalencia del abuso y dependencia del consumo de alcohol en personas con ansiedad, Leal, Caballero, Calvo y Diago (2015), mencionan que los porcentajes de dichos individuos oscilan entre un 15 y 33 %, siendo las mujeres quienes ostentaban mayores puntuaciones en dependencia. Asimismo, al relacionar el tiempo de consumo de alcohol con la sintomatología ansiosa, se encontró asociación significativa entre ambos (Leal, Caballero, Calvo y Diago, 2015).

De manera general, como pudo verse en estudios previos, se ha corroborado la relación existente entre el alcohol y ansiedad, así como entre el alcohol y la depresión (OMS, 2015). No obstante, esto también ocurre de forma conjunta (ansiedad, depresión y alcohol), hallándose que un consumo problemático o perjudicial de alcohol, puede llevar al desarrollo de la depresión y ansiedad; o que personas con niveles altos de ansiedad y depresión presentan un consumo frecuente o dependiente de alcohol (Ávila, Escobar y Chica, 2005; Castaño y Calderón, 2014; Cruz y Contreras, 2015; Robson, 1989; Sadock y Sadock, 2005; Seva Fernández y García, 2010 citados en Rivas, et al., 2016; Shedler y Block, 1990). De acuerdo a fuentes teóricas, una hipótesis que explica la comorbilidad y/o relación entre estas con el alcohol propone que ambas sintomatologías aparecen

previamente y al ser de moderada o grave intensidad, se busca una forma de subsanación, incrementando la posibilidad de consumir dicha sustancia (Restrepo, et al., 2018).

En concordancia con lo anterior, Christie, Burke, Regier, Rae, Boyd y Locke (1988) indican que la relación entre depresión, ansiedad y consumo de alcohol es alta y directa, además de que dichos trastornos afectivos en un 75 % de casos, preceden al consumo. Así también, en un estudio con alumnos de la Universidad Nacional de Asunción en Paraguay, Torales-Benítez et al. (2013) encontraron que la mayor frecuencia de ingesta de alcohol se dio en situaciones sociales y en quienes reportaron mayores niveles de depresión (20.5%) y ansiedad (56.4 %), sugiriendo así, asociación entre el consumo de bebidas alcohólicas, ansiedad y depresión.

La presente investigación resulta relevante y pertinente, dado que la dependencia y abuso del consumo de alcohol es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, donde el Perú no queda exento (Kendall-Folmer, Salinas y Sanez, 2016). Así, existen índices elevados de consumo de alcohol en universitarios bajo la modalidad del binge drinking, además de signos de dependencia en esta población (UNODC, 2017). Asimismo, la evidencia respalda que la comunidad universitaria nacional presenta como trastornos recurrentes la ansiedad y la depresión, siendo la segunda el trastorno mental de mayor frecuencia (Valle, Sánchez y Perales, 2013; Arrieta, Díaz y González, 2014; García y Acosta Quiroz, 2016).

Adicionalmente, diversos estudios (Andrade, Betancourt, Vallejo, Celis y Rojas, 2012; Balanza, Morales y Guerrero, 2009; Furr, Westefeld, McConnell y Jenkins, 2001; Hamdan-Mansour y Marmash, 2007; Robson, 1989; Saavedra, 2001; Shedler y Block, 1990; Weitzman, 2004) coinciden con la OMS (2015) respecto a que algunos trastornos mentales y del comportamiento están relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias. Por ello, investigar la posible relación entre ansiedad, depresión y el consumo de alcohol en universitarios, puede contribuir en la necesidad de seguir generando estrategias de prevención en lo que concierne a consumo de alcohol así como al diagnóstico y tratamiento de trastornos emocionales.

Considerando los aspectos planteados, la presente investigación tiene como objetivo principal analizar la posible relación entre las características del consumo de alcohol y la

sintomatología depresiva y ansiosa en un grupo de estudiantes de una universidad privada de Lima, y como objetivos específicos:

1. Describir las características del consumo de alcohol en un grupo de estudiantes de una universidad privada de Lima en función de las siguientes variables: sexo, binge drinking, episodios de exceso, prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, frecuencia y cantidad del mismo, consumo individual o en compañía, lugar de consumo y policonsumo.
2. Describir los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Lima.
3. Describir los niveles de sintomatología ansiosa en estudiantes de una universidad privada de Lima.
4. Analizar si existen diferencias según sexo y repetencia de cursos por segunda y tercera vez en lo que respecta a la sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de una universidad privada de Lima.

Para cumplir con ello, se diseñó una investigación de tipo cuantitativa. Asimismo, se realizó a nivel descriptivo y correlacional dado que se pretendía explicar cómo actuaban las variables en la muestra, así como, indagar en la posible relación existente entre las mismas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).



Método

Participantes

Los participantes fueron 73 estudiantes de una universidad privada de Lima (75.3% mujeres) entre los 18 y 24 años ($M=19.07$; $DE=1.50$), de los cuales el 97.3% nació en el Perú, y de estos, el 83.6% en el departamento de Lima (Apéndice D).

En cuanto al ámbito académico, un 65.8% fueron estudiantes pertenecientes a la carrera de psicología, 13.7% de derecho y el 20.55% restante estudiaba diversas carreras de letras (Apéndice D). Así también, el 45.2% manifestó haber llevado cursos por segunda vez, y solo un 2.7% cursos por tercera vez. Cabe señalar que toda esta información se recogió a través de una encuesta de Datos Generales (Apéndice B).

Para el acceso a la muestra, se contó con la aprobación de la Comisión de Investigación, quienes asignaron dos aulas en la facultad de Letras. De igual forma, se solicitó el permiso en la facultad de Ingeniería, pero solo se obtuvo respuesta de un docente. En adición, es preciso indicar que se eliminaron 9 casos de estudiantes menores de edad y uno de 51 años, dado que este último superaba el rango etario previsto. Asimismo, se eliminaron los casos pertenecientes a Ingeniería, ya que solo se contó con un aula de 12 alumnos.

A los estudiantes de las aulas asignadas se les entregó y explicó el consentimiento informado donde se resaltaron tres puntos importantes: participación voluntaria, anonimato y confidencialidad de los datos recogidos (Apéndice A).

Medición

Para medir el consumo de alcohol en universitarios se empleó la *Encuesta de Consumo de Alcohol (CA)* de Arana (2013), la cual fue realizada teniendo como base la Encuesta sobre el consumo de bebidas alcohólicas (EC) de Chau (2004) y cuenta con ocho preguntas (Arana, 2013).

Los ítems 1, 4 y 5 hacen referencia a la frecuencia y cantidad de consumo de bebidas alcohólicas en el último mes; los ítems 6 y 7 evalúan los episodios de exceso (veces en las que se consumió seis o más tragos por ocasión) y binge drinking (en mujeres el consumo de cuatro o más tragos en un tiempo de dos horas y en los hombres, cinco o más en el mismo lapso); mientras que los ítems 2, 3 y 8 indagan en los factores psicosociales

como el consumo solo o acompañado, el lugar donde se da ello y el uso de otras sustancias (Arana, 2013).

Para la sintomatología depresiva se utilizó el *Inventario de depresión de Beck II* (*Beck Depression Inventory II - BDI-II*), creado por Beck, Steer y Brown (2006), en su adaptación argentina (Brenlla y Rodríguez, 2006). Este es un instrumento de autoaplicación que consta de 21 reactivos en una escala Likert de 4 puntos (0 alude ausencia del síntoma y 3 severidad máxima), cuyo propósito es medir la severidad de la depresión en individuos de más de 13 años de edad, sean población clínica o normal. Asimismo, la puntuación total máxima es de 63 y el tiempo de aplicación oscila entre los 5 y 10 minutos aproximadamente (Beck, Steer y Brown, 2006).

La versión original de la prueba se aplicó en 120 universitarios de Canadá así como con 500 pacientes psiquiátricos de Estados Unidos. A través de un análisis de componentes principales se obtuvo dos factores: dimensión cognitiva con 9 ítems y dimensión somática-afectiva con 12 ítems (Beck, Steer y Brown, 1996), siendo los síntomas medidos: pérdida de placer, autocrítica, pérdida de interés, sentimientos de culpa y castigo, tristeza, dificultad en la concentración, cambios en el sueño, llanto, fracaso, desvalorización, fatiga, desinterés en el sexo, irritabilidad, cambios en el apetito, disconformidad con uno mismo, pensamientos suicidas, agitación, pesimismo, indecisión e irritabilidad (Quilty, Zhang y Bagby, 2010; Beck, Steer y Brown, 2006).

En cuanto a la confiabilidad por consistencia interna, se encontró un alfa de Cronbach de .93 para la población universitaria y de .92 para los pacientes psiquiátricos (Beck, Steer y Brown, 2006). De igual forma, las correlaciones ítem-total corregido oscilan entre .22 y .74 para los universitarios y entre .39 y .70 para los pacientes; mientras que la confiabilidad de tipo test-retest obtenida en 26 pacientes clínicos fue de .93 (Beck, Steer y Brown, 1996).

Entre las adaptaciones del BDI-II, se cuenta con la versión argentina realizada por Brenlla y Rodríguez (2006), la cual fue validada en una muestra de 472 individuos de la población general y 325 pacientes clínicos. En cuanto a la confiabilidad por consistencia interna, se reveló un coeficiente de alfa de Cronbach de .86 y .88 respectivamente; en tanto los valores de las correlaciones ítem- total corregidas resultaron para la población general

entre .25 y .55 y para los pacientes entre .19 y .61. Asimismo, presenta estabilidad test-retest significativa (Brenlla y Rodríguez, 2006).

La versión de Brenlla y Rodríguez (2006) cuyos puntos de corte son: Depresión mínima (de 0 a 13), Leve (14 a 19), Moderada (20 a 28) y Severa (29 a 63), ha sido utilizada en diversos estudios en el contexto peruano. Entre ellos, Otiniano (2012), en su investigación con 100 pacientes ambulatorios adultos de un hospital de salud mental de Lima, encontró un .91 de confiabilidad con valores de correlación ítem- test entre .38 y .66. A su vez, Rodríguez (2008), en un estudio con 188 estudiantes de Universidades Privadas en Lima, reportó una consistencia interna de .90. Asimismo, Tataje (2013) y Carranza (2013), en sus respectivas investigaciones con universitarios limeños, coincidieron encontrando para la prueba total un alfa de .87; mientras que cuatro años después se halló un alfa de .84 (Cáceres, 2017). Así también, Vigil (2016), con un grupo de madres de Lima, evidencia un alfa similar, mientras que Vega, Coronado-Molina y Mazotti (2014) con 136 pacientes internados en el Centro Médico Naval de Lima, encontraron un alfa de .88. En cuanto a las dimensiones, los valores del alfa de Cronbach oscilan entre .73 y .87 para el factor somático- afectivo, en tanto para el factor cognitivo fue de entre .75 y .84 (Alcántara, 2008; Otiniano, 2012; Tataje, 2013 y Vigil, 2016).

En el presente estudio, se obtuvo un Alfa de Cronbach de .87 a nivel global; así como, índices de .83 para el factor Cognitivo y .80 para el factor Somático (Apéndice E).

Por otra parte, para la medición de la ansiedad se usó el *Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory- BAI)*, de Beck, Epstein, Brown y Steer (1988), en su adaptación al español (Sanz, 2011). Esta es una escala de autoreporte constituida por 21 reactivos, en un formato de escala tipo Likert de 4 puntos (0: *Nada en absoluto* y 3: *Gravemente*), que miden la severidad con la que se manifiesta la ansiedad en adolescentes desde los 13 años y en adultos, siendo 0 la puntuación mínima y 63 la máxima (Beck, y Steer, 2011).

La última edición de la versión española del BAI consigna los siguientes puntos de corte: ansiedad mínima (0-7), ansiedad leve (8-15), ansiedad moderada (16-25) y grave (26-63). Cabe precisar que si bien el BAI fue creado como una forma de medición válida y confiable de la ansiedad en poblaciones psiquiátricas, ha sido objeto de análisis

psicométrico tanto en población universitaria como general en España (Magán, Sanz y García-Vera, 2008).

La versión original del BAI se aplicó a un total de 1086 pacientes psiquiátricos externos, contando con una sub muestra de 160 de estos. La confiabilidad por consistencia interna fue de .92 y las correlaciones ítem-total presentaron valores entre .30 y .71 (Beck, et al., 1988). Así también, mediante la participación de 83 pacientes externos que realizaron el BAI, después de que transcurriera una semana de la primera aplicación, se halló una correlación de .75 (Beck, et al., 1988). Adicionalmente, a través del análisis de componentes principales con rotación Promax, se hallaron dos factores correspondientes a aspectos subjetivos y a aspectos somáticos de la ansiedad (Beck, et al., 1988). De igual forma, se obtuvo evidencias de validez discriminante y validez concurrente con el BDI (.48) y la Hamilton Anxiety Rating Scale- Revised (.51) respectivamente.

La adaptación al español del BAI fue realizada en dos muestras de la población general (348), dos muestras de pacientes con trastornos psicológicos (392) y dos muestras de universitarios de Madrid (727). Para cada caso, la confiabilidad por consistencia obtenida fue de .91., .90 y .88 respectivamente (Sanz, 2014); además de que las correlaciones ítem- total resultaron superiores a .30 (Sanz, 2011). Así también, al realizar el análisis de la validez factorial, mediante un análisis de componentes principales, se extrajeron dos factores: uno afectivo- cognitivo que explicaba un 7 % de la varianza y un factor somático que explicaba un 30.6 % de la misma (Sanz, 2011).

Investigaciones realizadas en otros países, como la de Vázquez, Castillo, García, Ponce, Avitia y Aguilar (2015) con población oncológica mexicana, y la de García y Acosta-Quiroz (2016) con universitarios del mismo país, coinciden al reportar alta validez de constructo y consistencia interna. Análogamente, en el contexto peruano, Otiniano (2012) hizo uso de la versión española y halló una confiabilidad de .91 para este Inventario, donde la correlación ítem-test fue de entre .36 y .71. A su vez, encontró que la dimensión somática obtuvo una confiabilidad de .85, en tanto la afectiva- cognitiva fue de .84 (Otiniano, 2012). De esa forma, el BAI resulta un instrumento confiable y válido para la detección y cuantificación de síntomas de ansiedad (Sanz, García-Vera y Fortún, 2012).

En la presente investigación, la confiabilidad por consistencia interna, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach fue de .88 a nivel global, y de .83 para el factor Afectivo - Cognitivo y .78 para el factor Somático (Apéndice E).

Procedimiento

Se realizó un estudio piloto que contó con la participación de 5 estudiantes universitarios; el cual tuvo como objetivo verificar la comprensión de las preguntas consignadas en la ficha de datos sociodemográficos y de los ítems de los tres cuestionarios.

A la par, se solicitó el permiso de las facultades donde se pretendía aplicar los instrumentos, exponiendo las principales consideraciones éticas y relevancia académica de la investigación. Luego de obtener la aprobación pertinente, se coordinó con los profesores de las aulas asignadas para el ingreso a estas.

Los instrumentos fueron aplicados de manera grupal y la recolección de datos se realizó en un único momento. Durante el proceso de administración se realizó la presentación de la evaluadora, así como de los objetivos del estudio; entregando a quienes aceptaran participar voluntariamente el Consentimiento Informado, seguido de la Encuesta de Consumo de Alcohol (CA), el Inventario de Depresión de Beck (Brenlla y Rodríguez, 2006) y finalmente, el Inventario de Ansiedad de Beck (Sanz, 2011). El tiempo empleado para la aplicación fue de 25 minutos aproximadamente.

Análisis de Datos

Para el análisis estadístico se utilizó el software estadístico SPSS (versión 23). Seguidamente, se verificó la confiabilidad mediante el estadístico Alfa de Cronbach. Luego, se realizaron los análisis de asimetría y curtosis, además de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, encontrándose que la distribución de la muestra era no paramétrica. Asimismo, se hallaron los estadísticos descriptivos de acuerdo con las variables sociodemográficas, consumo de alcohol, sintomatología depresiva y ansiosa.

Posteriormente, se usó el coeficiente de Spearman para analizar la relación entre las características del consumo de alcohol y las sintomatologías depresiva y ansiosa. Finalmente, se usó contrastes no paramétricos (*U de Mann-Whitney*) para establecer las diferencias a nivel de sexo y repetencia de cursos en las variables estudiadas.



Resultados

En primer lugar, se muestran los resultados que responden al objetivo general, donde no se encontraron relaciones significativas entre las características del consumo de alcohol y la sintomatología depresiva y ansiosa dentro de la muestra (Tabla 1).

Tabla 1

Correlaciones entre las variables de estudio

		Prevalencia del mes	Episodios de exceso	<i>Binge Drinking</i>	Cantidad de tragos por ocasión	Frecuencia de consumo
Inventario de Ansiedad de Beck	Puntaje General	0.07	0.05	-0.03	-0.02	-0.01
	Dimensión cognitiva	0.02	0	0.02	-0.02	-0.03
	Dimensión somática	0.1	0.14	-0.06	0.01	0.03
Inventario de Depresión de Beck	Puntaje General	-0.11	-0.03	0.02	0.1	0.04
	Dimensión cognitiva	-0.02	-0.01	0.04	0.14	0.10
	Dimensión somática	-0.09	-0.05	-0.01	0.07	0.02

* $p < .05$; ** $p < .01$

En segundo lugar, se presentan los hallazgos correspondientes al primer objetivo específico, que fue describir las características del consumo de bebidas alcohólicas a través del cuestionario de consumo de alcohol (CA) en un grupo de universitarios de Lima. En función de ello, se obtiene que la prevalencia de consumo de alcohol durante el último mes fue de 86.30%. Asimismo, el 61.64% de los estudiantes encuestados presenta episodios de exceso de consumo de alcohol y el *binge drinking* tuvo una prevalencia del 37.99% (Tabla 2).

Tabla 2

Distribución de la frecuencia de la muestra según su consumo de bebidas alcohólicas

Variable		Total		Hombres		Mujeres	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Prevalencia del mes	Sí	63	86.30	14	77.78	49	89.09
	No	10	13.70	4	22.22	6	10.91
Episodios de exceso	Sí	45	61.64	17	94.44	38	69.09
	No	28	38.35	1	5.56	17	30.91
Binge Drinking	Sí	27	37.99	7	38.89	20	36.36
	No	46	63.01	11	61.11	35	63.63

$N=73$

Cabe precisar que se encontró diferencia a nivel de sexo en torno a la variable episodio de exceso, pero no en binge drinking, teniendo una mayor prevalencia entre los varones ($\chi^2=4.05$; $p=.04$) (Tabla 3).

Tabla 3
Diferencia de sexo para episodios de exceso y Binge drinking

Variable	Hombres Mujeres		χ^2	<i>p</i>
	Si %	Si %		
Episodio de exceso	94.14	69.09	4.050**	.044
Binge Drinking	50	40.81	.375	.540

*N=63 ** $p<.05$*

En torno a la frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días, se puede apreciar que el 26.03% de los participantes lo hacía ocasionalmente (mujeres: 25.45% y hombres: 27.78%); mientras que un 15.07% señala que nunca consumió alcohol en ese periodo de tiempo (mujeres: 12.73% y hombres: 22.22%) (Apéndice F1). De manera similar, se reporta que la mayoría de los jóvenes consumen entre 4 y 5 tragos por ocasión (17.8 % y 16.4 % respectivamente) (Apéndice F2).

Adicionalmente, de los estudiantes que consumieron alcohol durante el último mes ($N=63$), todos manifestaron que bebían acompañados. A su vez, el 90.5% declara que bebe en fiestas y reuniones, 60.3% en casa de amigos, el 50.8% en discotecas o pubs, el 23.8% en casa, el 3.2% en el auto y 12.7% en otros lugares (Apéndice F3).

Por otro lado, en referencia a otras sustancias que fueron utilizadas en los últimos 6 meses, destaca el consumo de cuatro de ellas, donde el tabaco ocupó el primer lugar con 34.2%, seguido de un 26.3 % correspondiente a los que consumieron pastillas sin receta médica.

Tabla 4
Estadísticos descriptivos para el policonsumo durante los últimos 6 meses

Variable		Total		Hombres		Mujeres	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Tabaco	Sí	25	34.25	8	44.44	17	30.91
	No	48	65.75	10	55.56	38	69.09
Marihuana	Sí	12	16.44	3	16.67	9	16.36
	No	61	83.56	15	83.33	46	83.64
Cocaína	Sí	1	1.37	0	0.00	1	1.82
	No	72	98.63	18	100.00	54	98.18
Pastillas	Sí	19	26.03	4	22.22	15	27.27
	No	54	73.97	14	77.78	40	72.73

N=73

En tercer lugar, se exponen los resultados concernientes a los objetivos específicos, incluyendo los descriptivos y comparaciones de acuerdo al sexo y repitencia de cursos por segunda vez respecto a cada sintomatología.

En cuanto a la sintomatología depresiva, se halló un puntaje promedio de 12.42 ($DE=8.41$), con un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 48 (Apéndice G1). Asimismo, el 64.38% de la muestra presenta un nivel mínimo de sintomatología depresiva, seguido de 21.92% con un nivel leve (Tabla 5). No obstante, no se encontraron diferencias significativas en el puntaje general de depresión en torno al sexo ($U=437.50$; $p=.461$) (Apéndice H) ni en torno a la repitencia de cursos por segunda vez ($U=547.50$; $p=.211$); pero sí se hallaron diferencias ($U=444.5$; $p=.016$) en la dimensión cognitiva de esta sintomatología entre los estudiantes que llevaron cursos por segunda vez (43.53) de los que no lo hicieron (31.61) (Apéndice I).

Tabla 5
Niveles de sintomatología depresiva y ansiosa

Sintomatología	Nivel	General		Mujeres		Hombres	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sintomatología depresiva	Mínimo	47	64.38	34	61.82	13	72.22
	Leve	16	21.92	13	23.64	3	16.67
	Moderado	7	9.59	5	9.09	2	11.11
	Severo	3	4.11	3	5.45	0	0.00
Sintomatología ansiosa	Mínimo	22	30.14	16	29.09	6	33.33
	Leve	31	42.47	24	43.64	7	38.89
	Moderado	15	20.55	10	18.18	5	27.78
	Severo	5	6.85	5	9.09	0	0.00

N=73

Respecto a la sintomatología ansiosa, se halló un puntaje promedio de 12.62 ($DE=8.64$), con un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 39 (Apéndice G2). Asimismo, el 42.47% de la muestra presenta un nivel leve de síntomas ansiosos, seguido de un 30.14% con un nivel mínimo (Tabla 5). No obstante, no se encontraron diferencias significativas en el puntaje general en torno al sexo ($U=441.50$; $p=.562$) (Apéndice H), ni en torno a la repetencia de cursos por segunda vez ($U=562.00$; $p=.356$) (Apéndice I).

Discusión

En los últimos años el consumo de alcohol es reconocido como un fenómeno de gran importancia debido a la prevalencia que posee en los jóvenes entre 14 y 20 años, siendo así la droga legal de mayor consumo en esta población (García, Calvo, Carbonel y Giralt, 2017). Asimismo, ha sido documentada la relación que este guarda con la ansiedad y depresión, dos de los trastornos más reportados en los universitarios (Arrieta, Díaz y González, 2014; Bojorquez, 2015; Osada, Rojas, Rosales y Vega, 2008; Valle, Sánchez y Perales, 2013). Por ello es que la presente investigación tuvo como objetivo indagar la posible relación entre las características del consumo de alcohol y las sintomatologías depresiva y ansiosa en un grupo de estudiantes universitarios.

A continuación se discutirán los principales hallazgos en una muestra conformada por 73 alumnos, cantidad que debe ser tomada cautelosamente pues no es representativa de las carreras de Letras ni de los universitarios en general.

Respecto al objetivo principal de la investigación, si bien no se halló relación entre las variables de estudio, lo cual difiere con gran parte de la evidencia teórica (Ávila, Escobar y Chica, 2005; Castaño y Calderón, 2014; Christie, et al., 1988; Cruz y Contreras, 2015; Torales-Benítez, et al., 2013); existe similitud con otros hallazgos a nivel mundial donde tampoco se encontró dicha asociación (Barnea, Teichman y Rahav, 1992; López y Freixinós, 2001; Pardo, et al., 2010), dado que proponen la existencia de factores personales e interpersonales que explican mejor el consumo de sustancias psicoactivas, en vez de variables con correlato psicopatológico.

En la presente investigación, probablemente la ausencia de relación se deba a tres razones. La primera de ellas es que la mayoría de los participantes que consumen alcohol, se ubicaron en las categorías no tan frecuente (45.21%) y ocasional (26.03%), además de que los niveles de depresión y ansiedad fueron mínimos y leves respectivamente. De esta forma, no se encuentra similitud con investigaciones que hallaron relación entre las variables de estudio, reportando que ante la presencia de un consumo de alcohol perjudicial o problemático, mayor era la prevalencia o probabilidad de desarrollar trastornos mentales como la depresión y la ansiedad; o que frente a niveles elevados de ambas sintomatologías, se incrementaría el uso y abuso de alcohol (Arrieta, Díaz y Gonzáles, 2011; Casas y

Guardia, 2002 citados en García García, Luque, Santos Ruíz y Taberero, 2017; Torales-Benítez, et al., 2013; Rivas, et al., 2016; Valdivia, et al., 2018).

En ese sentido, aunque los datos encontrados no refieren un consumo de alcohol perjudicial o problemático, habría que profundizar en el significado que este tiene para los participantes, ya que el consumo estaría respondiendo a la búsqueda de integración y adaptación social (Bernal, 2017); más que a un tipo de subsanación frente a afectos negativos como lo propone la teoría de la automedicación (Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano, 2003; Deykin, Levy y Wells, 1987 y Kushner y Sher, 1993 citados en Restrepo, et al., 2018). Esta presunción concuerda con que el total de estudiantes que beben, lo hacen acompañados y, principalmente, en fiestas y reuniones (90.5%). A su vez, podría considerarse la interferencia de factores personales, familiares, académicos o genéticos (Mehrabian, 2001 en Restrepo, et al., 2018) que impacten tanto en el consumo como en las sintomatologías estudiadas.

A partir de lo anterior, una segunda explicación estaría asociada al consumo de tabaco (34.25%) y pastillas sin receta médica (26.03%); las cuales serían otras formas o estrategias para lidiar con la presencia de síntomas depresivos y ansiosos, aspecto que se desarrollará más adelante. Como se advierte en algunos estudios, un porcentaje considerable de los universitarios recurre a sustancias como el tabaco, productos herbales y antidepresivos, en su mayoría no prescritos, para contrarrestar sus malestares emocionales (Berrouet, Lince y Restrepo, 2017; De Pablo, 2011; Goodwin y Horwood, 2003 citados en Leal, 2016). Así también, el uso excesivo de las redes sociales, común en esta población, podría ser una vía de escape, ya que muchos de los estudiantes las perciben como un medio relevante para disminuir la depresión, el estrés, la ausencia de éxito en sus interacciones sociales y compensar la autoestima baja (Flores et al., 2015; Griffiths, Kuss y Demetrovics, 2014 citados en Araujo, 2016). Tal es el caso de la relación estadísticamente significativa que se encontró entre la adicción a facebook con la depresión, carencia de habilidades sociales y autoestima (Herrera, Pacheco, Palomar y Zavala, 2010 citados en Salas, 2014).

La tercera explicación estaría relacionada con las carreras de estudio de los participantes, correspondiendo la mayor parte a Psicología. Tataje (2013) en su investigación con universitarios halló que quienes pertenecían a dicha carrera presentaban menores puntajes en depresión a comparación de estudiantes de Arquitectura y Derecho.

De igual forma, Zárate et al. (2006) encuentra menor prevalencia de consumo de sustancias en quienes estudian Psicología en contraparte con otras carreras ligadas al ámbito de la Salud. En función a ello, aunque la muestra corresponde a alumnos de los primeros ciclos de formación general que eligen la carrera de Psicología, se puede hipotetizar que dispondrían de recursos personales característicos de la profesión, como por ejemplo, la introspección y un mayor control sobre conductas que puedan resultar nocivas para su salud (Iñoñán, 2011). Así también, ante estresores podrían emplear estrategias de afrontamiento como la planificación, búsqueda de soporte social y reinterpretación positiva, las cuales son más adaptativas y saludables (Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez, 2003). No obstante, llama la atención que la automedicación haya ocupado el segundo lugar en consumo de otras sustancias.

Respecto al primer objetivo específico que busca describir las características del consumo de alcohol en estudiantes de una universidad privada de Lima, se encontró que, aunque este no es problemático, la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes fue de 86.30%, cantidad mayor a la hallada en el 2015 por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, quienes reportaron que, en el mismo periodo de tiempo, la prevalencia fue de 64.4 %. Este porcentaje, de igual forma, fue superior al 75% encontrado en Perú por Arana en el 2013 en una muestra de universitarios de Lima y al 37.5 % de encuestados que aceptaron haber consumido alcohol durante el último mes dos años después (CEDRO, 2015).

Similarmente, el MINSA (2017) luego de realizar un estudio que comparaba la prevalencia de consumo de alcohol entre universitarios y escolares halló en los primeros un incremento en la prevalencia de dicha conducta durante el 2016. Así, este aumento resulta preocupante ya que el consumo de alcohol es considerado como uno de los principales factores de riesgo a nivel mundial (OMS, 2014), pudiendo afectar no solo la salud de los estudiantes sino también otras áreas de su vida, como la académica ya que repercute negativamente en la motivación, regulación de emociones, cantidad de tiempo destinado al estudio y en el proceso de aprendizaje (Spear, 2002; Arrieta, Díaz y Gonzáles, 2011).

Investigaciones en universitarios han encontrado que, en esta etapa se genera la normalización del consumo de alcohol, el cual es favorecido por una serie de factores, tales como la presión de los pares, la búsqueda de nuevas experiencias y el fácil acceso a las

bebidas etílicas (Calderón Vallejo y Parra Bastidas, 2012 citados en Losada, Quezada y Vargas, 2018). De esa forma, los retos que plantea el contexto universitario, como la adaptación a una mayor exigencia académica, restablecimiento de vínculos, búsqueda de diversión, entre otros; conllevan en muchos casos a prácticas desfavorables para la salud como la iniciación en el consumo de sustancias psicoactivas (Consortio de Universidades, 2013). Sin embargo, sería interesante contar con estudios longitudinales que permitan tener mayor comprensión sobre un posible consumo desde la etapa escolar, pues este podría ser un factor que agrave la situación actual de los universitarios, aún más cuando las cifras, a nivel nacional, indican que la edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de 12.6 años (MINSA, 2017) y que en el rango de 12 a 18 años prima el consumo de drogas ilegales (DEVIDA, 2014). Así también, esos estudios resultarían pertinentes pues al igual que las conductas de riesgo y la ausencia de actividad física, entre otras; la ingesta de tabaco o alcohol a temprana edad provoca mayor probabilidad de morbilidad y continuidad del consumo de sustancias en la etapa adulta (Taylor, 2015 citado en Marichal, 2018).

En el 2011 se publicó la Ley 28681 que buscaba regular la comercialización y el consumo de bebidas, así como la venta a menores de edad con el objetivo de reducir daños en la salud (El Peruano, 2016). Sin embargo, el consumo va en aumento, lo cual indicaría que, la fiscalización alrededor de escuelas y universidades, así como las campañas informativas sobre el consumo de bebidas alcohólicas parecen no ser suficientes (CEDRO, 2018), sobre todo cuando un 75.91 % de estudiantes encuestados recalcaron la relevancia de crear normativas más consistentes que incidan en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (UNODC, 2017). Por ello, es necesario un trabajo más articulado entre las municipalidades y la policía para velar por el cumplimiento de las normas a favor del cuidado de la salud de los escolares y universitarios.

Otras de las variables que se analizaron como parte de las características del consumo de alcohol fueron el binge drinking y los episodios de exceso. Sobre el binge drinking se obtuvo una prevalencia de 37.99%, resultado menor al 54.68 % reportado por Sotelo en el 2018, en una muestra similar de estudiantes universitarios. No obstante, ambos estudios reflejan un incremento al ser comparados con lo reportado años atrás por DEVIDA (2016), donde se encontró que en el último mes la prevalencia de dicho patrón de consumo fue de 23.1% (en un grupo de 12 a 65 años). Esto muestra el aumento considerable de la

prevalencia del binge drinking en la población universitaria que afirma UNODC (2017), sobre todo en los primeros años de carrera, ya que se asume que en este grupo hay menor control parental propio de edades anteriores, así como menores responsabilidades ligadas a quienes se ubican en ciclos superiores (Arias, 2016).

En función de lo anterior, el dato obtenido sobre el binge drinking resulta alarmante pues hace referencia no solo a un incremento de la cantidad y frecuencia de ingesta de alcohol, sino también a la baja percepción de riesgo en los jóvenes frente a consumos cada vez más abusivos y normalizados, mediados por la necesidad de percibir un bienestar inmediato al margen de las consecuencias adversas (Isorna, Fariña, Sierra y Vallejo-Medina, 2015). En ese sentido, este tipo de consumo incrementaría la vulnerabilidad biológica que poseen los jóvenes en tanto puede afectar sus procesos neuropsicológicos e incidir negativamente en su posterior desempeño académico, considerando que el cerebro termina de madurar aproximadamente a los 23 años (López, et al., 2014; Navarrete, 2018; Vetreno, Broadwater, Liu, Spear y Crews, 2014).

Además, el binge drinking podría ser el causante del contagio de infecciones de transmisión sexual, dado que el consumo intensivo de alcohol es un factor que predispone al involucramiento en conductas sexuales de riesgo (Trujillo, 2015). Asimismo, incrementa la posibilidad de embarazos no deseados, accidentes de tránsito, conductas violentas, entre otros (Arrieta, Díaz y Gonzáles, 2011; Isorna, Fariña, Sierra y Vallejo-Medina, 2015).

La ausencia de diferencias según sexo en el consumo de tipo binge drinking, plantea otra información relevante, dado que muestra una homogenización progresiva en los patrones de consumo (Keyes, Grant y Hasin, 2007 y Bingham, Shope y Tang, 2005 citados en Conde, Lichtenberger, Peltzer y Cremonte, 2017; Observatorio Español sobre Drogas, 2018), en contraparte a la evidencia encontrada en estudios anteriores que mostraban que eran, por lo general, los varones quienes lo realizaban (Arana, 2013; Bedendo, Monezi, Sátiro y Noto, 2017; Martínez, Martínez y Velásquez, 2018; UNODC, 2017). Para entender mejor la presencia o ausencia de diferencias, se han desarrollado algunos estudios que integran la perspectiva de género advirtiendo modificaciones en los patrones de consumo de alcohol, los cuales implican indicios de quiebres en el sistema tradicional (Fernández, Dema y Fontanil, 2018). Asimismo, Farapi (2009) y Villacé, Fernández y da Costa (2013) atribuyen hipotéticamente esos cambios a la asunción de nuevos roles por parte de las

mujeres, quienes vienen realizando actividades que se le atribuían a los varones; no obstante, consideran que el incremento en las oportunidades y autonomía de las mujeres no es una causa suficiente para explicar lo anterior.

Respecto a los episodios de exceso, se encontró que un 61.64% de los participantes los realizaron, con prevalencia significativa en los varones. Este resultado es homólogo al de Arana (2013) y al de la OPS (2017b), entidad que encuentra que esta categoría de consumo presenta alta prevalencia en jóvenes entre 15 y 19 años, siendo mayor en los hombres.

Si bien algunos autores exponen que la distancia entre hombres y mujeres que consumen alcohol es cada vez menor e incluso puede llegar a no ser concluyente (Lucena, Ruíz, Pino y Herruzo, 2013; Castro, Abellán, Leal, Gómez y Abellán, 2014 citados en Martínez, Martínez y Velásquez, 2018); existen diferencias evidentes entre ambos sexos en cuanto a cómo se bebe, la cantidad, el grado y tipo de bebidas, así como respecto a las consecuencias, ya sea en la salud o a nivel social, ocurriendo un consumo más intenso y prevalente en los varones (dos a diez veces mayor al de las mujeres) (Monteiro, 2013).

A su vez, Villacé, Fernández y da Costa (2013) refieren que en varios países de Latinoamérica las mujeres suelen consumir alcohol con alguna frecuencia de considerable importancia; sin embargo, son los hombres quienes presentan consumo regular de riesgo y mayor prevalencia de consumo episódico excesivo dada la aceptación social de la que gozan (alcohol como señal de masculinidad), y de la llamada “doble moral” que los critica en menor medida. Asimismo, biológicamente, las mujeres son más vulnerables dados los menores niveles de la hormona aldehído deshidrogenasa y la menor capacidad de su hígado para poder metabolizar el alcohol asociado a la mayor proporción de grasa corporal y peso inferior al de los varones; lo que produce en ellas una mayor concentración de alcohol en la sangre por la misma cantidad consumida (Arrieta, Díaz y Gonzáles, 2011; Wilsnack, Wilsnack y Kantor, 2014).

Como parte de las variables psicosociales del consumo de alcohol, se obtuvo que todos los participantes beben acompañados y tienen como lugar predilecto las fiestas y reuniones, lo cual coincide con otros estudios que sostienen que esto es producto del componente social que predomina en dicho consumo, ya que incrementa la búsqueda de identidad, aspecto propio de la etapa en la que se encuentran (Betancourth, Tacán y

Cordoba, 2017; Capaldi et. al, 2009 citados en Gómez, Landeros, Noa y Martínez, 2017; Londoño y Vinaccia, 2014; Ruesta, 2017).

Adicionalmente, de acuerdo a la frecuencia del consumo de alcohol, se encontró que un 45.21 % indica un consumo no tan frecuente. Sin embargo, pese a que el porcentaje de quienes consumen alcohol en repetidas ocasiones es menor (13.70%), debe ser considerado, pues de incrementarse, los estudiantes no solo se involucrarían en una mayor cantidad de conductas de riesgo, sino que también estarían en peligro de padecer algún problema relacionado al consumo de alcohol a futuro como el abuso o dependencia del mismo (Chambers, Taylor y Potenza, 2003; Chau, 1999; Enríquez y Gonzales, 2018; García-Moreno, Expósito, Sanhueza, y Angulo, 2008; Petit, Maurage, Kornreich, Verbanck, y Campanella, 2014 citados en Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017); tal y como lo corrobora la tendencia encontrada por otros autores (Norström y Pape, 2012; Viner y Taylor, 2007). Esa mayor exposición se expresaría en la infravaloración de los efectos negativos del consumo de alcohol en contraparte a los positivos, propios de la etapa en la que se encuentran y de quienes beben intensivamente (Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017).

Por otro lado, al indagar respecto al consumo de otras sustancias en los últimos seis meses, llama la atención principalmente el 34.25 % que mencionó la utilización del tabaco. Este dato concuerda con otros estudios realizados en el Perú (Arana, 2013; Ruesta, 2017; UNODC, 2017) y en el extranjero (Bautista et al., 2011; García, Calvo, Carbonel y Giralt, 2017; Monshouwer, Smit y Verdurmen, 2008; Velásquez, 2004), donde el consumo de tabaco siguió al del alcohol. Por ejemplo, el policonsumo ha cobrado relevancia en Europa, reportándose que ocurre en mayor frecuencia el patrón de tipo A (alcohol y tabaco), además de ser considerada una conducta típica de personas entre los 15 y 34 años (Hernández-Serrano, Font-Mayolas y Gras, 2015). Estos resultados estarían vinculados a la aceptación social que posee tanto el alcohol como el tabaco en diversos contextos sociales dado su carácter lícito (Morales, Arandojo, García y Orbañanos, 2014).

Asimismo, de acuerdo a diferentes investigaciones, existe evidencia vasta para sostener que el consumo de alcohol y tabaco, conocidas como “drogas puente”, no solo acrecientan el posible consumo de marihuana en adolescentes (Gaete, et al., 1999 citado en Moreta-Herrera, Mayorga-Lascano, León-Tamayo e Ilaja-Verdesoto, 2018) sino que

generan dependencia, tanto psicológica como física, al punto de requerirse intervenciones psicológicas y/o farmacológicas para la deshabitación de esta conducta, resultando idóneo tomar medidas preventivas y de promoción de hábitos saludables (Arbesú, Gual, Casquero, Bobes y Ortega, 2015; Rivera, Ferrera, Pot y Hernández, 2015). En ese sentido, no deben cesar los esfuerzos por cumplir con la ley 28705 (Ley General para la Prevención y Control de los Riesgos del Consumo del Tabaco) como parte de lo que implica ser una universidad saludable (Consorcio de Universidades, 2013).

En adición, después del tabaco, destaca el 26.03% que ha ingerido pastillas sin receta médica en el último semestre. Esta práctica ocurre alrededor del mundo y posee una prevalencia creciente (DEVIDA, 2014; CEDRO 2018; UNODC, 2017), que se explica por una serie de factores, tales como la presión por buscar la solución a un posible malestar, ingresos económicos insuficientes para costear atención médica, escasa educación sobre la salud que deviene en autodiagnósticos, relación médico-paciente negativa, etc. (De Pablo, 2011). Así también, este consumo es particularmente común en países que se encuentran en vías de desarrollo, dado que los gobiernos no cuentan con los recursos suficientes para ejercer un estricto control (Morales, Fuentes-Rivera y Matta, 2018; Sotomayor- Alvarado y De la Cruz – Vargas, 2017). En el Perú, el INEI (2014) reveló que el consumo total de medicamentos se ha incrementado en quienes acuden a farmacias y boticas, donde un 52.3% adquiere medicamentos sin receta.

Adicionalmente, la automedicación es usual en universitarios, tal y como lo sostienen Hermoza, Loza, Rodríguez, Arellano y Hermoza (2016), Hoyos (2017) y Gelayee (2017), quienes coinciden en que el grupo etario con mayor consumo de medicamentos sin prescripción son los jóvenes entre 18 y 29 años. Otro argumento para explicar el consumo de pastillas en la población universitaria, se relaciona con el uso de estas para incrementar el rendimiento de las funciones cognitivas (Zavaleta, 2012) o como tranquilizantes (Velásquez, 2004; Espinoza, 2011). Se puede inferir que la finalidad de este consumo, en ambos casos, sería hacer frente a las exigencias académicas y a los diferentes estresores que los rodean (Calvete y Estévez, 2009), aún más si los estudiantes están en sus primeros años de universidad, pues de acuerdo a algunas investigaciones, estos poseen niveles bajos de afrontamiento y mayor incidencia de estrés académico (Bukhari y Khanam, 2015; Uma y

Manikandan, 2014), los cuales podrían agravarse por el carácter complejo que tiene la transición de la secundaria a la universidad (Aguilar, 2004).

El segundo objetivo específico dirigido a la descripción de la sintomatología depresiva, reveló la presencia de esta en un nivel mínimo. Esto es similar a lo obtenido por Restrepo, Sánchez, Calderón, Castañeda, Osorio y Diez (2018) en una muestra de estudiantes colombianos y al hallazgo de Tataje (2013) en universitarios limeños. No obstante, es menor en comparación a lo hallado en universitarios mexicanos, quienes puntuaron más en depresión leve (Pineda y González, 2018) y elevada (Hurtado de Mendoza, Veytia, Guadarrama, González y Wagner, 2017); así como a lo reportado en el estudio de Bartra, Guerra y Carranza (2016) con estudiantes limeños cuyo nivel de depresión fue moderado (26.5 %).

El nivel de depresión hallado estaría relacionado con el porcentaje de estudiantes que consume pastillas sin receta médica, donde la automedicación es vista como una forma de lidiar con algunas manifestaciones de dicha sintomatología (Bostanci, Ozdel, Oguzhanoglu, Ozdel y Ergin, 2005; Preisegolaviciute, Leskauskas, Adomaitiené, 2007 citados en Berrouet, Lince y Restrepo, 2017). Por ejemplo, en el estudio realizado por De Pablo (2011) los estudiantes encuestados indicaron que, entre otros fármacos, consumen prioritariamente productos herbales con efectos hipnosedantes para tratar la depresión desconociendo los efectos adversos que esto les pueden producir. De forma similar, en otra investigación se encontró que el medicamento más usado por los universitarios colombianos, motivados por la mejora del ánimo, fue el conocido antidepresivo fluoxetina (Berrouet, Lince y Restrepo, 2017).

Adicionalmente, Ferguson, Goodwin y Horwood, 2003 citados en Leal (2016), indican que la presencia de síntomas subclínicos de depresión y los intentos de los estudiantes por reducirlos al igual que al estrés, predecirían la iniciación precoz en el consumo de tabaco dado el efecto regulador de la nicotina. De ese modo, el consumo de tabaco podría estar interviniendo en el nivel de sintomatología obtenido, ya que según algunos estudios, son muchos los jóvenes que tienen la certeza de que fumar cigarrillos disminuye el afecto negativo y sus malestares emocionales (Audrain-McGovern, et al., 2009 y Kassel, et al., 2007 citados en Carceller-Maicas, et al., 2015).

Otra posible explicación para el nivel de depresión mínimo encontrado, estaría vinculada a la relación de esta sintomatología con algunos factores psicosociales. Así, teóricamente se manifiesta que si bien en los primeros ciclos los alumnos están expuestos a diversos factores (alejamiento de las familias, carga académica, adaptación universitaria, entre otros) que pueden incrementar su sentido de vulnerabilidad; conforme avancen en sus carreras la posibilidad de desarrollar un trastorno depresivo es mayor, ya que las demandas que deben enfrentar serán cada vez más rigurosas, como por ejemplo, el sostenimiento económico de sus hogares, la búsqueda de un empleo, etc. (Rosas, Yampufé, López, Carlos y Sotil de Pacheco, 2011; Bitsika, Sharpley y Rubenstein, 2010 en Sosa, Romero, Blum, Zarco y Medina-Mora, 2018). En ese sentido, esta hipótesis guardaría coherencia con lo encontrado si se considera que los participantes de la presente investigación cursan los primeros ciclos de estudios, y posiblemente, las responsabilidades o carga adicional que poseen es menor a comparación de quienes están en ciclos superiores.

De igual manera, podría pensarse que el nivel mínimo de depresión hallado respondería a la asociación significativa e inversa entre la percepción de autoeficacia con la depresión y ansiedad documentada en algunas investigaciones (Morton, Mergler y Boman, 2014; Varghese, Norman y Thavaraj, 2015). Por ejemplo, Serra (2010) y Galicia-Moyeda, Sánchez-Velasco y Robles-Ojeda (2013) encuentran que estudiantes de los primeros semestres de estudios con una percepción de autoeficacia elevada presentan menores niveles de depresión dado el incremento de su motivación y logro académico.

Ahora bien, a pesar que la mayor parte de la muestra presenta un nivel de depresión mínimo, debe alertar que un 9.59% se ubique en la categoría moderada y 4.11 % en sintomatología severa, ya que estarían más expuestos a desarrollar un diagnóstico depresivo. Por esta razón, en el contexto universitario se debe brindar no solo orientación y acompañamiento psicológico, sino que también se deben difundir campañas destinadas a la despatologización de trastornos mentales y a la búsqueda de atención profesional como parte de la propuesta de las universidades saludables (Becerra, 2013). Así, se trabajaría para evitar incurrir en otros factores de riesgo relacionados a la depresión como el consumo de sustancias de forma problemática, riesgo suicida, problemas sociales (aislamiento, inadecuada adaptación, conductas agresivas) y en el rendimiento académico (Devenish, Berk y Lewis, 2016; Marschal, et al., 2011). Asimismo, disminuiría la probabilidad de

desarrollar otros trastornos como la ansiedad, dada la comorbilidad entre ambas (Cohen, Young, Gibb, Hankin y Abela, 2014).

El tercer objetivo específico busca describir los niveles de sintomatología ansiosa, encontrándose la presencia de esta en un nivel leve. Lo hallado aquí es menor a los niveles moderado y grave reportados en otros estudios (Cova, Melipillán, Valdivia, Bravo y Valenzuela, 2007; Dávila, Ruiz, Moncada y Gallardo, 2011; García y Acosta- Quiroz, 2016); sin embargo, resulta mayor al nivel de síntomas depresivos obtenidos en la muestra.

Dicho hallazgo, al igual que en el caso de la sintomatología depresiva, promueve la reflexión respecto a qué estrategias estarían utilizando los alumnos para lidiar con las demandas que se les plantean a nivel personal y/o académico, de tal forma que su ansiedad difiera de la encontrada en otras investigaciones. Así, una primera hipótesis estaría relacionada al consumo de tabaco encontrado en los últimos seis meses, dados los posibles efectos relajantes que dicha droga produce. Por ejemplo, en un estudio sobre el consumo de tabaco como automedicación en los jóvenes, estos informaron que fumar aplacaba sus nervios y ansiedad, logrando relajarse y desahogarse, motivos que los hacen mantener dicha conducta (Carceller-Maicas, et al., 2015).

Análogamente, una segunda hipótesis se vincularía al porcentaje de la muestra que ingiere pastillas sin prescripción. Por ejemplo, una investigación con universitarios de una facultad de Medicina reveló que entre los principales motivos para automedicarse se encontraban “dormir mejor” y “para disminuir la ansiedad y el estrés” (16.7% y 10.7% respectivamente) (Berrouet, Lince y Restrepo, 2017). Asimismo, en otro grupo de universitarios se reportó que entre los síntomas que motivan la automedicación destacan los diferentes dolores, desgano y ansiedad (Cecilia, García y Atucha, 2017). Considerar estos datos en futuras investigaciones sería relevante para profundizar en la automedicación como posible estrategia en universitarios frente a síntomas ansiosos y depresivos, y los efectos de esta conducta.

El cuarto objetivo específico pretendía analizar si existían diferencias según sexo y repetencia de cursos por segunda y tercera vez en lo que respecta a la sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de una universidad Privada de Lima.

Sobre la sintomatología depresiva, si bien no se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo; sí se hallaron en la dimensión cognitiva entre quienes

llevaron cursos por segunda vez y quienes no lo hicieron. El primer resultado difiere de lo encontrado en estudios donde son las mujeres quienes manifiestan mayor intensidad de síntomas depresivos (Riveros, Hernández y Rivera, 2007; Rivera-Rivera, Rivera-Hernández, Pérez-Amezcuca, Leyva-López y Castro, 2015; Bolívar, 2017). Esto se debería, por un lado, a la mayor cantidad de mujeres (75.3 %) con las que se contó en el estudio; y por otro, a que si bien tanto hombres como mujeres pueden desarrollar síntomas depresivos, años atrás existía mayor dificultad en los varones para expresar sus emociones y buscar ayuda, ya sea médica o psicológica (Shansky, 2009). Asimismo, al ser el consumo y abuso de sustancias considerado como característico de los hombres, había mayor facilidad para que se enmascare en estos un cuadro depresivo y no se dé dicho diagnóstico (Vásquez, 2013).

La diferencia en la dimensión cognitiva de la sintomatología depresiva, entre quienes han llevado cursos por segunda vez y quienes no, podría explicarse por la evocación de emociones y pensamientos negativos que se producen a raíz de una situación poco favorable como lo es repetir un curso o desaprobado algún examen (Domínguez-Lara y Sánchez- Carreño, 2017). Ahora bien, habrá estudiantes que desplieguen estrategias ligadas a la rumiación, catastrofización, culpabilidad personal o externa, mientras que otros se focalizarán en los planes o harán una reinterpretación positiva. No obstante, si los universitarios se instalan en las dos primeras estrategias (rumiación y catastrofización), la probabilidad de desarrollar conductas depresivas y ansiosas es mayor (Domínguez-Lara, 2016), como podría ser el caso de la presente muestra. A partir de esto, se recomienda una mayor difusión de técnicas que ayuden a incrementar la autoeficacia y así lograr el posterior uso de estrategias más elaboradas que regulen idóneamente las respuestas emocionales en escenarios desfavorables (Domínguez-Lara y Sánchez- Carreño, 2017), para no incurrir en conductas nocivas como la ingesta de alcohol desmedido, el consumo de tabaco o de medicación sin prescripción, etc.

En lo que concierne a la sintomatología ansiosa, no se hallaron diferencias significativas según el sexo ni repetencia de cursos por segunda vez. Sin embargo, se advierte la mayor frecuencia de mujeres en los cuatro niveles que componen dicha sintomatología, lo cual puede responder a la primacía del género femenino en la muestra que, a su vez, es el grupo que incide en la automedicación. Así también, a lo señalado por

algunos estudios donde existe predominio de las mujeres en trastornos de ansiedad o presencia de síntomas ansiosos en comparación con los hombres (Arenas y Pulgerver, 2009; Álvarez, Aguilar y Lorenzo, 2012; Pérez, 2014; García y Acosta- Quiroz, 2016).

Adicionalmente, la ausencia de diferencias según repetencia por segunda vez, en contraposición a lo hallado en la sintomatología depresiva, se debería a que esta última personaliza los errores, genera la magnificación de un estímulo negativo y sus consecuencias (Serrano, Rojas y Ruggero, 2013). Asimismo, está asociada en mayor medida al bajo rendimiento académico (González y Daza, 2010; Ulloa y Vásquez, 2015), como podría haber ocurrido en aquellos participantes que desaprobaron uno o más cursos y que prioritariamente fueron mujeres. Sin embargo, la ansiedad no deja de ser un factor que se vincule como causa o efecto del ámbito académico, dados los requerimientos del sistema educacional actual (Serrano, Rojas y Ruggero, 2013).

En suma, si bien no se halló asociación entre las variables de estudio, se obtuvo datos interesantes sobre algunas características del consumo de alcohol, tales como la prevalencia de este y el binge drinking en el último mes. Las cifras reportadas fueron similares a otras fuentes, revelando un aumento preocupante en dichas conductas, lo que promueve la necesidad de continuar implementando programas de prevención dirigidos a un público cada vez con menor edad (Navarrete, 2018) dado el inicio precoz en el consumo de sustancias psicoactivas (DEVIDA, 2014; MINSA, 2017).

En el contexto peruano, CEDRO (2018) cuenta con programas preventivos integrales que incluyen talleres, consejería y orientación dirigidos a estudiantes y docentes en los que se desarrollan temas relacionados a la prevención del uso de alcohol y tabaco, así como de drogas ilegales. Asimismo, algunos centros de Educación Superior bajo el concepto de Universidades Saludables están implementando programas y espacios, tanto individuales como colectivos, con el objetivo de mejorar la percepción de la calidad de vida y aminorar la deserción (Becerra, 2013). Así también, sería pertinente continuar con el desarrollo de programas preventivos y talleres en las instituciones educativas, donde no solo se cuente con la participación de los alumnos, sino también de los padres, ya que en diversos estudios se ha visto la influencia del entorno familiar en la iniciación del consumo de sustancias psicoactivas, principalmente, alcohol y tabaco.

En cuanto a las principales limitaciones del presente estudio, una de ellas fue el tamaño de la muestra y su pertenencia principalmente a una carrera y universidad, lo que conlleva a que los resultados no puedan generalizarse a la población universitaria peruana total. Asimismo, el uso de instrumentos de autoreporte incrementa el efecto de la deseabilidad social, con lo que los participantes pueden manipular sus respuestas dada la sensibilidad de las variables que se analizaron.

Para futuras líneas de investigación, se recomienda contar con una muestra diversa que abarque otras carreras y ciclos de estudios, así como con estudiantes de universidades estatales o de provincias. Adicionalmente, respecto al instrumento que medía el consumo de alcohol, se propone incluir otros ítems, como por ejemplo, la edad de inicio de consumo, la bebida más consumida y especificar cuál es el medicamento sin receta médica que se ingirió en los últimos meses. De igual forma, preguntar por la existencia de un diagnóstico de ansiedad y/o depresión realizado por un profesional; así como el estar actualmente en algún proceso psicoterapéutico y/o psiquiátrico, ya que estos datos proporcionarían mayor información sobre los cambios o permanencias que se pueden estar dando en la población universitaria a lo largo de los años. También, sería interesante analizar la relación de las variables de estudio con otras, tales como, estrategias de afrontamiento, autoeficacia y estrés académico.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, M. (2004). *La transición a la vida universitaria: éxito, fracaso, cambio y abandono*. PUCA: Argentina.
- Alamo, C., Bejer, T., Bagladi, V., Cárcamo, N., San Martín, D. y Fischer, M. (2017). *Perfil Integrativo de Pacientes de Salud Mental atendidos en el Centro de Salud Universitario de la Universidad Austral de Chile*, 9, 9-20.
- Albarracín, M., y Muñoz, L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *Liberabit*, 14(14), 49-61.
- Anderson, P. (2007). *Binge drinking and Europe*. Hamm, Germany: German Centre for Addiction Issues (DHS).
- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Celis, B., y Rojas, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud mental*, 35(1), 29-36.
- Arana, M. (2013). *Factores de Personalidad en Estudiantes universitarios según Características de Consumo de Alcohol* (tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Araujo, E. (2016). Indicadores de adicción a las redes sociales en universitarios de Lima. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 10(2), 48-58.
- Arbesú, J., Gual, A., Casquero, R., Bobes, J. y Ortega, P. (2015). Posicionamiento de SEMERGEN para el abordaje de los trastornos por consumo de alcohol en atención primaria. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 41, 1-9.
- Arenas M., y Pulgcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3 (1), 20-9.
- Arias, J. (2016). *Efectos del consumo intensivo de alcohol (Binge Drinking) sobre procesos de atención y memoria en población universitaria: un estudio de seguimiento con Potenciales Evocados* (tesis de maestría). Universidad de Vigo, España.
- Arrieta, K., Díaz, S., y González, F. (2011). Consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes de una universidad pública de Cartagena. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(2), 215-228.

- Arrieta, K., Díaz, S., y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V. y Lozano, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3 (1), 17-26.
- Ávila, J., Escobar, F., y Chica, H. (2005). Prevalence of anxiety and depression in bed alcoholics for desintoxication in Bogota. *Revista de la Facultad de Medicina*, 53(4), 219-225.
- Babor, T., Higgins, J., Saunders, J. y Monteiro, M. (2001). *AUDIT. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: Pautas para su utilización en Atención*. Generalitat Valenciana.
- Balanza, S., Morales, I., y Guerrero, J. (2009). Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares. Asociados. *Clínica y Salud*, 20 (2), 177-187.
- Baptista, F., Cabrera, J., Montilla, M., Ortiz, R., Salomón, A., Testa, M., y Morales, A. (2006). Prevalencia del consumo de alcohol, patrón de consumo y factores de riesgo asociados en adolescentes del sector las delicias de la comunidad de Tamaca. *Boletín Medico de Postgrado*, 12(3).
- Barnea, Z., Teichman, M. y Rahav, G. (1993). Substance use and abuse among desviant and non – desviant adolescents in Israel. *Journal of Drug Education*, 23 (3), 187 - 201.
- Bartra, A., Guerra, E. y Carranza, R (2016). Autoconcepto y depresión en estudiantes universitarios de una universidad privada. *Revista de Investigación Apuntes Universitarios*, 6(2), 53-68.
- Bautista, P., Simich, L., Strike, C., Brandns, B., Giesbrecht, N., y Khenti, A. (2011). *Policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de pregrado del área de la salud de una Universidad de el Salvador. Texto & Contexto Enfermagem*, 21, 56-62.
- Becerra, S. (2013). Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. *Revista de Psicología (PUCP)*, 31(2), 287-314.

- Beck, A., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 893-897.
- Beck, A., y Steer, R. (1993). *The Beck Anxiety Inventory*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006) *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*. Buenos Aires: Paidós.
- Bedendo, A., Monezi, A., Sátiro, E. y Noto, A. (2017). Binge drinking: a pattern associated with a risk of problems of alcohol use among university students. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, 1-8.
- Bernal, J. (2012). *Depresión y consumo de alcohol en jóvenes universitarios*. *Institución Universitaria Politécnico GranColombiano*, 1(10), 1-11.
- Berrouet, M., Lince, M. y Restrepo, D. (2017). Actitudes, conocimientos y prácticas frente a la automedicación con productos herbales y psicofármacos en estudiantes de medicina de Medellín-Colombia. *Medicina UPB*, 37(1), 17-24.
- Betancourth, S., Tacán, L., y Cordoba, E. (2017). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. *Universidad y Salud*, 19(1), 37-50.
- Blanco, P., y Sirvent, C. (2006). Psicopatología asociada al consumo de cocaína y alcohol. *Revista Española de Drogodependencias*, 31, 324-344.
- Brenlla, M. y Rodríguez, C. (2006). *Manual de Inventario de Depresión de Beck BDI II. Adaptación Argentina*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bojorquez, J. (2015). *Ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios* (tesis de posgrado). Universidad San Martín de Porres, Lima.
- Bolívar, J. (2017). *Depresión y rendimiento académico en los estudiantes de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Loja, Ecuador.
- Bousoño, M. , Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. , Galván, G., García-Álvarez, L., Velasco, Á. , Wasserman, C., Carli, V. , Hoven, C., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Bousoño, M., García-Portilla, M., Iglesias, C. , Sáiz, P. y Bobes, J. (2018). Factores predictores del consumo de alcohol en adolescentes: datos de un estudio prospectivo de 1 año de seguimiento. *Adicciones*, 20 (10), 97-104.

- Bukhari, S y Khanam, S. (2015). Prevalence of depression in university students belonging to different socioeconomic status. *Journal of Postgraduate Medical Institute*, 29(3), 156-159.
- Cáceres, S. (2017). *Relación entre factores de personalidad y depresión con el rendimiento académico en estudiantes de una facultad en una Universidad Privada de Lima Metropolitana* (tesis de maestría). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
- Camacho, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 91-119.
- Carceller-Maicas, N., Ariste, S., Martínez-Hernández, A., Martorell-Poveda, M. Correa-Urquiza, M., y DiGiacomo, S. M. (2015). El consumo de tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto. *Adicciones*, 26(1), 34-45.
- Carranza, R. (2013). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck para universitarios de Lima. *Revista de Psicología*, 15(2), 170-182.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología*, 21(2), 363-392.
- Castaño, G., y Calderón (2014). Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5) ,739-746.
- Cecilia, M., García, J. y Atucha, N. (2017). La automedicación en estudiantes del Grado en Farmacia. *Educación Médica*, 19(5), 277-282.
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) (2015). Estudio Epidemiológico de Consumo de Drogas en Población Urbana Peruana 2015. Recuperado de <http://www.repositorio.cedro.org.pe/handle/>
- Centro de Información y Educación para la prevención de Drogas (CEDRO) (2018). Encuesta Flash Opinión sobre Drogas en Estudiantes Universitarios de Lima.
- Centro de Información y Educación para la prevención de Drogas (CEDRO) (2018). *El problema de las drogas en el Perú*. Recuperado de <http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/378/1/CEDRO.Problema%20de%20las%20drogas.2018.pdf>

- Centro de Información y Educación para la prevención de Drogas (CEDRO) (2018). Comunidad Educativa. Recuperado de <http://www.cedro.org.pe/comunidad-educativa/>
- Cohen, J., Young, J., Gibb, B., Hankin, B. y Abela, J. (2014). Why are anxiety and depressive symptoms comorbid in youth? A multi-wave, longitudinal examination of competing etiological models. *Journal of Affective Disorders*, 161, 21-29.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) (2014). *I Estudio sobre prevención y consumo de drogas en la población general de Lima Metropolitana y el Callao-2013*. Lima: Observatorio Peruano de Drogas, 25-36.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) (2016). *Reporte Estadístico sobre consumo de drogas en el Perú, prevención y tratamiento 2015*.
- Conde, K., Lichtenberger, A., Peltzer, R. y Cremonte, M. (2017). Consumo excesivo episódico de alcohol: cambio natural en estudiantes universitarios. *Revista de Salud Pública*, 21(2), 79-87.
- Consortio de Universidades (2013). *Guía para Universidades Saludables*. Comisión para comunidades saludables, Lima.
- Córdova, A. y García, V. (2011). Efecto de los trastornos del afecto y la relación con sus padres en la severidad y el consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista de Psicología Universidad de Antioquía*, 3(2), 07-23.
- Cova, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Bravo, E., y Valenzuela, B. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista chilena de pediatría*, 78(2), 151-159.
- Chau, C. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología*, (2), 121-161.
- Chau, C. (2004). *Determinants of alcohol use among university students, the role of stress, coping and expectancies*. Doctoral Dissertation: University of Leuven, Belgium.
- Chau, C., y Van den Broucke, S. (2005). Consumo de alcohol y sus determinantes en estudiantes universitarios limeños: estudio de focus group. *Revista de Psicología*, 23(2), 267-291.

- Christie, K., Burke, J., Regier, D., Rae, D., Boyd, J., y Locke, B. (1988). Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *The American Journal of Psychiatry*, 145(8), 971.
- Cruz, C., y Contreras, C. (2015). Patrones de consumo de bebidas alcohólicas en fiestas juveniles que dependen de diferencias individuales y personalidad. *Psicología Iberoamericana*, 23(2), 17-26.
- Dávila, A., Ruiz, R., Moncada, L., y Gallardo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*, 20(2), 147-172.
- Devenish, B., Berk, L., y Lewis, A. (2016). The treatment of suicidality in adolescents by psychosocial interventions for depression: a systematic literature review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(8), 726-740.
- De Pablo, M. (2011). La automedicación en la cultura universitaria. *Revista de Investigación*, 35(73), 219-240.
- Díaz, A., Ramírez, Y., Bernal, M., Torres, T., Medina, A., Plata, M., Rodríguez, A., Reséndiz, G., Rocha, R. y Maldonado, M. (2013). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de ingeniería civil. *Psicología y salud*, 21(2), 265-271.
- Domínguez-Lara, S. (2016). Agotamiento emocional académico en estudiantes universitarios: ¿ Cuánto influyen las estrategias cognitivas de regulación emocional?. *Educación Médica*, 19, 96-103.
- Domínguez-Lara, S. y Sánchez-Carreño, K. (2017). Uso de estrategias cognitivas de regulación emocional ante la desaprobación de un examen: el rol de la autoeficacia académica en estudiantes universitarios. *Psychologia*, 11(2), 99-112.
- Dvorak, R., Lamis, D., y Malone, P. (2013). Alcohol use, depressive symptoms, and impulsivity as risk factors for suicide proneness among college students. *Journal of affective disorders*, 149(1), 326-334.
- Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol: guía práctica para el tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Echeburúa, E. (2008). *Abuso de alcohol*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Emmelkamp, P. y Vedel, E. (2012). *Evidence-Based Treatments for Alcohol and Drug Abuse: A Practitioner's Guide to Theory, Methods, and Practice*. Routledge.

- Enríquez, Y., y Gonzales, H. (2018). *Factores motivacionales y consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Huaraz, Perú.
- Espinoza, L (2011). Opiniones, percepciones, actitudes y comportamientos asociados al consumo de drogas en estudiantes universitarios de psicología en Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Drogodependencias*. 7, 7-41.
- Facundo, F., Pedrão, L., Aguilar, L., García, K., y Almanza, S. (2007). Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) en adolescentes y jóvenes marginales de bandas juveniles de México. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(4), 611-618.
- Farapi, S. (2009). *Drogas y género*. Recuperado de https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/3_drogas_y_genero-1.pdf
- Fernández, M., Dema, S. y Gómez, Y. (2018). La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones*.
- Fiestas, F., Ponce, J., Gallo, C., Bustamante, I., Ordóñez, C. y Mazzotti, G. (2011). Factores predictores de uso problemático de alcohol en personas atendidas en una sala de emergencia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(1), 54-61.
- Flores, C., Gamero, K., Arias, W., Melgar, C., Sota, A. y Ceballos, K. (2015). Adicción al celular en estudiantes de la Universidad Nacional de San Agustín y la Universidad Católica San Pablo. *Revista psicológica UCSP*, 5(2), 13-25.
- Furr, S., Westefeld, J., McConnell, G., y Jenkins, J. (2001). Suicide and depression among college students: A decade later. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(1), 97-100.
- Gaete, J., Olivares, E., Rojas-Barahona, C., Rengifo, M., Labbé, N., Lepe, L., Silva, M. Yáñez, C. y Chen, M. (2016). Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes de 10 a 14 años de la ciudad de San Felipe, Chile: prevalencia y factores asociados. *Revista médica de Chile*, 144(4), 465-475.
- Galicia-Moyeda, I., Sánchez-Velasco, A. y Robles-Ojeda, F. (2013). Autoeficacia en escolares adolescentes: su relación con la depresión, el rendimiento académico y las relaciones familiares. *Anales de psicología*, 29(2), 491-500.

- Garay, K. (2016). La depresión es el trastorno mental más común en Perú. *El Peruano*. Recuperado de <http://www.elperuano.com.pe/noticia-la-depresion-es-trastorno-mental-mas-comun-peru-41872.aspx>
- García, R. y Acosta-Quiroz, C. (2016). Depresión, ansiedad y consumo de alcohol en estudiantes universitarios de nuevo ingreso. En Echeverría, S., Fernández, M., Ochoa, E., Ramos, D. (Eds.) *Ambientes de aprendizaje y contexto de desarrollo social* (85-93). Publisher: Pearson.
- García, C., Calvo, F., Carbonell, X., y Giralt, C. (2017). Consumo intensivo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en población universitaria. Binge drinking and risk sexual behavior among college students. *Health and Addictions. Salud y Drogas*, 17, (1), 63-71.
- García García, V., Luque, B., Santos Ruiz, M., y Tabernero, C. (2017). La autorregulación emocional en la depresión y el deterioro cognitivo de consumidores de sustancias psicoactivas. *Salud y drogas*, 17(2), 125-136.
- Gelayee, D. (2017). Self-Medication Pattern among Social Science University Students in Northwest Ethiopia. *Journal of pharmaceutics*, 2017.
- Golpe, S., Isorna, M., Barreiro, C., Braña, T., y Rial, A. (2017). Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas. *Adicciones*, 29(4), 256-267.
- Gómez, Z., Landeros, P., Noa, M., y Martínez, P. (2017). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes universitarios. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 16(4), 1-9.
- González, L. y Daza, D. (2010). Repitencia en estudiantes de Medicina Caracterización y causas. *Zona próxima: revista del Instituto de Estudios Superiores en Educación*, (13), 12-28.
- González-González, A., Juárez, F., Solís, C., González-Forteza, C., Jiménez, A., Medina-Mora, M., y Fernández-Varela, H. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud mental*, 35(1), 51-55.
- Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., Harris, W., McManus, T., Chyen, D., y Collins, J. (2004). Youth risk behavior surveillance--

- United States, 2003. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, DC: 2002)*, 53(2), 1-96.
- Hamdan-Mansour, A., y Marmash, R. (2007). Health concerns and risk behaviors among university students in Jordan. *Jordan Medical Journal*, 41(2), 80-90.
- Hermoza, R., Loza, C., Rodríguez, D., Arellano, C., y Hermoza, V. (2016). Automedicación en un distrito de Lima Metropolitana, Perú. *Revista Médica Herediana*, 27(1), 15-21.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de investigación*. México D.F, Mc Graw Hill.
- Hernández-Serrano, O., Font-Mayolas, S., y Gras, M. (2015). Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 27(3), 205-213.
- Hoyos, J. (2017). *Factores predisponentes a la automedicación en un centro de salud en la ciudad de Huancayo* (tesis de licenciatura). Universidad Peruana Los Andes, Huancayo, Perú.
- Hurtado de Mendoza, M., Veytia, M., Guadarrama, R., González, C., y Wagner, F. (2017). Sintomatología depresiva elevada y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de la salud en la zona centro de México. *Acta Universitaria*, 27(4), 35-43.
- Instituto de Análisis y Comunicación Integración (2017). *80 % de peruanos con problemas de salud mental no son atendidos*. Recuperado de <http://www.integracion.pe/80-peruanos-problemas-salud-mental-no-atendidos/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014). Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014. Usuarios de farmacias y boticas. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1192/
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016). *Perú. Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles, 2015*. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017). *36% de jóvenes de 15 a 29 años de edad cuentan con educación superior*. Lima: INEI. Recuperado de

- <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/36-de-jovenes-de-15-a-29-anos-de-edad-cuentan-con-educacion-superior-9978/>
- Inoñan, C. (2011). *Propiedades psicométricas de la escala de respuestas rumiativas en una muestra de adultos de Lima*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Isorna, M., Fariña, F., Sierra, J., y Vallejo-Medina, P. (2015). Binge drinking: conductas sexuales de riesgo y drogas facilitadoras del asalto sexual en jóvenes españoles. *Suma psicológica*, 22(1), 1-8.
- Kendall-Folmer, R., Salinas, R., y Sanez, Y. (2016). Prevalencia y factores asociados en el abuso/dependencia del alcohol en el adulto en Lima Metropolitana y Callao. *Anales de Salud Mental*, 26(1), 19-29.
- Leal, I., Caballero, J., Calvo, E., y Diago, Z. (2015). Comorbilidad entre dependencia al alcohol y trastornos de ansiedad en pacientes hombres ingresados. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 12(1).
- Leal, V. (2016). Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes universitarios de primero de grado. Prevalencias de consumo y relación con ansiedad (*trabajo de grado*). Universidad de la Laguna: España.
- Ley N° 28681. *Diario El Peruano*, Perú, 28 de agosto de 2016.
- Londoño, C. y Vinaccia, S. (2014). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y salud*, 15(2), 241-249.
- López, E., Mota, N., Crego, M., Velasquez, T., Corral, M., Rodríguez, S., y Cadaveira, F. (2014). Anomalías neurocognitivas asociadas al consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes y adolescentes: Una revisión. *Adicciones*, 26 (4), 334-359.
- Lorenzo, M., Cajaleon, B., y Gutiérrez, E. (2012). Prevalencia y factores asociados al consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de nutrición de una universidad de Lima-Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 16(3), 1-5.
- Losada, N., Quezada, L. y Vargas, L. (2018). Consumo de alcohol en estudiantes de la Universidad de la Amazonia. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(2), 219-232.

- Lukassen, J., y Beudet, M. (2005). Alcohol dependence and depression among heavy drinkers in Canada. *Social Science y Medicine*, 61(8), 1658-1667.
- Magán, I., Sanz, J. y García-Vera, M. (2008). Psychometric Properties of a Spanish Version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in General Population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11 (2), 626-640.
- Marichal, J. (2018). *Programa de Educación para la Salud dirigido a prevenir el consumo de alcohol en jóvenes de 13 a 16 años* (trabajo de grado). Universidad de Valladolid, España.
- Marshal, M., Dietz, L., Friedman, M., Stall, R., Smith, H., McGinley, J., Thoma, B., Murray, P., D`Augelli, A. y Brent, D. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *Journal of adolescent health*, 49(2), 115-123.
- Martínez, D., Martínez, F. y Velásquez, A. (2018). Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de primero de Medicina de la Universidad del País Vasco. *Revista española de drogodependencias*, (43), 12-28.
- Márquez, M. (2006). *Edad de inicio y factores asociados al consumo de alcohol en la ciudad de Huancayo* (tesis de maestría). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- Ministerio de Salud (2017). *Documento Técnico. Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú*. Lima: MINSU.
- Monshouwer K, Smit F, Verdurmen J. (2008). *Cannabis in the context of polydrug use: results from the Dutch National School Survey*. EMCDDA Monographs.
- Monteiro, M. (2013). Alcohol y Salud Pública en América Latina: ¿cómo impedir un desastre sanitario?. *Adicciones*, 25(2), 99-105.
- Morales, J., Arandojo, M., García, J., y Orbañanos, L. (2014). Consumo de alcohol y tabaco entre los alumnos de un centro de formación de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. *Sanidad Militar*, 70(4), 248-255.
- Morales, J., Fuentes-Rivera, J., y Matta, H. (2018). Prevalencia y características de la automedicación en estudiantes de una Universidad Privada de Lima Norte. *Salud & Vida Sipanense*, 5(1), 47-57.

- Moreta-Herrera, R., Mayorga-Lascano, M., León-Tamayo, L., e Ilaja-Verdesoto, B. (2018). Consumo de sustancias legales, ilegales y fármacos en adolescentes y factores de riesgo asociados a la exposición reciente. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(1), 39-50.
- Morton, S., Mergler, A. y Boman, P. (2014). Managing the transition: the role of optimism and self-efficacy for first-year Australian university students. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 24(1), 90-108.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2018). *NIAAA Spectrum: NIAAA Scientists Provide More Evidence that Binge Drinking May Indicate Vulnerability to Alcohol Use Disorder*. Recuperado de <https://www.niaaa.nih.gov/research/niaaa-research-highlights/niaaa-spectrum-niaaa-scientists-provide-more-evidence-binge>
- Navarrete, A. (2018). Consecuencias biopsicosociales del Binge drinking en adolescentes y jóvenes: una revisión bibliográfica (tesis de maestría). Universitat Jaume, Castellón, España.
- Norström, T. y Pape, H. (2012). Associations between adolescent heavy drinking and problem drinking in early adulthood: Implications for prevention. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73, 542-548.
- Observatorio Español sobre Drogas. *Encuesta sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2016-2017*. (2018). Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). (2017). *III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Perú, 2016*. Perú: Lima.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2017). La UNESCO: trabajando con y para los jóvenes. Recuperado de <http://www.unesco.org/new/es/popular-topics/youth/>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2001). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. (AUDIT)*. Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014a). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014b). *Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade*. Recuperado de http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Alcohol*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Temas de salud: depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Informe mundial sobre Alcohol y Salud*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Panamericana de la Salud (2015). *Informe de Situación Regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7708/9789275318553_esp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2017b). *Regular el mercadeo del alcohol puede ayudar a reducir el consumo y los daños relacionados*. Recuperado de https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=884:regular-el-mercadeo-del-alcohol-puede-ayudar-a-reducir-el-consumo-y-los-danos-relacionados&Itemid=1005
- Osada, J., Rojas, M., Rosales, C., y Vega, J. (2008). Consumo de cafeína en estudiantes de medicina y su coexistencia con sintomatología ansiosa y depresiva. *Revista Médica Herediana*, 19(3), 102-107.
- Otiniano, F. (2012). *Validez de Constructo y Eficacia Diagnóstica de las Escalas Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III)* (tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

- Pabón, J., Espinosa, J., Correa, Y., Ríos, D., y Gutiérrez, U. (2018). Prevalencia de Sintomatología Depresiva en estudiantes del programa de *Medicina de la Universidad de Caldas, Manizales-Colombia*. *Revista Médica de Risaralda*, 24(1), 20-23.
- Pallia, R. (2007). El hábito de fumar y la depresión en adolescentes. *Archivos argentinos de pediatría*, 105(1), 3-4.
- Pautassi, R. (2013). *Consumo de alcohol durante la adolescencia y el desarrollo temprano, causas y consecuencias*. Argentina: CONICET.
- Pérez, V. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 29(2), 63-78.
- Pesantes, S., Urbina, M., Quezada, J., Juárez, J. y Padilla, G. (2013). Patrón de consumo de alcohol en universitarios y sus repercusiones sociales. Universidad Nacional de Trujillo, 2013. *Enfermería, investigación y desarrollo*, 13(1), 6-24.
- Pineda, M., y González, S. (2018). Nivel de depresión entre estudiantes de Enfermería y Nutrición en una universidad pública de Aguascalientes. *Lux Médica*, 11(34), 53-62.
- Quilty, L., Zhang, K. y Bagby, R. (2010). The latent symptom structure of the Beck Depression Inventory-II in outpatients with Major Depression. *Psychological Assessment*, 22 (3), 603- 608.
- Restrepo, J., Sánchez, O., Calderón, G., Castañeda, T., Osorio, Y., y Diez, P. (2018). Depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(2), 1-13.
- Rivas, V., Rodríguez, C., Arias, M., Carrillo, L., Zetina, E. y González, J. (2016). Relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural. *Investigación y Ciencia*, 24(67), 71-77.
- Rivera-Rivera, L., Rivera-Hernández, P., Pérez-Amezcuca, B., Leyva-López, A., y Castro, F. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública de México*, 57(3), 219-226.

- Rivera, L., Ferrera, R., Pot, A. y Hernández, J. (2015). Diferencias del autoconcepto físico en practicantes y no practicantes de actividad física en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 15(2), 27-34
- Riveros, M., Hernández, H. y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de investigación en psicología*, 10(1), 91-102.
- Robson, P. (1989). Psychological profile of social drinkers. *Addiction*, 84(11), 1329-1336.
- Rodríguez-Martos, A., Gual, A., y Llopis J. (1999). La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Medicina clínica*, 112(12), 446-450.
- Rodríguez, D., Dallos, C., González, S., Sánchez, Z., Díaz-Martínez, L., Rueda-Jaimes, G., y Campo-Arias, A. (2005). Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 1402-1407.
- Rodríguez, L. (2008). *Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y pre universitarias* (tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Rojas, G., Gaete, J., Guajardo, V., Martínez, V., Barroilhet, S., Meneses, J., Fritsch, R., y Araya, R. (2012). Consumo de sustancias y síntomas depresivos en escolares de liceos municipales de Santiago. *Revista médica de Chile*, 140(2), 184-191.
- Roncero, C. y Casas, M. (2004). Trastornos de ansiedad en Patología Dual. *Monografías de Psiquiatría*, 16 (4), 23-27.
- Rosas, M., Yampufé, M., López, M., Carlos, G., y Sotil de Pacheco, A. (2011). Niveles de depresión en estudiantes de Tecnología Médica. *Anales de la Facultad de Medicina*, 72 (3), 183-186.
- Ruesta, S. (2017). *Abuso de alcohol y estrés académico en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana* (tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Saavedra, A. (2001). Comorbilidad en dependencia a sustancias. *Psicoactiva*, 19, 63- 103.
- Salas, E. (2014). Adicciones psicológicas y los nuevos problemas de salud. *Cultura: Revista de la Asociación de Docentes de la USMP*, 28, 111-146.

- Sánchez, Y. (2011). Factores psicosociales de estudiantes en situación de riesgo académico de la Facultad de Ciencias Humanas (*tesis doctoral*). Universidad Nacional de Colombia: Colombia.
- Sanz, J. (2011). *Adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*. Madrid: Pearson.
- Sanz, J., García-Vera, M., y Fortún, M. (2012). “El Inventario de ansiedad de Beck (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos”. *Psicología Conductual*, 20(3), 563.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48.
- Secretaría Nacional de la Juventud. (2018). *Informe Nacional de las Juventudes 2016-2017*. Lima: SENAJU.
- Seguel, F., Santander, G. y Alexandre, O. (2013). Validez y confiabilidad del Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) en estudiantes de una universidad Chilena. *Ciencia y Enfermería*, 19, 1.
- Serra, J. (2010). *Autoeficiencia, depresión y el rendimiento académico en estudiantes universitarios* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Serrano, C., Rojas, A. y Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 47-60.
- Shansky, R. M. (2009). Estrogen, stress and the brain: progress toward unraveling gender discrepancies in major depressive disorder. *Expert review of neurotherapeutics*, 9(7), 967-973.
- Shedler, J., y Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American psychologist*, 45(5), 612-630.
- Spear, L. (2002). Alcohol's effects on adolescents. *Alcohol Research and Health*, 26 (4), 287-291.
- López, C. y Freixinós, M. (2001). Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes. *Anales de Psicología*, 17(2), 177-187.

- Sosa, J., Romero, M., Blum, B., Zarco, V., y Medina-Mora, M. (2018). Programa de orientación y atención psicológica para jóvenes universitarios de la UNAM: características de la población que solicita sus servicios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 451-477.
- Sotelo, F. (2018). *Expectativas hacia el consume de alcohol y binge drinking en universitarios limeños* (tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Sotomayor-Alvarado, M. y De la Cruz- Vargas, A. (2017). Prevalencia y factores asociados a la automedicación en estudiantes de medicina. *Journal of the Faculty of Medicine*, 17(4), 80-85.
- Souto, K. (2007). Juventud, teoría e historia: la formación de un sujeto social y de un objeto de análisis. *Historia Actual Online*, (13), 171-192.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (pp. 23-49). New York, N.Y., E.E.U.U.: Academic Press.
- Steuber, T., y Danner, F. (2006). Adolescent smoking and depression: which comes first?. *Addictive Behaviors*, 31(1), 133-136.
- Tataje, M. (2013). *Sintomatología depresiva y Dimensiones de Perfeccionismo en Jóvenes Universitarios de Lima Metropolitana* (tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Torales-Benítez, J., Giralá, N., Giménez, M., Ramírez, A., Trinidad, S., Estigarribia, E., Vera, J., Mongelós, D., Cáceres, M., Velázquez, F., Benítez, D., Ocampos, S., y Saua, A. (2013). Depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Asunción. *Revista Paraguaya de Psiquiatría*, 1(1), 7-23.
- Trujillo, J. (2015). *Expectativas sobre el consumo de alcohol y conductas sexuales riesgosas en jóvenes estudiantes* (tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Ulloa, M., y Vásquez, A. (2015). *Prevalencia del bajo rendimiento académico universitario y factores asociados en la carrera de medicina. Cuenca. 2014-2015*(tesis de licenciatura). Universidad de Cuenca, Ecuador.

- Uma, K. y Manikandan, K. (2014). Parenting style as a moderator of locus of control, self-esteem and academic stress among adolescents. *Scholars World- IRMJCR*, 3 (3), 64-73.
- Urcola, M. (2003). Algunas apreciaciones sobre el concepto sociológico de juventud. *Invenio: Revista de investigación académica*, (11), 41-50.
- Valdivia, S., Vega, V., Jiménez, Y., Macedo, K., Caro, E., Lazo, D., Ugarte, F. y Mejía, C. (2018). Consumo alcohólico de riesgo en estudiantes de tres universidades de la sierra central peruana: frecuencia según sexo y factores asociados. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(2), 110-116.
- Valentiner, D., Mounts, N., y Deacon, B. (2004). Panic attacks, depression and anxiety symptoms, and substance use behaviors during late adolescence. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(5), 573-585.
- Valle, R., Sánchez, E., y Perales, A. (2013). Sintomatología depresiva y problemas relacionados al consumo de alcohol durante la formación académica de estudiantes de medicina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30, 54-57.
- Vallejos, M. (2012). *La motivación, la actitud hacia las ciencias, la ansiedad y las estrategias metacognitivas de lectura en el rendimiento de los estudiantes universitarios: un análisis longitudinal* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Vargas, R., del Castillo, A., y Saldaña, R. (2016). Estrés, Depresión y Consumo De Alcohol en Estudiantes De Bachillerato de México: Diferencias por sexo y escuela. *European Scientific Journal, ESJ*, 12(32), 94-109.
- Varghese, R., Normal, S. y Thavaraj, H. (2015). Perceived stress and self-efficacy among college students: a global review. *International Journal of Human Resource Management and Research*, 5(3), 15-24.
- Vázquez, A. (2013). Depresión. Diferencias de género. *Multimed*, 17(3), 1-21.
- Vázquez, O., Castillo, E., García, A., Ponce, J., Avitia, M. y Aguilar, S. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 51-58.

- Velásquez, V. (2004). *Estudio sobre consumo de drogas en jóvenes estudiantes de pregrado de la Universidad La Frontera de Temuco* (tesis de licenciatura). Universidad de Chile: Chile.
- Velásquez E. (2004) Alcoholismo. En Toro, J., *Fundamentos de Medicina Psiquiatría*. Medellín: Corporación para investigaciones Biológicas.
- Vega, J., Coronado-Molina, O., y Mazzotti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(2), 95-103.
- Vetreno, R., Broadwater, M., Liu, W., Spear, L., y Crews, F. (2014). Adolescent, but not adult, binge ethanol exposure leads to persistent global reductions of choline acetyltransferase expressing neurons in brain. *PLOS One*, 9(11), 1-12.
- Vigil, V. (2016). *Interpretación emocional y sintomatología depresiva en un grupo de madres de Lima* (tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Villacé, M., Fernández, A. y da Costa, M. (2013). Consumo de alcohol según características sociodemográficas en jóvenes de 18 a 24 años. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(5), 1144-1150.
- Viner, R. M. y Taylor, B. (2007). Adult outcomes of binge drinking in adolescence: Findings from a UK national birth cohort. *Journal of Epidemiology y Community Health*, 61, 902-907.
- Wechsler, H., Lee, J., Kuo, M., Seibring, M., Nelson, T., y Lee, H. (2002). Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts. *Journal of American College Health*, 50, 5, 203-217.
- Weitzman, E. (2004). Poor mental health, depression, and associations with alcohol consumption, harm, and abuse in a national sample of young adults in college. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(4), 269-277.
- Wilsnack, S., Wilsnack, R., Kantor, L. (2014). Focus On: Women and the Costs of Alcohol Use. *Alcohol Research : Current Reviews*, 35(2), 219-228.
- Windle, M. (1996). An alcohol involvement typology for adolescents: Convergent validity and longitudinal stability. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 627-637.

Zárate, M., Zavaleta, A., Danjoy, D., Chanamé, E., Prochazka, R., Salas, M., y Maldonado, V. (2006). Prácticas de consumo de tabaco y otras drogas en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú. *Investigación y educación en enfermería*, 24(2), 72-81.

Zavaleta, A. (2012). *Drogas inteligentes tienen efectos colaterales terribles*. RPP Noticias. Lima. Extraído desde: http://www.rpp.com.pe/2012-07-15-drogasinteligentes-tienen-efectos-colaterales-terribles-advierten-noticia_501978.html

Zavaleta, A., Tapia, L., Chávez, V. y Vértiz, R. (2017). *Epidemiología de drogas en población urbana peruana: encuesta en hogares 2017*. CEDRO. Recuperado de <http://www.repositorio.cedro.org.pe/handle/CEDRO/361>



Apéndice A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Giannina Teresa Cuadra Paredes, estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, supervisada por la Lic. Nancy Valdez. El propósito de este estudio es conocer la relación entre el consumo de alcohol y la sintomatología depresiva y ansiosa en universitarios.

En caso aceptes participar en este estudio, se te pide responder unos cuestionarios que te tomarán entre 12 a 25 minutos de tu tiempo. Tu participación es voluntaria y la información que proporciones será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Si tuvieras alguna duda con relación al desarrollo de la investigación, eres libre de formular las preguntas que consideres pertinentes. Además puedes finalizar tu participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para ti.

Para cualquier información adicional, puedes contactarte al correo de la investigadora (giannina.cuadra@pucp.pe) o al de su asesora (nvaldez@pucp.edu.pe).

Muchas gracias por tu participación.

Firma del participante

Firma de la investigadora

Fecha

Doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he leído la información escrita adjunta.

Adicionalmente, entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Firma del participante

Firma de la investigadora

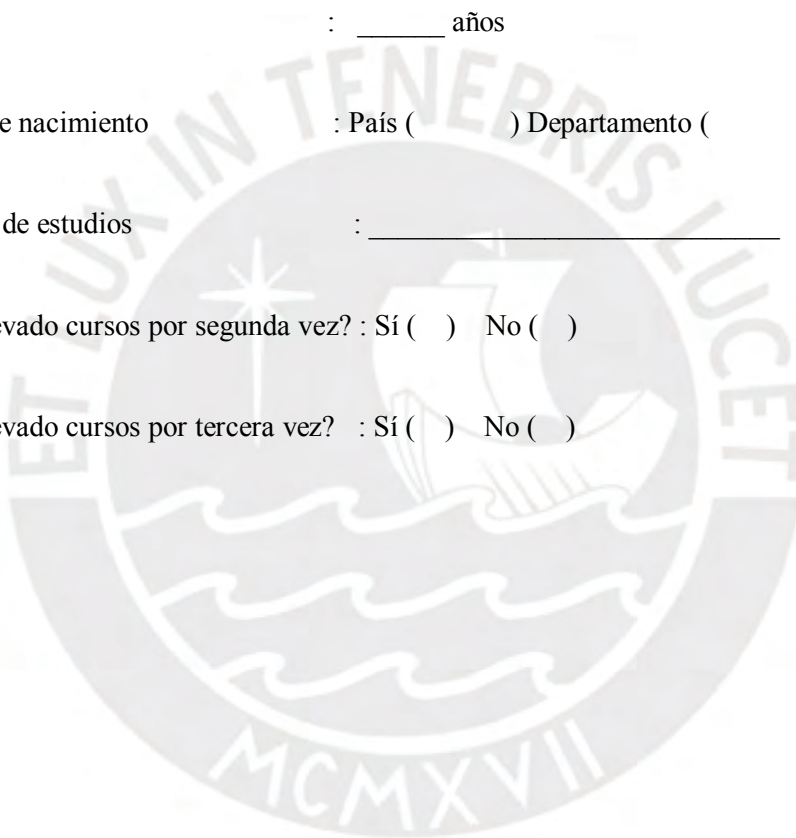
Fecha

Apéndice B

Encuesta Personal

A continuación se te presentarán algunas preguntas sobre tus datos personales. Por favor, completa según corresponda.

1. Sexo : Hombre () Mujer ()
2. Edad : _____ años
3. Lugar de nacimiento : País () Departamento ()
4. Carrera de estudios : _____
5. ¿Has llevado cursos por segunda vez? : Sí () No ()
6. ¿Has llevado cursos por tercera vez? : Sí () No ()



Apéndice C

Cuestionario 1

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Las siguientes preguntas se refieren a tu consumo de bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días. Por favor, marca con una "x" en la opción que mejor te represente.

1. ¿Has consumido alguna bebida alcohólica? Sí () No ()
2. Generalmente bebes: Solo () Acompañado ()
3. Sueles beber en: (puedes marcar más de una respuesta)

Fiestas y reuniones () En mi casa () En el carro () Discotecas y Pubs ()

En casa de amigos () Otros ()
4. ¿Con qué frecuencia solías tomar licor?

Nunca (<input type="checkbox"/>)	1 vez por semana (<input type="checkbox"/>)
Algunas veces (<input type="checkbox"/>)	2-3 días por semana (<input type="checkbox"/>)
1 vez al mes (<input type="checkbox"/>)	4-5 días por semana (<input type="checkbox"/>)
2-3 días al mes (<input type="checkbox"/>)	Todos los días (<input type="checkbox"/>)
5. En un día promedio cuando has bebido licor, ¿Cuántos tragos sueles beber? (Considera: 1 trago = 1 vaso descartable mediano)

No bebí licor (<input type="checkbox"/>)	4 tragos (<input type="checkbox"/>)	8 tragos (<input type="checkbox"/>)	
1 trago (<input type="checkbox"/>)	5 tragos (<input type="checkbox"/>)	Más de 8 tragos ¿Cuántos? (<input type="checkbox"/>)	_____
2 tragos (<input type="checkbox"/>)	6 tragos (<input type="checkbox"/>)		
3 tragos (<input type="checkbox"/>)	7 tragos (<input type="checkbox"/>)		
6. Escribe el número de veces que tomaste 6 o más tragos por ocasión. () veces
7. A continuación responde de acuerdo a tu género para los últimos 30 días:
 - Femenino: ¿Has tomado 4 o más tragos durante un periodo de 2 horas?

Sí () No ()
 - Masculino: ¿Has tomado 5 o más tragos durante un periodo de 2 horas?

Sí () No ()
8. Independiente a tu consumo de alcohol, ¿Qué sustancias has utilizado durante los últimos 6 meses? (Puedes marcar más de una)

Tabaco (<input type="checkbox"/>)	PBC (<input type="checkbox"/>)	Otras: _____
Marihuana (<input type="checkbox"/>)	Éxtasis (<input type="checkbox"/>)	
Cocaína (<input type="checkbox"/>)	Pastillas sin receta médica (<input type="checkbox"/>)	

Apéndice D
Características de la muestra

Datos sociodemográficos

		<i>f</i>	<i>%</i>	
Sexo	Mujer	55	75.3	
	Hombre	18	24.7	
Lugar de nacimiento	Nacional	Arequipa	1	1.4
		Ayacucho	1	1.4
		Cuzco	1	1.4
		Huancavelica	1	1.4
		Huancayo	1	1.4
		Junín	2	2.7
		Lambayeque	1	1.4
		Lima	61	83.6
		Moquegua	1	1.4
		Puno	1	1.4
	Extranjero	Florida	1	1.2
		La Paz	1	1.2
	Carrera de estudio	Antropología	2	2.7
Arqueología		1	1.4	
Ciencias de la información		1	1.4	
Ciencias Políticas		1	1.4	
Comunicación Audiovisual		2	2.7	
Derecho		10	13.7	
Economía		1	1.4	
Gestión y Alta Dirección		4	5.5	
Lingüística		1	1.4	
Psicología		48	65.8	
Sociología	2	2.7		
Cursos por segunda vez	No	40	54.8	
	Si	33	45.2	
Cursos por tercera vez	No	71	97.3	
	Si	2	2.7	

N=73

Apéndice E

Análisis de confiabilidad

Confiabilidad de las escalas utilizadas

Instrumento	Dimensiones	Alfa de Cronbach	N de elementos
Inventario de depresión de Beck	Global	.87	21
	Cognitivo	.83	9
	Somático	.80	12
Inventario de ansiedad de Beck	Global	.88	21
	Cognitivo	.83	9
	Somático	.78	12

Apéndice F

Características del consumo de alcohol

Apéndice F1

Distribución de la frecuencia de consumo de licor

		<i>f</i>	<i>%</i>
Mujer	Nunca	7	12.73%
	No tan frecuentemente	27	49.09%
	Ocasionalmente	14	25.45%
	En repetidas ocasiones	7	12.73%
Hombre	Nunca	4	22.22%
	No tan frecuentemente	6	33.33%
	Ocasionalmente	5	27.78%
	En repetidas ocasiones	3	16.67%
General	Nunca	11	15.07%
	No tan frecuentemente	33	45.21%
	Ocasionalmente	19	26.03%
	En repetidas ocasiones	10	13.70%

N=73

Apéndice F2

Número de tragos por ocasión

		<i>f</i>	<i>%</i>
Mujer	No tomé licor	9	16.36
	1 trago	5	9.09
	2 tragos	4	7.27
	3 tragos	4	7.27
	4 tragos	11	20.00
	5 tragos	11	20.00
	6 tragos	5	9.09
	7 tragos	3	5.45
	8 tragos	1	1.82
	Más de 8 tragos	2	3.64
	Hombre	No tomé licor	6
1 trago		1	5.56
2 tragos		1	5.56
3 tragos		1	5.56
4 tragos		2	11.11
5 tragos		1	5.56
6 tragos		2	11.11
7 tragos		1	5.56
8 tragos		2	11.11
Más de 8 tragos		1	5.56
General		No tomé licor	15
	1 trago	6	8.22
	2 tragos	5	6.85
	3 tragos	5	6.85
	4 tragos	13	17.81
	5 tragos	12	16.44
	6 tragos	7	9.59
	7 tragos	4	5.48
	8 tragos	3	4.11
	Más de 8 tragos	3	4.11

N=73

Apéndice F3

Distribución por lugar de consumo

	<i>f</i>	<i>%</i>
Fiestas y reuniones	57	90.5
Casa	15	23.8
Auto	2	3.2
Discotecas o pubs	32	50.8
Casa de amigos	38	60.3
Otros lugares	9	12.7

N=63

Apéndice G

Estadísticos descriptivos de los instrumentos

Apéndice G1

Estadísticos descriptivos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	<i>Rango</i>
Puntaje General	0	48	12.42	8.414	11.00	48
Dimensión Cognitiva	0	19	4.56	4.324	3.00	19
Dimensión Somática	0	30	7.86	5.042	7.00	30

N=73

Apéndice G2

Estadísticos descriptivos del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	<i>Rango</i>
Puntaje General	0	39	12.62	8.64	10	39
Dimensión Cognitiva	0	19	6.36	4.70	5	19
Dimensión Somática	0	22	6.26	4.52	5	22

N=73

Apéndice H

Diferencias en sintomatología depresiva y ansiosa en torno al sexo

Sintomatología	Variables	Mujeres		Hombres		U	p
		Mdn	Rango Promedio	Mdn	Rango Promedio		
Sintomatología depresiva	Puntaje General	11.00	38.05	10.50	33.81	437.50	.461
	Dimensión Cognitiva	3.00	38.14	3.00	33.53	432.50	.420
	Dimensión Somática	7.00	37.71	6.00	34.83	456.00	.617
Sintomatología ansiosa	Puntaje General	11.00	37.32	9.00	34.03	441.50	.562
	Dimensión Cognitiva	6.00	39.15	4.00	30.44	377.00	.129
	Dimensión Somática	5.00	35.60	6.00	39.19	437.50	.526

Nota. * $p < .05$

Apéndice I

Diferencias en sintomatología depresiva y ansiosa en torno a llevar cursos por segunda vez

Sintomatología	Variables	Sin repetencia		Cursos por segunda vez		U	p
		Mdn	Rango Promedio	Mdn	Rango Promedio		
Sintomatología depresiva	Puntaje General	10.00	34.19	13.00	40.41	547.50	.211
	Dimensión Cognitiva	2.50	31.61	4.00	43.53	444.50*	.016
	Dimensión Somática	7.00	36.74	8.00	37.32	649.50	.907
Sintomatología ansiosa	Puntaje General	10.50	34.41	11.00	38.97	562.00	.356
	Dimensión Cognitiva	5.00	35.49	6.00	38.83	599.50	.501
	Dimensión Somática	5.00	34.40	5.00	38.98	561.50	.351

Nota. * $p < .05$