





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA Y SALUD

*RELACIÓN DE LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS
ACADÉMICO CON EL CONSUMO DE TABACO Y
ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA
UAEM-ORIENTE*

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA Y SALUD

PRESENTA

LIC. PATRICIA MARTÍNEZ BLANCAS

COMITÉ TUTORIAL

DIRECTORA: DRA. GEORGINA CONTRERAS LANDGRAVE

CODIRECTOR: DR. ESTEBAN JAIME CAMACHO RUIZ

TUTOR: DR. OSCAR DONOVAN CASAS PATIÑO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM NEZAHUALCÓYOTL
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA Y SALUD



***RELACIÓN DE LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS
ACADÉMICO CON EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL
EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UAEM-ORIENTE***

Tesis

que presenta:

Lic. Patricia Martínez Blancas

para obtener el grado de:

Maestría en Psicología y Salud

Directora:

Dra. Georgina Contreras Landgrave

Codirector:

Dr. Esteban Jaime Camacho Ruiz

Tutor:

Dr. Oscar Donovan Casas Patiño



Ecatepec de Morelos, Estado de México, octubre 2024

Beca CONACYT 95510

Índice

Resumen	15
Abstract	16
I. Revisión de la literatura.....	17
A. Bases teóricas	17
B. Conceptual	20
C. Normativo	24
D. Revisión sistemática	26
E. Aportaciones de otros investigadores	29
II. Planteamiento del problema.....	31
Situación problemática	31
Pregunta de investigación	34
Justificación	34
Objetivos	37
General	37
Específicos	37
Variables	38
Hipótesis	38
Hipótesis de investigación.....	38
Hipótesis nula.....	38
Hipótesis específicas de correlación positiva ($p < .05$)	38
Operacionalización de las variables.....	39

III. Marco metodológico	42
Diseño de la investigación	42
Ubicación de la investigación	42
Sujetos de investigación	42
Muestra	42
Criterios de selección	42
Criterios de inclusión	42
Criterios de exclusión	43
Criterios de eliminación	43
Tipo de fuentes	43
Procedimiento	43
Gestión	43
Recopilación de la información	44
Instrumentos	45
Análisis de la información	48
Prueba de normalidad	49
Prueba de hipótesis	50
Presentación de resultados	51
Aspectos éticos de la investigación	51
IV. Resultados	55
Resultados descriptivos	55
Resultados por objetivos específicos	57
Identificar los síntomas de depresión en los estudiantes de medicina	57

Identificar los síntomas de ansiedad en los estudiantes de medicina	57
Medir el nivel del estrés académico en los estudiantes de medicina	58
Indicar sí existe consumo de tabaco de los estudiantes de medicina	59
Conocer la dependencia a la nicotina en los estudiantes de medicina	60
Indicar si existe consumo de alcohol de los estudiantes de medicina	60
Conocer el consumo de riesgo de alcohol en los estudiantes de medicina	61
Identificar las correlaciones positivas ($p < 0.05$) entre la depresión, ansiedad y estrés académico con el consumo de alcohol y tabaco para su análisis	61
V. Discusión	63
Análisis de resultados	63
Datos socioeconómicos	63
Objetivos específicos	64
Identificar los síntomas de depresión en los estudiantes de medicina	64
Identificar los síntomas de ansiedad en los estudiantes de medicina	64
Medir el nivel del estrés académico en los estudiantes de medicina	65
Indicar sí existe consumo de tabaco de los estudiantes de medicina	66
Conocer la dependencia a la nicotina en los estudiantes de medicina	66
Indicar si existe consumo de alcohol de los estudiantes de medicina	66
Conocer el consumo de riesgo de alcohol en los estudiantes de medicina	67
Identificar las correlaciones positivas ($p < 0.05$) entre la depresión, ansiedad y estrés académico con el consumo de alcohol y tabaco para su análisis	67
VI. Conclusiones	69

Datos Sociodemográficos	69
Por objetivos específicos	69
Por Hipótesis	72
Limitaciones	73
Sugerencias	74
Aportes a la Maestría de Psicología y Salud	75
Referencias	76
Anexos	88

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Operacionalización de las variables</i>	39
Tabla 2. <i>Pruebas de normalidad</i>	50
Tabla 3. <i>Aplicación</i>	55
Tabla 4. <i>Datos Sociodemográficos</i>	56
Tabla 5. <i>Semestre</i>	56
Tabla 6. <i>Síntomas de depresión en los estudiantes de medicina</i>	57
Tabla 7. <i>Síntomas de ansiedad de los estudiantes de medicina</i>	58
Tabla 8. <i>Intensidad percibida del estrés</i>	58
Tabla 9. <i>Nivel del estrés académico de forma individual</i>	59
Tabla 10. <i>Consumo de tabaco</i>	59
Tabla 11. <i>Dependencia a la nicotina</i>	60
Tabla 12. <i>Consumo de alcohol</i>	60
Tabla 13. <i>Consumo de riesgo de alcohol</i>	61
Tabla 14. <i>Correlaciones de las variables de estudio (Anexo 10)</i>	
Tabla 15. <i>Correlaciones positivas ($p < 0.05$)</i>	62
Tabla 16. <i>Otras correlaciones positivas (Anexo 10)</i>	

Resumen

Situación problemática. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al tabaquismo y alcoholismo como un grave problema de salud pública. Por otro lado, se considera que la expectativa de la vida entre los médicos es de diez a quince años menos que la población, asimismo presentan mayores tasas de enfermedades físicas, aunado a índices de alcoholismo, abuso de drogas, suicidios y otras patologías sociales, como lo pueden ser la depresión y ansiedad; al mismo tiempo el estrés en las escuelas de medicina se presenta continuamente, derivado de las cargas académicas. Por lo tanto, la presente investigación tuvo como objetivo establecer los síntomas de depresión, ansiedad y estrés académico con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de medicina.

Método. La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal, correlacional y prospectiva. La muestra fue no probabilística y por conveniencia, la cual después de los criterios de eliminación y datos atípicos, quedó un total de 360 participantes.

Para el análisis de la información se utilizó el software SPSS, donde se obtuvo que el 64% eran de sexo femenino, el 35.8% del sexo masculino y la edad media es de 21 años. Con respecto a la depresión hubo 56 participantes con síntomas severos; 43 con síntomas severos de ansiedad; con un nivel severo de estrés académico 163 participantes; 100 participantes indican haber consumido tabaco en los últimos tres meses y 254 han consumido alcohol, de los cuales 89 están en la zona de alto riesgo. Las correlaciones positivas fueron entre el consumo de alcohol y la depresión, ansiedad, tabaco y semestre que cursan los alumnos. Con respecto al nivel de estrés académico se asoció con la depresión y ansiedad.

Palabras clave. Depresión, ansiedad, estrés académico, consumo de alcohol y tabaco, y estudiantes de medicina.

Abstract

Problem Statement. The World Health Organization (WHO) considers smoking and alcoholism to be a serious public health problem. On the other hand, life expectancy among doctors is considered to be ten to fifteen years less than that of the population, and they also have higher rates of physical illnesses, as well as high rates of alcoholism, drug abuse, suicides, and other social pathologies, such as depression and anxiety. At the same time, stress in medical schools is constantly present, derived from academic workloads. Therefore, this research aims to establish the symptoms of depression, anxiety, and academic stress with tobacco and alcohol consumption in medical students.

Method. This research had a quantitative approach, non-experimental, cross-sectional, correlational and prospective design. The sample was non-probabilistic and by convenience, which after the exclusion criteria and atypical data, a total of 360 participants remained.

For the analysis of the information, the SPSS software was used, where it was found that 64% were female, 35.8% male, and the standard age was 21 years old. Regarding depression, there were 56 participants with severe symptoms; 43 with severe symptoms of anxiety; with a severe level of academic stress 163 participants; 100 participants indicated having consumed tobacco in the last three months and 254 have consumed alcohol, of which 89 are in the high-risk zone. The positive correlations were between alcohol consumption and depression, anxiety, tobacco and the semester that the students are in. With respect to the level of academic stress, it was associated with depression and anxiety.

Keywords. Depression, anxiety, academic stress, alcohol and tobacco consumption, and medical students.

Capítulo I. Revisión de la literatura

Este capítulo se divide en cuatro partes a saber: a) las bases teóricas que fundamentan la investigación y donde se retoman aportaciones que tienen relación con el campo de la psicología, b) un apartado conceptual considerando en ello las variables a investigar, c) el marco normativo existente en México relacionado con el consumo de alcohol y tabaco, y d) la revisión sistemática realizada al inicio de la investigación.

A. Las Bases Teóricas

El consumo de tabaco y alcohol se consideran drogas lícitas y de consumo recreativo, las cuales estimulan al sistema nervioso central. Con respecto al tabaco, uno de sus componentes es la nicotina, la cual puede desarrollar adicción en las personas que lo consumen. Por otro lado, el alcohol puede consumirse en cantidades consideradas de riesgo; dichas drogas sean relacionado con la depresión, ansiedad y estrés. Para esta investigación se especificó la variable de estrés académico, ya que la población son estudiantes de medicina. La psicología fundamenta todo lo anterior con las siguientes teorías:

Psicología de la salud

La Psicología como disciplina científica desprende varias ramas: la clínica, educativa, industrial/organizacional, neuropsicología, salud, etc. De la tal manera, que la psicología de la salud, surge como una necesidad para atender la salud-enfermedad de las personas desde una mirada biopsicosocial y forma interdisciplinar o multidisciplinar, donde se involucran principalmente elementos psicológicos, emocionales, cognitivos y conductuales (Oblitas, 2008), asimismo, demarca a dar solución a los problemas en la salud pública, por lo tanto, enfatiza en ejercer en los ambientes hospitalarios, organizacionales, comunitarios y educativos.

Teoría Cognitiva de Beck

Esta teoría es una de las principales representantes de las explicaciones cognitivas de la depresión (Lakdawalla, et al., 2007). La Teoría expone la existencia de una variación en el sistema de creencias y el proceso de la información (Beck & Shaw, 2010).

Al respecto, surge el modelo cognitivo de la depresión, como respuesta a la interacción entre las observaciones clínicas y el enfoque experimental (Beck, 1963, 1964, 1967, 1976), la cual refiere a una representación cognitiva y señala la manera en como una persona interpreta su mundo interior y exterior, de tal manera, que permite comprender la perspectiva que tiene sobre la información que recibe y la cual puede crear pensamientos negativos, que derivan en una serie de signos y síntomas; al respecto apunta a lo que llaman la triada cognitiva donde, el sujeto vislumbra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro; igualmente, comprende dos constructos más: los esquemas y los errores al momento de procesar la información (Beck et al., 1979).

Teoría cognitiva de las drogodependencias

Teoría desarrollada por Beck y sus colaboradores (1999) de donde surge el modelo cognitivo del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), basado generalmente en las creencias, siendo llamado esquema a la unidad básica del aparato cognitivo, quien guía el procesamiento de la información y los diferentes tipos de creencias como pueden ser: pensamientos automáticos, autoconcepto, etc. En el mismo sentido, se asocian con el uso y provecho según las interpretaciones de las personas y las creencias adictivas como: “puedo sentir descanso, sí fumo” o “sentir la necesidad de un trago para estar contento” y, por otro lado, las creencias anticipadoras en torno al afrontamiento, las cuales emergen ante estímulos externos e internos como: estados ansiosos, eventos sociales, conflictos interpersonales o aislamiento (Toro, 2017).

La triada cognitiva que esta inherente en esta Teoría tiene una consecuencia específica en el abuso de sustancias (Beck et al., 1999) las cuales pueden ser drogas legales, como el tabaco y el alcohol. Al asociar lo anterior con los síntomas depresivos, los fumadores se mantienen bajo control con la nicotina (Moreno et al., 2007) lo que propone una relación entre tales factores.

El modelo cognitivo de la ansiedad

En el modelo cognitivo de la ansiedad de Beck et al. (1985) plantea que el pensamiento de un individuo durante su vida, va formando diferentes esquemas cognitivos, los cuales se pueden distorsionar y asociar cuando se concibe el ser humano amenazado por las circunstancias, Además, se puede generar pensamientos automáticos y esto originar la activación emocional, que aluden a manifestaciones cognitivas o somáticas. Según Clark y Beck (2011) una interpretación errónea o exagerada de amenaza dará lugar a una ansiedad y/o evitación inadecuada o excesiva. Al respecto, la ansiedad patológica es el resultado de pensamientos considerados negativos y distorsionados, donde existe la sobreestimación del peligro y subestimación en momento de afrontarlo, la cual desencadena malestares por ejemplo nauseas, palpitaciones cardiacas, temblor (Beck et al., 1985).

Modelo sistémico cognoscitivista del estrés académico

Este modelo lo analiza como un proceso completo, en el cual existen componentes procesuales que sigue para poder generarse el estrés. Los fundamentos teóricos parten esencialmente de la Teoría de Sistemas (Bertalanfy, 1991) y la Teoría Transaccional del Estrés (Cohen & Lazarus 1979; Lazarus & Folkman, 1986 y Lazarus, 2000) con un enfoque cognitivista, donde ve al ser humano como un sistema abierto y a la cognición como media la interpretación de la demanda para hacerla estresor. La demanda del entorno que se valora como estresante, donde se desborda la capacidad de respuesta para después desencadenar en el organismo una serie de

síntomas o indicadores y el cuerpo humano al tratar de restaurar el equilibrio utiliza ciertas estrategias de afrontamiento. Por lo tanto, este modelo distingue al estrés académico como un estado mental, donde puntualiza tres dimensiones para su investigación: estresores, reacción fisiológica y estrategias de afrontamiento (Barraza, 2006).

Según Barraza (2006), explica que el modelo sistémico cognoscitivista del estrés académico, es una continuación de un proceso donde la peculiaridad de cada individuo valora los estímulos estresores del entorno, el cual reacciona en un desequilibrio sistémico que se va a exteriorizar de modo diferente, en cantidad y variedad, por cada persona.

Por otro lado, Lazarus fue especialmente conocido por la teoría sobre el estrés y las emociones (Ekman & Campos, 2003). El autor refiere que “si bien ciertas presiones y demandas ambientales producen estrés en un número considerable de personas, las diferencias individuales en cuanto a grado y clase de respuesta, son siempre manifiestas” (Lazarus, 1966), se hace presente el estrés cuando el individuo aprecia inseguridad entre las amenazas externas e internas y los recursos con lo que cuenta para sobre imponerse ante dichas circunstancias.

B. Conceptual

Síntoma

Se define como síntoma, a las “alteraciones subclínicas sutiles y subjetivamente experimentadas en el impulso, el afecto, el pensamiento, el habla, la percepción (corporal), la acción motora, las funciones vegetativas centrales y la tolerancia al estrés” (Gross, 1989) y (Huber & Gross, 1989), la cual se aprecia y se menciona como “algo se siente”.

Depresión

La depresión se considera al “trastorno caracterizado por un bajo estado de ánimo y de energía, una autoestima negativa y poco interés en actividades que usualmente serían consideradas placenteras” (American Psychiatric Association, 2013) conocida de manera más coloquial como tristeza.

Síntomas de depresión

Según el National Institute of Mental Health (NIH, 2021) los **síntomas de depresión** son sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o “vacío”, de igual manera, se percibe desesperanza o pesimismo; irritabilidad, frustración o intranquilidad; culpabilidad, inutilidad o impotencia; pérdida de interés o placer en las actividades y los pasatiempos; fatiga, disminución de energía o sensación de que está más lento; dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones; dificultad para dormir, despertarse temprano o dormir mucho; cambios en el apetito o en el peso; dolores y molestias, como dolor de cabeza, calambres o problemas digestivos, estando físicamente bien y que los medicamentos no sanan; intentos o pensamientos de suicidio.

Ansiedad

La ansiedad “es un estado desagradable para el individuo semejante al miedo cuando no hay ningún escenario de aparente peligro. Es una situación de anticipación o temor al posible riesgo que involucre la integridad de una persona; también se incluye como un estado fisiológico de excitación vegetativa, alerta, vigilancia y tensión motora” (Goldman, 2001). Otra definición refiere que “es la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas” (Beck et al., 1985).

Estrés

Acerca del estrés, en la presente investigación se aborda como estrés académico como constructo. El estrés puede ser definido como “una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual. En medicina, el estrés es referido como una situación en la cual los niveles de glucocorticoides y catecolaminas en circulación se elevan” (McEwen, 2000).

Para Barraza (2006) el **estrés académico**, “es un proceso sistémico, de carácter adaptativo y esencialmente psicológico”. Por otro lado, “se define como una reacción de activación fisiológica, emocional, cognitiva y conductual ante estímulos y eventos académicos” (Berrio & Mazo, 2012).

Sustancias psicoactivas

La sustancia psicoactiva se describe en algunos casos como drogas lícitas; la cual “es introducida en el organismo por cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras) produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento. Su consumo puede crear consumo problemático o dependencia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

La prevalencia en el campo de la medicina, “es una medida del número total de personas de un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo (como el tabaquismo o la obesidad) en un momento específico o durante un período determinado” (Instituto Nacional de Cáncer [NCI], 2017).

Alcohol

El alcohol se considera “en terminología química los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos de hidroxilos (-OH). El etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas” (OMS, 1994).

El consumo de alcohol. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) ha establecido que una bebida estándar corresponde a aquella que contiene alrededor de 10 gr de alcohol, semejante a lo contenido en una lata de cerveza de 355 ml al 5%, una copa de vino de 148 ml al 12% o un vaso de destilados de 44 ml al 40%. Otra definición es que consumo de riesgo de alcohol, “es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno” (Pan American Health Organization [PAHO], 1994).

Tabaco

Tabaco es la “planta con hojas que tienen concentraciones altas de nicotina, una sustancia química adictiva. Después de cosecharlas, las hojas de tabaco se añejan, curan y procesan de diferentes maneras. Se obtienen productos que se fuman (cigarrillos, cigarros y pipas), se frotan en las encías (tabaco en polvo y tabaco de mascar) o se inhalan (rapé). Las hojas curadas de tabaco y sus productos contienen muchas sustancias químicas que causan cáncer. El consumo de tabaco y la exposición pasiva al humo de tabaco están muy relacionados con muchos tipos de cáncer y otras enfermedades. El nombre científico de la planta de tabaco más común es *Nicotiana tabacum*” (NCI, 2017a).

Fumar tabaco

Para la OMS (2022) “fumar tabaco es la forma de consumir tabaco más extendida en todo el mundo y perjudicial en todas sus modalidades y no existe un nivel seguro de exposición al tabaco, asimismo, los productos del tabaco autoadministrados que en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco se definen como productos preparados totalmente o en parte utilizando como materia prima hojas de tabaco y destinados a ser fumados, chupados, mascarados o como rapé”.

Nicotina

La nicotina es una sustancia química venenosa y adictiva que se encuentra en el tabaco. También se puede producir en el laboratorio. Cuando entra en el cuerpo, la nicotina hace que el corazón aumente la frecuencia de los latidos y consuma más oxígeno; asimismo, produce una sensación de bienestar y relajación. También se usa como insecticida (NCI, 2017b).

Dependencia a la nicotina

Sobre la dependencia a la nicotina, la cual es componente básico en la elaboración de los cigarrillos, también “es sumamente adictiva y el consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y respiratorias, así como de más de 20 tipos o subtipos diferentes de cáncer y muchas otras enfermedades debilitantes” (OMS, 2023).

C. El marco normativo

En México, para atender la problemática de las principales enfermedades que afectan a la población se ha emitido una serie de documentos normativos en donde se plasman las acciones a realizar en los servicios de salud, tal es el caso de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones. Esta ley muy puntualmente en cuatro artículos expresa lo siguiente:

ARTÍCULO 72. *La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.*

ARTÍCULO 73. *Los servicios y programas en materia de salud mental y adicciones deberán privilegiar la atención comunitaria, integral, interdisciplinaria, intercultural, intersectorial, con perspectiva de género y participativa de las personas desde el primer nivel de atención y los hospitales generales.*

VIII. *La detección de los grupos poblacionales en riesgo de presentar trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas, y de adicciones, preferentemente niñas, niños y adolescentes y miembros de grupos vulnerables.*

ARTÍCULO 186. *Para obtener la información que oriente las acciones contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, se realizarán actividades de investigación en los siguientes aspectos:*

II. *Efectos de la publicidad en la incidencia del alcoholismo y en los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas;*

III. *Hábitos de consumo de alcohol en los diferentes grupos de población, y*

IV. *Efectos del abuso de bebidas alcohólicas en los ámbitos familiar, social, deportivo, de los espectáculos, laboral y educativo.*

ARTÍCULO 189. *Para poner en práctica las acciones contra el tabaquismo, se tendrán en cuenta:*

I. *La investigación de las causas del tabaquismo y de las acciones para controlarlas.*

De igual forma se ha publicado la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, la cual establece los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones.

En sus generalidades establece que:

5.1 Los servicios de atención especializada en adicciones representan, de manera inherente, actividades: a Preventivas, b) De urgencias, c) De tratamiento, d) De rehabilitación y reinserción social, e) Reducción de daños y riesgos, f) De enseñanza y capacitación, y g) De investigación científica.

6.1.3 En caso de considerar estrategias de prevención indicada, el programa deberá dirigirse a personas que no presentan los criterios diagnósticos de adicción pero que muestran signos previos (por ejemplo; consumo de sustancias psicoactivas de manera experimental, problemas de conducta relacionados, etc.).

D. Revisión Sistemática

Para proceder a la redacción del planteamiento del problema fue necesario realizar una revisión de la literatura, en tal sentido esta investigación partió de ella. Se realizó una revisión sistemática, la cual se publicó en el artículo científico que llevó por título “Relación de la depresión ansiedad y estrés académico con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de medicina: Revisión Sistemática” (Martínez-Blancas et al., 2024; Anexo 1). La cual tuvo como objetivo identificar los artículos originales, de igual manera saber las medidas e instrumentos que se utilizaron para evaluar las variables de depresión, ansiedad, estrés, consumo de alcohol y tabaco. De la revisión sistemática realizada se retoman los siguientes hallazgos:

La investigación de Asfaw et al. (2021) del país de Etiopia, tuvo como objetivo determinar la prevalencia e identificar los factores asociados con el estrés y la ansiedad entre los estudiantes de medicina de pregrado de la Universidad de Haramaya.

Indicó en sus resultados que de una muestra de 523 participantes: 230 (44%) manifestaron una prevalencia de estrés; 256 (48.9%) de ansiedad, por otro lado, en sus características clínicas y psicosociales 228 estudiantes (43.6%) presentaron síntomas de depresión. El consumo de alcohol y tabaco se relacionó con el estrés. El instrumento que utilizaron fue la Escala abreviada de depresión, ansiedad y estrés (DAS-21; Lovibond & Lovibond, 1995). Por lo lado, concluyeron que el deficiente apoyo psicológico se asoció con la ansiedad.

Kosendiak et al. (2021), realizaron una investigación en Polonia, con una muestra de 2920 participantes. El objetivo fue analizar grupos de estudiantes de medicina en diferentes períodos de la pandemia, asimismo, se estudió el impacto de la pandemia en el desarrollo de factores estresantes como el consumo de alcohol y el tabaquismo. Al respecto, refirieron en sus hallazgos que en su primera etapa 845 estudiantes fueron calificados con consumo de alcohol. Para la segunda y tercera etapa los consumidores de alcohol fueron de 705 y 684 estudiantes, respectivamente. Para conocer el estado del fumador aplicaron un cuestionario de autoinforme y el Test de dependencia a la nicotina, de Fagerström (1978), hallaron que los estudiantes no tenían dependencia farmacológica a la nicotina, pero que sí existía consumo de tabaco, en la primera etapa 82 estudiantes, 54 y 93 en la segunda y tercera etapa respectivamente.

Bahji et al. (2022) realizó una investigación en Canadá, donde participaron 4438 estudiantes de medicina y su propósito fue examinar la relación del uso de sustancias y la satisfacción profesional, la carga de trabajo académico/clínico y el entorno de la escuela de medicina, considerando actitudes y prácticas. Reportaron que el 46.4% de los estudiantes informaron un consumo excesivo de alcohol en el último mes.

Una investigación realizada en el Líbano por Assaf et al. (2018), que tuvo como muestra 231 participantes y como finalidad explorar la información acerca de sus actitudes y comportamientos de los estudiantes de medicina, en relación al abuso de sustancias estupefacientes, así como determinar el nivel de su prevalencia y predictores psicológicos.

Revelaron estar en riesgo de ansiedad y/o depresión, además que 25% informó fumar y el 57.7% consumían alcohol. El instrumento que se utilizó para conocer el consumo de riesgo de alcohol fue Disorders Identification Test (AUDIT; Babor, 1992).

En Francia se realizó un estudio (Fond, 2020) donde la muestra estuvo compuesta por 4345 participantes, su objetivo fue “explorar el consumo de antidepresivos, ansiolíticos y comportamiento adictivo de los estudiantes de medicina antes y después de los exámenes” p. 25. Concluyen que los alumnos de primer consumen más depresivos y ansiolíticos, mientras que los de segundo más sustancias psicoactivas. El instrumento que se utilizó para conocer el consumo de alcohol fue AUDIT (Babor, 1992).

Una investigación en Bogotá, Colombia de Pereira-Morales y Camargo (2019) con una muestra de 467 estudiantes de pregrado de medicina, evaluó la prevalencia de malestar psicológico y la explicó considerando los factores de riesgo comunes para los trastornos mentales. En sus resultados encontró malestar psicológico (65.9%), de síntomas de depresión (75.3%) y ansiedad (50.5%). Existe consumo de alcohol y tabaco sin ser un factor de riesgo. Concluyen que sus hallazgos son novedosos sobre el funcionamiento familiar, ya que juega un papel importante como factor explicativo.

Se realizó el estudio BOURBON que reclutó por medio de redes sociales y listas de correo una muestra de 10985 estudiantes de medicina franceses. De esta investigación se han desprendido algunos artículos científicos, uno de ellos determinó la prevalencia y consumo de tabaco, así como, se exploró el vínculo entre la presencia de factores psicosociales y el consumo de medicamentos psicotrópicos, la dependencia de la nicotina y el hábito tabáquico diario (Bourbon, 2019). Los instrumentos principales que utilizaron fueron Test de dependencia a la nicotina, Fagerström (Fagerström, 1978) y AUDIT (Babor, 1992).

Fond et al. (2018), evaluó la influencia del género en el seguimiento psiquiátrico y/o psicológico, el consumo de drogas psicotrópicas e ilícitas, las conductas adictivas, la calidad de vida y los motivos.

Concluyeron que los estudiantes de medicina son en su mayoría mujeres. Asimismo, mencionan que las mujeres y los hombres están expuestos de forma diferente al estrés profesional y personal; mientras los hombres se involucraron con sustancias psicoactivas y adicciones, las mujeres recurren mayormente a consumir drogas psicotrópicas y a psiquiatras/psicólogos; según la puntuación obtenida en sus resultados, su calidad de vida física y mental está más deteriorada.

Aportaciones de otros de investigadores

Por otro lado, en investigaciones realizadas en diferentes países y momentos se ha observado que hay presencia de síntomas de depresión, ansiedad en estudiantes de medicina, asimismo, Fouilloux et al. (2013) refieren que la depresión es más alta en los estudiantes de medicina en comparación a la población en general. Según Leyro et al. (2009) el consumo de tabaco en parte se da como una forma de aliviar el estrés y las respuestas emocionales negativas, como es el caso de la ansiedad.

Según Goebert et al. (2009) la prevalencia de depresión que ha sido reportada entre los estudiantes de medicina va desde un 2 hasta un 35%, lo cual se asocia a factores estresantes que conlleva la carga de la licenciatura en medicina. Aunado a esto, en estudios anteriores se ha identificado que los estudiantes de medicina experimentan altas tasas de depresión e ideación suicida (Jovanoviy et al., 2019). Asimismo, se manifestó que particularmente estos estudiantes dentro de su formación académica conocen de las patologías de cada padecimiento, como es el caso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o los diferentes tipos de cáncer y aun conociendo el daño sistémico, llegan a consumir tabaco y alcohol.

Por su parte, Granados et. al (2020), en comparación con otras licenciaturas son en los estudiantes de medicina donde se indica una mayor posibilidad de ansiedad, depresión y conducta suicida, agudizándose al final de la carrera.

En México en el 2022, se realizó un estudio que tuvo como propósito determinar el nivel de estrés académico que existe en los estudiantes de la Licenciatura en Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro, donde se administró el Inventario SISCO- SV21, y reportaron en sus resultados que el 60% se percibe con un alto nivel de estrés. Finalmente, concluyen que los programas de mantenimiento de la salud deben crearse para que los estudiantes de medicina se desarrollen de manera integral en su formación (González et al., 2024).

En el estado de Veracruz, Huerta et al. (2023) hicieron una investigación que tuvo como objetivo relacionar el estrés y el rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Médico Cirujano de una universidad mexicana de la región sur sureste. Refieren en sus hallazgos que su muestra de 118 participantes manifestó tener un nivel alto de estrés académico (74%).

Se realizó un estudio en Tabasco (Cruz-Salomón et al, 2020), el cual tuvo como finalidad determinar el consumo de drogas legales e ilegales en la población estudiantil de Medicina de la División Académica de Ciencias de la Salud (DACCS) de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT), reportan que de las drogas legales de mayor consumo es el alcohol con un 72%.

Capítulo II. Planteamiento del problema

Situación problemática

El tabaco y alcohol o etanol se encuentran dentro de las sustancias psicoactivas, también conocidas como de uso recreativo u drogas lícitas, socialmente aceptadas y de fácil adquisición (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022), al menos en México porque se consiguen sin mayor restricción cumpliendo la mayoría de edad.

El tabaquismo es un grave problema de salud pública, según Global Burden of Disease (2019) es causa de ocho millones de muertes cada año, donde en cerca de 1.2 millones se deben a exposición de humo ajeno (OMS, 2023).

El consumo de tabaco refiere a los productos auto administrados que, en el Convenio del marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los define como “productos preparados totalmente o en parte utilizando como materia prima hojas de tabaco y destinados a ser fumados, chupados, mascados o utilizados como rapé” (2022), donde uno de sus componentes es la nicotina, la cual puede desarrollar adicción. Por lo tanto, el tabaco es dañino en cualquiera de sus formas, por lo tanto, no hay un nivel seguro ante la exposición del tabaco (OMS, 2022).

Es importante saber que México colabora en encuestas mundiales, entre ellas la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Estudiantes de la Salud (GHPSS) organizada por la OMS y otras dependencias, la última fue realizada en 2006, donde participaron 14 escuelas de medicina y 13 escuelas de odontología nacionales. Se encuestaron a 3,871 estudiantes de medicina y 1,949 de odontología que cursaban el tercer año de su carrera. Los resultados que obtuvieron indicaron que el 75.1% de los estudiantes de medicina 83.7% de los de odontología manifestaron haber fumado cigarrillos alguna vez en su vida y 33.3% y 43.6 % respectivamente, lo consumían en aquel tiempo (Reynales et al., 2007).

En datos recientes, específicamente el informe mundial emitido por la OMS (2022) sobre las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco indicó que, en el 2020, el 22.3% de la población mundial consumía tabaco (el 36.7% eran hombres y el 7.8% mujeres).

Por otro lado, sobre el tema de alcohol, la OMS (2018) estimaba que a nivel mundial había 2,300 millones de personas que lo consumían, asimismo, el 45% del alcohol total registrado se consume en forma de bebidas de procedencia de la destilación de materias primas como la uva, frutos, etc., siendo la cerveza la segunda bebida alcohólica en términos de alcohol puro consumido con 34%, seguida del vino con el 12%.

En tal sentido, la OMS (2021) calcula que 283 millones de individuos con más de 14 años sufren trastornos por el consumo de alcohol como sustancia psicoactiva, es decir, el 5.1% de los adultos en el mundo.

En un estudio sobre el uso de drogas y estudiantes de medicina brasileños, obtuvieron en sus resultados que el consumo de alcohol y tabaco fueron las drogas lícitas más consumidas entre estos estudiantes (Candido et al., 2018).

Con relación al doctor Hennis, director del Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental de la OPS (2022) en Washington, en un nuevo reporte sobre el tabaco indicó que causa casi un millón de muertes anuales, en la región de las Américas y es la única droga lícita que mata hasta a la mitad de los que lo consumen.

La OPS (2022) calcula que el consumo de alcohol en las Américas es del 40% mayor que el promedio mundial y México, aunque no se encuentra dentro de los primeros tres lugares de los países que beben más en esta región, sí se sitúa en el décimo sitio (Moreno, 2015).

En México en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, según la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC, 2021), en su informe sobre la situación de la salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, comunicó que el 35.8% de sus participantes

habían consumido sustancias como alcohol, tabaco, drogas ilegales o medicamentos sin prescripción, el 43.2% fueron hombres y 31.3% mujeres.

Por su parte la Encuesta Nacional de Consumo de Droga, Alcohol y Tabaco (ENDODAT, 2017) reportó en sus resultados globales sobre el consumo de tabaco en México que 14.9 millones de mexicanos son fumadores actuales, donde 3.8 millones son mujeres y 11.1 millones hombres, asimismo, 5.4 millones fuman diariamente y 9.4 millones fuman de forma ocasional.

Entre sus hallazgos importantes sobresale la prevalencia global del tabaquismo en México que es de 17.6 %, así como la edad promedio de inicio del consumo de tabaco diario es a los 19.3 años (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM] et al., 2017), la cual es importante resaltar, ya que, es la edad donde la personalidad se instaura, se da paso a la adultez y al paso de la vida universitaria.

En el Estado de México, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENDODAT) reportó que de una población de 11.8 millones entre las edades de 12 y 65 años, 2.3 millones de mexiquenses eran fumadores actuales, de los cuales 794 mil fuman diariamente y 1.6 millones fuman de forma ocasional (INPRFM et al., 2017) por lo tanto, las estadísticas indican que el consumo de tabaco y alcohol, en algunas ocasiones pueden tener una relación estrecha.

Por otro lado, la Secretaría de Educación Pública (SEP) en su boletín informativo señaló que la tasa de deserción escolar en el nivel de educación superior fue de 8.1 % (SEP, 2023), es decir, no especifica que sea el caso de alguna licenciatura en especial, por lo tanto, a nivel licenciatura el abandono se da de forma general.

Sin duda, por la demanda social en la zona Oriente del Estado de México la Universidad Autónoma del Estado de México imparte la Licenciatura en Medicina en la Unidad Académica Profesional Chimalhuacán, donde aún no hay investigaciones publicadas que concatenen las

variables de depresión, ansiedad, estrés académico, consumo de tabaco y alcohol, por lo tanto, desde el campo del conocimiento de la Maestría en Psicología y Salud, es importante realizar un estudio que indique dichos índices, con el propósito detectar su alcance en los estudiantes de medicina.

Pregunta investigación

Por lo anterior, surge la siguiente pregunta investigación:

¿Qué relación existe entre los síntomas de depresión, ansiedad y estrés académico, con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de medicina de la UAEM-Oriente?

La respuesta a esta pregunta encauzó el desarrollo de la presente investigación.

Justificación

Con base a la revisión empírica revisada, se identificaron las estadísticas existentes sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la población mexicana, las cuales muestran cifras importantes, se debe considerar que, en las aulas de educación superior, son los estudiantes de medicina sector que indica una mayor tasa de depresión y estrés académico, debido a las cargas que se suscitan dentro de su formación académica y al igual que la ansiedad, se consideran una problemática actual y existente en la población joven.

Actualmente la Universidad Autónoma del Estado de México imparte la Licenciatura en Medicina en la Unidad Académica Profesional Chimalhuacán y al considerar la información sobre las estadísticas en México, que convierten en referente en la presente investigación. Resulta de especial interés el conocer y detectar en mayor medida la relación de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés académico con el consumo de tabaco y alcohol en estos estudiantes de medicina, convirtiéndose en una evidencia más sobre la problemática de estudio.

Si bien, el objeto de estudio es el consumo de tabaco y alcohol en la población de estudiantes de medicina, es importante señalar que, según la revisión sistemática realizada, diferentes investigaciones han encontrado asociación con la depresión, ansiedad y estrés, cabe señalar que con la finalidad de enriquecer este estudio se contempló al estrés específicamente como académico. Por otro lado, como ya se ha mencionado el sector de los estudiantes de medicina indican mayores tasas en depresión con respecto al resto de la población.

Aunado a esto y tomando en cuenta a la Ley Federal de Salud en su artículo 186 donde refiere que una forma de obtener información sobre el consumo de alcohol es haciendo investigación en los diferentes grupos de población entre ellos el educativo, como es en este caso.

Asimismo, derivado de la revisión en la literatura y los hallazgos sobre la relación de la depresión, ansiedad y estrés académico con el consumo de tabaco y alcohol la mejor forma de obtener el conocimiento sobre este tema, es con los instrumentos BDI-II Inventario de Depresión de Beck (Beck et al., 1987); Inventario de ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI; Beck et al., 1988; Beck y Steer, 1993); Inventario de Estrés Académico, SISTémico COgnoscitivista (SISCO), en su segunda versión (Barraza, 2018); cuestionario adaptado del Test de Fagerstrom para la Dependencia a la Nicotina (FTND; Fagerström, 1978) diseño tomado de EC0897 y cuestionario adaptado de AUDIT (Babor et al., 1992) diseño tomado de EC0897, los cuales son confiables y validados para población mexicana.

Los hallazgos de la presente investigación ayudaron generar conocimiento científico para la detección del problema en cualquiera de las variables de depresión, ansiedad y estrés académico en relación con el consumo de tabaco y alcohol, así como las formas de prevenirlo y controlar estos problemas de salud en el contexto de estudiantes de medicina, lo cual es significativo para la comunidad estudiantil, ya que dichos estudiantes serán la fuerza trabajadora de la salud profesional.

Al mismo tiempo, la presente investigación es novedosa ya que, en la actualidad en el Estado de México, no se cuentan con estudios publicados que concatenan los factores de depresión, ansiedad, estrés académico, consumo de tabaco y alcohol en la población de estudiantes de medicina y aún menos en la Unidad Académica Profesional Chimalhuacán, por lo que es conveniente para afianzar mayor conocimiento e identificar la magnitud de la relación de dichas variables.

En este mismo sentido, los resultados de esta investigación es un parteaguas para generar nuevas y eficientes estrategias, programas de prevención e intervención dentro del mismo Campus de la UAEM que sean accesibles y de beneficio para los estudiantes, lo que permitirá impactar positivamente en la salud de los estudiantes y su paso por la universidad, ya que de acuerdo a lo establecido por las normas oficiales Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 y Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones se podrán establecer estrategias de prevención dentro de la UAP Chimalhuacán pudiéndose extender a otros espacios de la misma universidad.

Esto también conlleva con la Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud, la cual es una red de Instituciones de educación superior comprometidas con la promoción de salud en el entorno escolar, así como, con la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud la cual propone al interior de cada institución educativa, operacionalizar con el enfoque de Universidad Promotora de la Salud (UPS) una estructura y programa formal de actividades sistemáticas de Promoción de la Salud donde toda la comunidad universitaria se vea incluida en su implementación como lo son los estudiantes.

El estudio tiene utilidad metodológica, ya que podrían realizarse investigaciones en un futuro que sean compatibles, de esta forma posibilitar análisis conjuntos y comparaciones con otros grupos de la comunidad educativa.

De igual forma los resultados se sumarán a las evidencias necesarias que deben existir para ir conformando el campo del conocimiento de la misma Maestría en Psicología y salud, pues se sumaría a las líneas de investigación ya existente, ya que la propia naturaleza de la formación médica involucra exigencias particulares.

Es de hacer notar que, debido a que se contó con recursos limitados para la realización de la investigación, con los que se contó fueron utilizados de forma responsable tanto humanos como económicos, lo que hizo viable la investigación.

Objetivos

General

Establecer la relación que existe entre la depresión, ansiedad y estrés académico con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de medicina.

Específicos

- Identificar los síntomas de depresión en los estudiantes de medicina
- Identificar los síntomas de ansiedad en los estudiantes de medicina
- Medir el nivel del estrés académico en los estudiantes de medicina
- Indicar si existe consumo de tabaco de los estudiantes de medicina
- Conocer la dependencia a la nicotina en los estudiantes de medicina
- Indicar si existe consumo de alcohol de los estudiantes de medicina
- Conocer el consumo de riesgo de alcohol en los estudiantes de medicina
- Identificar las correlaciones positivas ($p < 0.05$) entre la depresión, ansiedad y estrés académico con el consumo de alcohol y tabaco de estudio para su análisis.

Variables

Objeto de estudio: consumo de tabaco y alcohol.

Asociadas: depresión, ansiedad y estrés académico.

Hipótesis

Hi: Los síntomas de depresión, ansiedad y estrés académico se relacionan de manera positiva ($p < .05$) con el consumo de tabaco y alcohol en los estudiantes de medicina.

Ho: Los síntomas de depresión, ansiedad y estrés académico no se relacionan de manera positiva ($p < .05$) con el consumo de tabaco y alcohol en los estudiantes de medicina.

Hipótesis específicas de correlación positiva ($p < .05$)

Ha: Los síntomas de depresión, se relacionan de manera positiva con el consumo de alcohol en los estudiantes de medicina.

Ha: Los síntomas de ansiedad, se relacionan de manera positiva con el consumo de alcohol en los estudiantes de medicina.

Ha: El nivel de estrés académico, se relacionan de manera positiva con los síntomas de depresión.

Ha: El nivel de estrés académico, se relacionan de manera positiva con los síntomas de ansiedad.

Operacionalización de las variables

Para la operacionalización de la depresión, ansiedad, estrés académico, consumo de tabaco y alcohol, se llevó a cabo según la **Tabla 1**.

Tabla 1.

Operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Tipo de variable	Dimensión operacional	Indicador	# de Ítem	Medición con los Instrumentos
Depresión	Síndrome que se caracteriza por la presencia de tristeza, desesperanza, autodepresión e inutilidad, donde la pérdida de autoestima y el incentivo se asocia a creer no poder conseguir las metas planteadas (Lovibond & Lovibond, 1995)	Cuantitativa	Cognitiva-afectiva	Tristeza	1	BDI-II Inventario de Depresión de Beck (Beck et al., 1987)
				Pesimismo	2	
				Fracaso	3	
				Pérdida de placer	4	
				Sentimientos de culpa	5	
				Sentimientos de castigo	6	
				Disconformidad con uno mismo	7	
				Autocrítica	8	
				Pensamientos o deseos suicidas	9	
				Llanto	10	
				Agitación	11	
				Pérdida de interés	12	
				Indecisión	13	
				Desvalorización	14	
			Somática	Irritabilidad	15	
				Pérdida de energía	16	
				Cambios en los hábitos de sueño	17	
				Cambios en el apetito	18	
				Dificultad de concentración	19	
				Cansancio o fatiga	20	
				Pérdida de interés en el sexo	21	
Ansiedad	Es un estado desagradable para el individuo semejante al miedo cuando no hay ningún escenario de aparente peligro (Goldman, 2001).	Cuantitativa	Somático	Entumecimiento, hormigueo	1	Inventario de ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI; Beck et al., 1988; Beck y Steer, 1993).
				Oleadas de calor o bochornos	2	
				Debilidad y temblor en las piernas	3	
				Incapaz de relajarme	4	
				Sensación de mareo	6	
				Palpitaciones o aceleración cardiaca	7	
				Falta de equilibrio	8	
				Sensación de ahogo	11	
				Temblor de manos	12	
				Agitación	13	
				Dificultad para respirar	15	
				Indigestión o molestias abdominales	18	
					19	
					20	

				Desmayos	21	
				Enrojecimiento de la cara		
			Cognitivo	Sudoración (no por calor)	4	
					5	
					9	
				Incapaz de relajarme	10	
				Miedo a que pase lo peor	14	
				Terror	16	
				Nerviosismo	17	
				Miedo a perder el control		
				Miedo a morir		
				Asustado		
Estrés académico	“Se define como una reacción de activación fisiológica, emocional, cognitiva y conductual ante estímulos y eventos académicos” (Berrio, N., y Mazo, R. 2012)	Cuantitativa	Estrés académico	Presencia e intensidad	1 y 2	Inventario SISTémico COgnoscitivista, 2da. versión. (Barraza, 2018).
				Estresores	3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9	
				Síntomas	10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16	
				Estrategias de afrontamiento	17, 18, 19, 20, 21, 22 y 23	
Tabaco	Fumar tabaco es la forma de consumir tabaco más extendida en todo el mundo y perjudicial en todas sus modalidades y no existe un nivel seguro de exposición al tabaco (OMS, 2022). La nicotina es una sustancia química venenosa y adictiva que se encuentra en el tabaco (Instituto Nacional del Cáncer, 2017).	Cuantitativa	Consumo de tabaco	Prevalencia	6	Cuestionario adaptado del Test de Fagerstrom para la Dependencia a la Nicotina (FTND) (Fagerström, 1978). Diseño tomado de EC0897 para población mexicana.
				Dependencia a la nicotina	7, 8 y 9	
Alcohol	Para cuantificar la cantidad consumida la OMS (2001) ha establecido que una bebida estándar es aquella que	Cuantitativa	Consumo de alcohol	Prevalencia	1	Cuestionario adaptado de AUDIT (Babor et al., 1992) Diseño tomado de EC0897 para población mexicana.
				Consumo de riesgo	2, 3 y 4	

contiene
alrededor de 10
gr de alcohol,
semejante a lo
contenido en
una lata de
cerveza de 355
ml al 5%, una
copa de vino de
148 ml al 12% o
un vaso de
destilados de 44
ml al 40%.

Nota. Elaboración propia. Grupo técnico de elaboración del EC0897: Facultad de medicina UNAM, Facultad de Psicología UNAM, HGM, INER, INCAN, INPRF, CONADIC, ISSSTE e ISSEMYN.

Capítulo III. Marco metodológico

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo ya que la información que se recopiló para el cumplimiento de los objetivos específicos son datos numéricos.

Diseño de la investigación

La recopilación de la información se realizó en una sola ocasión lo que permite decir que fue transversal, así mismo esto la caracteriza como no experimental. De la misma forma al programarse un tiempo para esa recuperación de información fue prospectiva.

Ubicación de la investigación

Se contempló realizar la investigación en la Unidad Académica Profesional Chimalhuacán perteneciente a la Universidad Autónoma del Estado de México.

Sujetos de investigación

La población fueron estudiantes universitarios de la Licenciatura en Medicina.

Muestra

La muestra fue no probabilística y por conveniencia. La unidad de análisis fueron los estudiantes de medicina que cumplieron con los criterios de selección.

Criterios de selección

- **Criterios de inclusión:** estudiantes de la Licenciatura en Medicina que estuvieron inscritos en la Unidad Académica Profesional Chimalhuacán, que tuvieran la mayoría de edad, que aceptaron participar y que proporcionaron su consentimiento informado por escrito.

- **Criterios de exclusión:** estudiantes que no fueran de la Licenciatura en Medicina, que no estuvieran inscritos en la Unidad Académica Profesional Chimalhuacán, que no aceptaron participar o no proporcionaron su consentimiento informado por escrito.
- **Criterios de eliminación:** aquellos instrumentos que no estuvieran llenados en su totalidad, que fueran ilegibles, que manifestaron su deseo de retirarse de la investigación o que no dieron su consentimiento informado por escrito.

Tipo de fuentes

El tipo de fuentes **fueron** primarias ya que se procedió a recolectar los datos directamente de los sujetos de estudio.

Procedimiento

En primer lugar, se procedió a tramitar el consentimiento por parte del Comité de Ética de Investigación del Centro Universitario UAEMEX Nezahualcóyotl, el cual avaló el desarrollo del protocolo con el no. CEIN/2023/018 (Anexo 2).

a) Gestión

Se gestionó ante la Unidad Académica Profesional Chimalhuacán el permiso para la aplicación de los instrumentos. A continuación, se hizo publicó el material de reclutamiento, el cual no contuvo información que pudo influir indebidamente en la persona para que acepte participar en la investigación. El material de reclutamiento fue consistente con las normas culturales, políticas y sociales de los participantes, de su comunidad y la normatividad vigente (Anexo 3).

En tal sentido, los estudiantes que decidieron participar por su propia voluntad, se les dio una breve y puntual explicación en qué consistía la investigación, su participación y se aclararon todas las dudas que surgieron.

Posteriormente se les entregó el consentimiento informado, sin coacción lo firmen y lo entregaron al investigador. Asimismo, se les entregó los instrumentos a los estudiantes de medicina para contestarlos de dos formas: escritos, en su modalidad de pluma y papel; o por Forms, este último, el acceso fue por medio de un QR que se les proporcionó. Finalmente, fueron entregados los instrumentos al investigador para su análisis.

b) Recopilación de la información

Para dar cumplimiento al objetivo general que dice *“Establecer la relación entre los síntomas de depresión, ansiedad y estrés académico con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de medicina”* fue necesario desempeñar cada uno de los objetivos específicos y el lugar donde se aplicaron los instrumentos a los estudiantes de medicina fue en la UAEM, Unidad Académica Profesional Chimalhuacán, los cuales se contestaron de dos formas por Google forms y escritos, por lo que:

Para el primer objetivo *“Identificar los síntomas de depresión en los estudiantes de medicina”*, se aplicó el BDI-II Inventario de Depresión de Beck.

En el segundo objetivo específico *“Identificar los síntomas de ansiedad en los estudiantes de medicina”*, se utilizó el Inventario de ansiedad de Beck con la que se obtuvieron los datos.

Para cumplir el tercer objetivo que dice *“Medir el estrés académico percibido en los estudiantes de medicina”* se ocupó el Inventario SIStémico COgnoscitivista, 2da. versión.

El cuarto objetivo donde se requiere *“Indicar la prevalencia de consumo de tabaco de los estudiantes de medicina”* se obtuvo con el Cuestionario adaptado del Test de Fagerstrom para la Dependencia a la Nicotina, diseño de EC0897.

Para el quinto objetivo específico donde es importante “*Conocer la prevalencia de la dependencia a la nicotina en los estudiantes de medicina*” de la misma forma con el Cuestionario adaptado del Test de Fagerstrom para la Dependencia a la Nicotina, diseño de EC0897.

El sexto objetivo donde se busca “*Indicar la prevalencia de consumo de alcohol de los estudiantes de medicina*” se empleó el Cuestionario adaptado de AUDIT, diseño tomado de EC0897.

Para el séptimo objetivo “*Conocer el consumo de riesgo de alcohol en los estudiantes de medicina*” de igual manera se vale del Cuestionario adaptado de AUDIT, diseño tomado de EC0897.

Finalmente, el octavo objetivo “*identificar las correlaciones positivas ($p < 0.05$) entre la depresión, ansiedad y estrés académico con el consumo de alcohol y tabaco para su análisis*”, las cuales se realizaron el programa SPSS.

Instrumentos

El **BDI-II Inventario de Depresión de Beck**, fue diseñado por Beck y Steer (1993) para valorar los síntomas de depresión, cuenta con un alfa de Cronbach .86 y fue validado para población mexicana por Jurado et al. (1998). Es de fácil aplicación, ya que, se puede autoadministrar, el cual consta de 21 ítems que permiten medir en adultos y adolescentes a partir de los 13.

Cada ítem permite señalar alguna característica de la depresión y para ello la persona tendrá que valorarse como se ha visto afectada durante las últimas dos semanas, usando las respuestas tipo Likert que el inventario ofrece, para lo cual, cada ítem tiene un rango de valor de 0 a 3 puntos. Para la puntuación se solicita sumar las elecciones de los 21 ítems, en tal sentido que de 0-13 = mínimo; de 14-19 = leve; 20-28 = moderado y de 29-63 severo, por lo tanto, a mayor puntuación mayores síntomas depresivos, si en algún momento se eligen dos respuestas, se opta por la de mayor valor. La máxima puntuación que se puede alcanzar es de 63 puntos. Dentro de sus consideraciones generales se sugiere un lugar tranquilo con buena iluminación, el tiempo de su administración requiere entre 5 y 10 minutos (Anexo 4).

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI). Fue diseñado por (Beck et al., 1988), para evaluar los síntomas de ansiedad. Se especifica una alta consistencia interna ($\alpha = .84$), elevado coeficiente de confiabilidad test-retest ($r = .75$), una estructura factorial de cuatro componentes principales y validado para población mexicana (Robles et al., 2001).

Instrumento de autoinforme de 21 ítems (Anexo 5) que permite evaluar los síntomas de ansiedad, para lo cual, la persona tiene que elegir una respuesta de cuatro que se presenta por ítem y cada uno de ellos se puntúa en un rango de 0 a 3, donde la puntuación 0 = "en absoluto"; 1 = "levemente, no me molesta mucho"; 2 = "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y 3 = "severamente, casi no podía soportarlo".

Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

00–21 - Ansiedad muy baja

22–35 - Ansiedad moderada

Más de 36 - Ansiedad severa

Inventario de Estrés Académico, SIStémico COgnoscitivista (SISCO), en su segunda versión (Barraza, 2018) con una confiabilidad de alfa de Cronbach .85; se utiliza para la medición y el estudio del estrés académico.

Lo constituyen 23 ítems de los cuales, uno es tipo dicotómico y es un filtro para determinar si el individuo es candidato a contestar el cuestionario o no; el resto son tipo Likert, uno más mide la intensidad del estrés de cinco valores numéricos que van del 1 (es poco) al 5 (es mucho) se puede utilizar si se requiere o eliminarlo.

Los siguientes 21 ítems, se dividen, donde cada siete ítems sirven para identificar la frecuencia: de si los estímulos estresores provienen del entorno, con la cual se presentan los síntomas ante el estímulo estresor y los últimos siete ítems del uso de las estrategias de afrontamiento; todos de seis valores categoriales: nunca, casi nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre. Por su diseño es autoadministrado, con una duración para su aplicación de 20 a 25 minutos (Anexo 6).

Consumo de alcohol y tabaco

Para fines de esta investigación se utilizó un cuestionario revisado y adaptado para ser aplicado en menor tiempo y validado por un grupo de expertos en México que participaron en el diseño del EC-0897, el cual es el estándar de Competencia que consiste en realizar un cuestionario/entrevista para detectar el consumo de alcohol/tabaco y basado en el cuestionario de **AUDIT** que fue elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un procedimiento fácil de cribado del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la valoración breve.

El cuestionario consumo de bebidas alcohólicas está compuesto por cuatro ítems, la primera tipo dicotómica refiere si se ha consumido bebidas alcohólicas los últimos tres meses; los siguientes tres ítems facilitan conocer la zona de riesgo que se encuentra el individuo, son

tipo Likert y con valor de bajo, medio y alto dependiendo de la respuesta. Siendo que 0 puntos= zona de no riesgo; de 1 a 3 puntos= zona de bajo riesgo y de 4 o más puntos= zona de alto riesgo (Anexo 7).

De igual manera, se usa un cuestionario del diseño EC-0897 validado por expertos, basado en **el Test de Fagerström** (Fagerström, 1978) que parte de la premisa de que la nicotina es el reforzador primario de la conducta de fumar, se ha traducido en diferentes idiomas y también existe una versión española (Becoña & Vázquez, 1998) que avala la utilidad de este test.

El cuestionario de consumo de tabaco consta de 5 ítems, el primero ítem es de respuesta dicotómica (si/no) y permite conocer si se ha consumido tabaco en los últimos tres meses, los siguientes tres ítems permiten conocer el tipo de dependencia a la nicotina (bajo, medio y alto), dos de ellos son de índole Likert y un rango de valor del 0 al 3 y el último tipo dicotómico (si/no) con valor 1 y 0. Con tiempo de administración de 3 minutos.

Por último, es importante mencionar que los instrumentos contienen términos y secciones que son comprensibles y claros para los participantes. En el mismo sentido, los instrumentos seleccionados no implican mayor riesgo para los participantes que otros conocidos que pudieran conducir a resultados similares (Anexo 8).

Después de la aplicación de los cuestionarios se construyó la base de datos en Excel, posteriormente se analizó en el software SPSS.

Análisis de la información

En el periodo de agosto a noviembre del 2023, se obtuvo la muestra, la cual fue de 389 estudiantes de medicina, por criterio de eliminación se descartaron los datos de tres sujetos, ya que no llenaron en su totalidad los cuestionarios.

Se realizó la base de datos en el programa Excel y para el análisis de la información se utilizó el software SPSS, por sus siglas en inglés, que significa Statistical Package for the Social Sciences (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales).

En este sentido, se realizó la prueba Mahalanobis para aceptar o rechazar los datos atípicos, donde la instrucción según Hair, et. al. (1999) se deben identificar todas las probabilidades menores a <0.001 para su eliminación, en este caso resultaron 26 datos.

Prueba de normalidad

Una vez que se obtuvo la versión final de la base de datos con una muestra de 360 sujetos, se realizó la prueba para el análisis de la normalidad multivariada y continuando la regla se plantearon las siguientes hipótesis:

H₀. Los datos tienen una distribución normal.

H_a. Los datos no tienen una distribución normal.

Se determinó trabajar con un nivel confianza del 95% y un margen de error del 5%. La decisión se estipuló bajo las siguientes premisas:

1. Sí p-valor es **menor o igual** que el margen de error, se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se acepta la hipótesis alternativa (H_a).
2. Sí p-valor es **mayor** que el margen de error, se acepta la hipótesis nula (H₀) y se rechaza la hipótesis alternativa (H_a).

En el primer caso no sigue una distribución normal, por lo tanto, se usarían no pruebas paramétricas, y en el segundo caso, existe una distribución normal y se emplearían pruebas no paramétricas.

En tal sentido, fue importante realizar una prueba de bondad para saber que distribución siguen nuestros datos, se elige para la presente investigación la prueba de Kolmogorov-Smirnov, porque se usa variables cuantitativas y la muestra es mayor a 50, ya que, la prueba

de Shapiro-Wills es para una muestra igual o menor a 50. Lo anterior en base a lo estudiado por Romero-Saldaña (2016).

Se realizó la prueba de normalidad en el programa SPSS y se obtuvo la **Tabla 2**, como se puede observar al tener datos menores o iguales al margen de error (5%), es decir, todos los datos obtenidos en el estadístico son menores o iguales 5%, por ello se confirma la aprobación la hipótesis alternativa, que a la letra dice “Los datos no tiene una distribución normal”, por lo tanto, se usan pruebas no paramétricas.

Tabla 2

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Edad	.187	360	.000	.665	360	.000
Sexo	.414	360	.000	.607	360	.000
BDITOTAL	.065	360	.001	.973	360	.000
BAITOTAL	.096	360	.000	.952	360	.000
CTTOTAL	.535	360	.000	.135	360	.000
CATOTAL	.175	360	.000	.904	360	.000
SISCOTOTAL	.050	360	.031	.992	360	.044

Nota: Elaboración propia.

Prueba de Hipótesis

Para la prueba de hipótesis fue necesario saber cuál era el nivel de medición de las variables y en el caso de las correlaciones al ser variables ordinales y no tener una distribución normal, se utilizó la no paramétrica de Rho de Spearman, la cual se encarga de estimar la asociación (si existe o no), con un coeficiente de relación que marco intensidad y estableció su dirección.

Para el coeficiente de correlación existen varias formas de interpretarlo, donde se considera diferentes baremos, que según Hernández y Pascual (2018) una correlación débil

está en 0.10 y 0.29 mientras que, la moderada se encuentra entre 0.30 y 0.50; las cuales resultaron en esta investigación.

Presentación de resultados

Los resultados se tornan por cada objetivo específico y los cuales se presentan en tablas que indican su frecuencia y principales derivaciones estadísticas.

El diseño de investigación no interfiere con la prestación de los servicios de salud que tiene derecho los participantes.

Aspectos éticos de la presente investigación

Internacionalmente existen una serie de documentos que sugieren el cumplimiento de aspectos éticos dentro de toda investigación que se realice con seres humanos.

Por ejemplo, el código de Núremberg señala la obligación de solicitar el Consentimiento Informado, expresión de la autonomía del paciente, la cual se considera en esta investigación.

Otro documento a considerar es la Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial en su propuesta de los principios éticos, donde la investigación jamás debe prevalecer sobre consideraciones relacionadas con el bienestar de las personas.

De igual forma las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, en su el número 7 refiere al involucramiento de la comunidad e indica trabajar conjuntamente participantes y comunidad. Asimismo, el involucramiento de la comunidad es valioso para llevar la investigación a buen término y ayuda a asegurar el valor social y ético y el resultado de la investigación propuesta.

Otra pauta más a considerar es la 8 donde señala que las asociaciones de colaboración y formación de capacidad para la investigación y la revisión de la investigación, en este caso,

la investigación se somete a una revisión ética y científica por parte de comités de ética de la investigación competentes e independientes, y realiza por equipos de investigación competentes.

Finalmente, la pauta 9, donde señala que las personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado, por lo tanto, los investigadores tienen el deber de dar a los posibles participantes en una investigación la información pertinente y la oportunidad de dar su consentimiento voluntario e informado para participar en una investigación o de abstenerse de hacerlo.

En virtud de que la investigación no incluye personas menores de edad no es necesario obtener el asentimiento informado.

Para la protección de sujetos humanos en la experimentación se tiene presente al Informe Belmont, donde hay una diferencia entre la investigación y la práctica, es decir, entre tres principios éticos básicos, y observaciones sobre la aplicación, pues brinda un marco de análisis que guía a la defensa de los derechos humanos.

A nivel nacional, en México el Código de Ética de Psicología, en su apartado calidad de enseñanza /supervisión e investigación, nos proporciona la manera en que debe de conducir la investigación en sus artículos 47, 48 y 49, donde da importancia a tomarse en cuenta a las leyes federales, estatales y normas profesionales cuando participan personas y sujetos animales.

De igual forma la Ley General de Salud en su artículo 100 establece que cuando se hace investigación en seres humanos las bases donde esencialmente subraya que se debe contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto con quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

Por su parte el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación en sus artículos 20, 21 y 22, expresa que el consentimiento informado es un acuerdo escrito y para considerarse existente. Para esto el sujeto de investigación debe recibir una explicación clara y completa de la investigación considerando aspectos específicos sobre la misma, estableciendo así los elementos que debe contener el consentimiento informado, información que se retoma y plasma en el formato correspondiente.

Así mismo se han leído y considerado las previsiones señaladas en los artículos del 28 a 58 de este mismo reglamento haciendo la aclaración que en la presente investigación no se incluyen personas vulnerables.

Un documento más a considerar es el Estatuto Universitario de la Universidad del estado de México, en su artículo 15, indica que la investigación será ejercicio de su comunidad que genere, rescate, preservé, reproduzca y perfeccione el conocimiento universal.

En la actualidad se está indicando que en toda investigación se cuide sobre los siguientes criterios:

Los resultados no contribuirán a la estigmatización ya que existirá confidencialidad.

Los posibles beneficios exceden los riesgos, los cuales se encuentran en nivel mínimo.

Respeto a los participantes, durante la aplicación de los instrumentos el investigador estuvo atento a cualquier eventualidad con la salud y el bienestar de los participantes. Asimismo, no habrá incentivos económicos por lo que no existirá sesgo en las respuestas de los participantes.

En caso de publicar, se garantiza la confidencialidad, por lo tanto, no hay riesgo para ninguno de los participantes. El formato de consentimiento informado y los guiones para las explicaciones fueron diseñados tomando en consideración la cultura, el lenguaje, el contexto, y el nivel cognoscitivo de los participantes.

De acuerdo con el marco normativo anterior, se diseñó el formato del Consentimiento informado por escrito (Anexo 9) y previo a ser utilizado, se obtuvo la dictaminación favorable por parte del Comité de Ética de la Investigación del Centro Universitario Nezahualcóyotl en oficio de fecha 26 de junio 2023, con el número del registro CEIN/2023/018.

Capítulo IV. Resultados

En este capítulo se muestran los resultados obtenidos en la investigación la cual buscó establecer la relación de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés académico con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de medicina.

Se inicia mostrando la forma en que se obtuvo la información, enseguida los datos sociodemográficos y posteriormente los resultados se presentan en torno a cada uno de los objetivos específicos.

Resultados descriptivos

En la aplicación de los instrumentos es importante mencionar que se realizó de dos formas distintas, donde por medio de Google forms se obtuvo un 20% de participación y en cuestionario escrito 80% (**Tabla 3**).

Tabla 3

Aplicación

	Frecuencia	Porcentaje
Forms	72	20.0
Escrito	288	80.0
Total	360	100.0

Nota: Elaboración propia. Forms, es el formulario de Google para crear cuestionarios directamente en la web.

La muestra de la presente investigación se conformó por 360 participantes y los datos sociodemográficos que se obtuvieron fueron que el 64% eran de sexo femenino y el 35.8% del sexo masculino. La edad media es de 21 años, con un rango que oscila entre 18 y 56 años.

Con lo que respecta a su estado civil, 348 alumnos indicaron ser solteros y 12 tener pareja (**Tabla 4**).

Tabla 4

Datos Sociodemográficos

Características	N	%	M	Rango
Edad	360		21	18-56
Sexo				
Femenino	231	64.2		
Masculino	129	35.8		
Estado Civil				
Soltero	348	96.7		
Con pareja	12	2.3		

Nota: Elaboración propia.

Los estudiantes de medicina que participaron cursan diferentes semestres, como se puede visualizar en la **Tabla 5**, donde la mayor participación fue de 91 alumnos de tercer y la menor con la misma cifra de 62 de quinto y séptimo semestre respectivamente.

Tabla 5

Semestre

Semestre	Frecuencia	Porcentaje %
1er	74	20.6
3er	91	25.3
5to	62	17.2
7mo	62	17.2
9no	71	19.7
Total	360	100.0

Nota. Elaboración propia.

Resultados por objetivos específicos

Identificar los síntomas de depresión en los estudiantes de medicina

En este objetivo se obtuvieron los porcentajes de los síntomas de la depresión con base a la puntuación de los ítems seleccionados; registraron que 123 (34.2%) de los participantes reportaron tener un mínimo de depresión, 87 (24.2%) leve; 94 (26.1%) moderado y 56 (15.6%) severo (**Tabla 6**).

Tabla 6

Síntomas de depresión en los estudiantes de medicina

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje %
mínimo	123	34.2
leve	87	24.2
moderado	94	26.1
severo	56	15.6
Total	360	100.0

Nota. Elaboración propia

Identificar los síntomas de ansiedad en los estudiantes de medicina

Los porcentajes que se obtuvieron respecto a la sintomatología ansiedad indican que un 61.1% (220 estudiantes) muestran sintomatología muy baja, moderada 26.9 (97 estudiantes) y 11.9% (43 estudiantes) severa, así como se observa en la **Tabla 7**.

Tabla 7*Síntomas de ansiedad de los estudiantes de medicina*

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje %
Muy baja	220	61.1
Moderada	97	26.9
Severa	43	11.9
Total	360	100.0

Nota. Elaboración propia

Medir el nivel del estrés académico en los estudiantes de medicina

La pregunta de tamizaje del instrumento SISCO-21 que se utilizó para indicar la intensidad de estrés percibido fue “señala tu nivel de estrés, donde (1) es poco y (5) mucho”, donde se obtuvo que 11 participantes indican percibirse con poco y 94 con mucho, como se ejemplifica en la

Tabla 8.

Tabla 8*Intensidad percibida del estrés*

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje %
Poco	11	3.1
2	26	7.2
3	100	27.8
4	129	35.8
Mucho	94	26.1
Total	360	100.0

Nota. Elaboración propia.

La **Tabla 9** plasma el nivel del estrés académico de forma individual, en la cual se obtuvo que 92 estudiantes de medicina presentaron síntomas leves (25.6%) y 163 (45.3%) severo.

Tabla 9*Nivel del estrés académico de forma individual*

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje %
Leve	92	25.6
Moderado	105	29.2
Severo	163	45.3
Total	360	100.0

Nota. Elaboración propia.***Indicar sí existe consumo de tabaco de los estudiantes de medicina***

Para saber sí había consumo de tabaco se les realizó la pregunta si/no han consumido en los últimos tres meses tabaco/cigarros/tabaco de mascar/puros/entre otros, y se obtuvo que 260 (72.2%) estudiantes de medicina no han consumido tabaco en los últimos tres meses y que 100 (27.8%) sí lo han hecho (**Tabla 10**).

Tabla 10*Consumo de tabaco*

Consumo	Frecuencia	Porcentaje %
No ha consumido en los últimos tres meses tabaco/cigarros/tabaco de mascar/puros/entre otros	260	72.2
Ha consumido últimos tres meses tabaco/cigarros/tabaco de mascar/puros/entre otros	100	27.8
Total	360	100.0

Nota. Elaboración propia.

Conocer la dependencia a la nicotina en los estudiantes de medicina

Se consideró a los 100 participantes que aceptaron haber consumido en últimos tres meses tabaco/ cigarros/tabaco de mascar/puros/entre otros, y se tuvo como información que, entre estos, 96 participantes tuvieron baja dependencia, mientras cuatro alumnos dependencia media a la nicotina, así como se refleja en la **Tabla 11**.

Tabla 11

Dependencia a la nicotina

	Frecuencia	Porcentaje %
0	260	72.2
Baja dependencia a la nicotina	96	26.7
Dependencia media a la nicotina	4	1.1
Total	360	100.0

Nota. Elaboración propia.

Indicar sí existe consumo de alcohol de los estudiantes de medicina.

De igual manera, se realizó la pregunta sí/no han consumido alcohol en los últimos tres meses, donde se obtuvo que 106 (29.4%) alumnos de la Licenciatura de Medicina no han consumido alcohol en los últimos tres meses y 254 (70.6%) sí lo han hecho (**Tabla 12**).

Tabla 12

Consumo de alcohol

	Frecuencia	Porcentaje %
No ha consumido alcohol en los últimos tres meses	106	29.4
Ha consumido alcohol en los últimos tres meses	254	70.6
Total	360	100.0

Nota. Elaboración propia.

Conocer el consumo de riesgo de alcohol en los estudiantes de medicina.

En el consumo de riesgo de alcohol resultó que 116 (32.2%) participantes no están en zona de riesgo, incluidos los 106 que no consumen, pero 155 (43.1%) alumnos se encuentran en bajo riesgo y 89 en alto riesgo (24.7%) como se visualiza en la **Tabla 13**.

Tabla 13

Consumo de riesgo de alcohol

Riesgo	Frecuencia	Porcentaje %
Zona de no riesgo	116	32.2
Zona de bajo riesgo	155	43.1
Zona de alto riesgo	89	24.7
Total	360	100.0

Nota. Elaboración propia.

Identificar las correlaciones positivas ($p < 0.05$) entre la depresión, ansiedad y estrés académico con el consumo de alcohol y tabaco.

Finalmente, en la Tabla 14 (Anexo 10) se muestra la identificación de las correlaciones positivas ($p < 0.05$) que se obtuvieron de las variables de estudio para su análisis, las cuales fueron (Tabla 15) entre el consumo de alcohol y la depresión (.119*), asimismo con ansiedad (.111*). Con respecto al nivel de estrés académico la correlación positiva se fue con la depresión (.538**) y con ansiedad de (.573**). Entre el consumo de tabaco y alcohol también hubo una asociación (.144**)

Otra correlación positiva (Tabla 16; Anexo 10) que se analizó fue entre el semestre que cursan los alumnos de la Licenciatura de Medicina y el consumo de alcohol (.143**).

Tabla 15*Correlaciones positivas ($p < 0.05$)*

Variablen	BD1	BAI	C. T.	Semestre
C. A.	.119*	.111*	.144**	.143**
Nivel de estrés académico	.538**	.573**		

Nota: Elaboración propia. BD1, Inventario de la Depresión de Beck; BAI, Inventario de la Ansiedad de Beck; SISCO, Inventario SISTémico COgnoscitivista, 2da. Versión; C. A., consumo de alcohol; C. T., consumo de tabaco. *. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Capítulo V. Discusión

Análisis de resultados

En este capítulo se realizó la discusión y el análisis de los resultados obtenidos, para lo cual es importante mencionar que la presente investigación cumplió con el objetivo de establecer la relación que existe entre la depresión, ansiedad y estrés académico con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de medicina.

Los resultados revelaron una relación positiva entre las variables de consumo de alcohol con la depresión, ansiedad y consumo de tabaco. Se presentan la información iniciando con los resultados sociodemográficos de los alumnos que participaron y posteriormente los datos recuperados y organizados en torno a los objetivos específicos.

Análisis de los datos socioeconómicos

Si bien, es cierto que en la actualidad cada vez son más utilizados los recursos tecnológicos para la obtención de los datos, en donde es posible, como en este caso el empleo se la herramienta Google Forms, asimismo, en esta investigación fue necesario también aplicar los cuestionarios físicamente dado que los alumnos en el momento de su participación muchas veces no contaban con el servicio de internet.

Se puede apreciar que en este programa educativo de la Licenciatura en Medicina es mayor la población femenina llegando casi el doble que la masculina. En ese sentido, esta proporción es necesario considerarla, ya que se sabe que el manejo de las emociones como lo es el estrés, es diferente según el sexo como lo reporta Fond et al., (2018).

Con lo que respecta a la participación, el porcentaje más alto fue de primer (20.6%) y tercer semestre (25.3%), no obstante, existe una disminución de los alumnos de 7mo. (17.2%) y 9no. (19.7%), lo que vislumbra un escenario de deserción escolar, ya que en el avance de la

trayectoria académica hay menos alumnos en los últimos semestres, por lo que en estos semestres se juntaron dos grupos a tomar clases; situación que se observó en la aplicación de los instrumentos, al respecto la SEP (2023) informó que en el periodo 2021-2022 el abandono escolar fue 8.1%, lo que indica que es de esperarse que los estudiantes deserten durante la licenciatura, sin ser un particular de esta carrera.

Análisis de los objetivos específicos

Identificar los síntomas de depresión en los estudiantes de medicina

Considerando al objetivo específico anterior y en base a ello se estudió la Teoría Cognitiva de Beck, concepción de Beck et al. (1979). Buscando un modelo explicativo de la depresión y en su análisis se aporta el Modelo Cognitivo de la Depresión, donde expresa la existencia de cierta sintomatología que puede detectar la depresión.

En este sentido, los resultados hallados en este estudio indicaron que en la muestra de 360 participantes el 34.2 % presentaron un mínimo de síntomas de depresión, leve 24.2 %, moderado 26.1% y severo 15.6%; en contraste, en Etiopia, según Asfaw et al. (2021) en su investigación refirieron en sus resultados que, de su muestra de 523 estudiantes de medicina el 43.6% presentaron síntomas, sin dar mayor detalle. La revisión sistemática difiere en porcentaje de los datos encontrados en la presente investigación, demuestran que en los estudiantes de medicina existen ciertos síntomas de depresión, no obstante, la diferencia puede existir por el enfoque teórico utilizado y el contexto.

Identificar los síntomas de ansiedad en los estudiantes de medicina

El modelo cognitivo de la ansiedad (Beck et al., 1985) señala cómo los pensamientos automáticos de una persona pueden distorsionarse y relacionarse con situaciones amenazantes, los cuales pueden originar malestares por ejemplo náuseas, palpitaciones cardíacas, temblor

una serie de sintomatología. En torno a estos malestares o síntomas, en los resultados encontrados de la presente investigación indicaron que 61.1% de los estudiantes de medicina tienen muy bajos, 26.9% moderados y 11.9% severos; mientras tanto, en hallazgos de investigaciones previas como fue en Etiopia, obtuvieron que en una muestra de 523 estudiantes de medicina el 48.9% mostraron ansiedad, en la cual no definieron el nivel síntomas (Asfaw, 2021). Los antecedentes y los datos hallado en esta investigación coinciden que los estudiantes de la Licenciatura de Medicina pueden presentar malestares o síntomas de ansiedad, aun siendo parte de los profesionales que representan la salud.

Medir el nivel del estrés académico en los estudiantes de medicina

En este estudio se abordó como objetivo particular el nivel de estrés académico de forma individual. Con base empírica y referencial de la Teoría General de Sistemas y la Teoría Transaccional del Estrés, donde se contempla que una persona es un sistema abierto con una perspectiva cognitivista y, de las cuales procedimentalmente se despliega el Modelo Sistémico Cognoscitivista del Estrés Académico, el cual aporta las dimensiones de estresores, reacciones y afrontamiento (Barraza, 2006).

Las dimensiones miden el nivel de estrés académico por medio del inventario SISCO (Barraza, 2018), asimismo, identifica la intensidad del estrés en los alumnos por medio de un mono ítem, el cual se usó en la presente investigación y se tuvo como resultados que de la muestra de 360 participantes el 26.1% perciben mucho; en contraste de otras investigaciones realizadas en México, como la de González et al. (2024) en Querétaro, donde obtuvieron que el 60% de su muestra de 132 estudiantes de medicina se apreciaron con un nivel alto de estrés.

Cabe recalcar que en esta investigación se halló que el 45.3% mostraron un nivel de estrés académico severo y Huerta et al. (2023) reportó en sus resultados que un 74% así lo manifestaron, de una muestra de 118 participantes.

Las investigaciones previas y las coincidencias con este estudio, evidencian que existe una importante diferencia entre el estrés percibido y el nivel de estrés que existe en los participantes.

Indicar sí existe consumo de tabaco de los estudiantes de medicina

Con lo que respecta al consumo de sustancias psicoactivas, primeramente, se detectó sí había consumo de tabaco en los estudiantes de medicina, en base a ello se tomó en cuenta la encuesta

GHPSS donde se indicó que el 33.3% de sus encuestados lo consumían. Con un porcentaje aproximado, se observó en esta investigación que el 27.8% (100 participantes) reportaron haber consumido tabaco en los últimos tres meses; algo similar detectaron Assaf et al. (2018), ellos refieren un 25% y, en diferencia en Polonia (Kosendiak et al., 2021) se encontró en sus resultados que un 2.8% (82 participantes) de los alumnos de la Licenciatura de Medicina fumaban tabaco. La literatura revisada comparte con este estudio que existe consumo de tabaco en los estudiantes, que sí bien no es un grave problema, aún con las medidas precautorias sigue siendo un factor de riesgo para los alumnos.

Conocer la dependencia a la nicotina en los estudiantes de medicina.

En esta investigación solo cuatro personas manifiestan dependencia media a la nicotina, parecido a lo observado en el estudio de Kosendiak et al. (2021), en el que señalaron no haber dependencia a la nicotina en los estudiantes de medicina.

Indicar sí existe consumo de alcohol de los estudiantes de medicina.

De igual manera, era importante conocer si existía consumo de alcohol, por lo que se identificó que en un estudio previo realizado en Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

(UJAT; Cruz-Salomón et al, 2020), de las drogas de uso recreativo de mayor consumo es el alcohol con un 72%, dato similar de la presente investigación, donde de los 360 participantes el 70.6% indicaron haber consumido alcohol en los últimos tres meses; a diferencia en Polonia Kosendiak et al. (2021) reportaron que de su muestra de 2920 participantes el 28.93% fueron calificados con consumo de alcohol, por otro lado, Assaf et al. (2018), en el Líbano, reportó que el 57.7% de los estudiantes de medicina consumían alcohol, una cifra menor a la hallada en este análisis.

Los antecedentes y las diferencias con esta investigación evidencian que el contexto entre continentes puede ser determinante, ya que, fue reportado por la OPS (2022) que el 40% del consumo de alcohol se da más en el continente americano.

Conocer el consumo de riesgo de alcohol en los estudiantes de medicina.

Para el consumo de riesgo de alcohol se idéntico que, en Canadá, Bahji et al. (2022) informaron en los resultados de su investigación que, el 46.4% de los estudiantes de medicina consumían excesivamente alcohol en el último mes, a diferencia de lo que se encontró en este estudio, donde un 24.7% se encuentra en alto riesgo de consumo de alcohol. En contraste, Pereira-Morales y Camargo (2019) en Colombia, en sus hallazgos indicaron que en los estudiantes de pregrado de medicina hay consumo de alcohol, pero sin ser un factor de riesgo.

Identificar las correlaciones positivas ($p < 0.05$) entre la depresión, ansiedad y estrés académico con el consumo de alcohol y tabaco.

Por último, se realizó el análisis de las correlaciones positivas, para este objetivo específico se estudió la Teoría cognitiva de las drogodependencias (Beck et al., 1999), señala que la base son las creencias del individuo, pero que las llamadas creencias anticipadoras surgen como una manera de hacer frente a los cambios internos y externos como puede ser:

estados ansiosos, eventos sociales, conflictos interpersonales o aislamiento (Toro, 2017), dichas situaciones y escenarios se tomaron en cuenta en el presente estudio, el cual asoció el consumo de alcohol de forma positiva con los síntomas de depresión, ansiedad, el consumo de tabaco y el semestre que cursan los estudiantes de medicina.

En contraste, Asfaw et al. (2021) reportó que el consumo de alcohol y tabaco se relacionó con el estrés.

Con respecto al grado en el que se encuentran los estudiantes, se puede inferir que, a lo largo de la Licenciatura de Medicina, los alumnos pueden aumentar su consumo de alcohol, como Fond et al. (2020) concluyeron en su investigación, pues indicaron que los educandos de segundo año son más susceptibles a consumir sustancias psicoactivas.

Si bien, la teoría concuerda que las creencias adictivas y anticipadoras pueden plantear un escenario para el uso del tabaco y alcohol, es importante señalar la existencia de otras variables para su estudio.

Capítulo VI. Conclusiones

Para este capítulo y facilitar la comprensión de la información se consideró empezar por los datos sociodemográficos y continuar con cada objetivo específico.

Datos Sociodemográficos

En primera instancia se consideró a los datos sociodemográficos, donde se reflejó contundentemente la participación del sexo femenino sobre el masculino, sí bien no es específico de la Licenciatura de Medicina que haya más mujeres que hombres y exista la deserción escolar, pero sería de interés conocer la particularidad en este programa educativo, así como, las principales causas que la promueven.

Por objetivos específicos

Identificar los síntomas de depresión en los estudiantes de medicina

Los síntomas de depresión que se presentan en este estudio en su mayoría fueron mínimos, pero existen, lo cual no se debe ignorar, ya que también hay datos con síntomas severos, los cuales deben ser atendidos por profesionales de la salud mental.

Identificar los síntomas de ansiedad en los estudiantes de medicina

Considerando el Modelo Cognitivo de la Ansiedad Generalizada y los hallazgos encontrados en esta investigación, los malestares que presentan los estudiantes de medicina en general son bajos, es decir, en poca medida se engrandecen lo que comprenden como riesgo u lo que perciben como cierto peligro no real y gestionan las herramientas con las que cuentan para afrontarla.

Medir el nivel del estrés académico en los estudiantes de medicina

Es importante indicar la diferencia que existe entre la forma en que los alumnos de la Licenciatura de Medicina se perciben ante el estrés y el nivel de estrés académico que consta, donde aproximadamente solo la cuarta parte cree tener mucho estrés, y los hallazgos que arrojó el Inventario SISCO, indican que casi la mitad de los participantes resultaron con un nivel de estrés académico severo, lo que infiere que algunos alumnos no perciben al estrés como una situación de riesgo.

Indicar si existe consumo de tabaco de los estudiantes de medicina

Se puede observar que, en los diferentes tamaños de las muestras de las investigaciones previas y este estudio, se resalta que el consumo de tabaco es poco frecuente. Por otro lado, se puede cuestionar cuáles son las estrategias que está tomando el alumnado, teniendo en cuenta que en la actualidad existe prohibición de su consumo en espacios escolares. Es fácil distinguir cuando alguien hace el uso del tabaco por el humo que se emite, ya que es visible, lo que no sucede con otras sustancias psicoactivas como el alcohol.

Conocer la dependencia a la nicotina en los estudiantes de medicina.

En este caso, según los hallazgos, la dependencia a la nicotina no es un problema, se deduce que el poco uso del tabaco tuvo como consecuencia no generar dependencia.

En México, existen medidas con respecto al uso de tabaco, como lo indica la norma NOM-028-SSA2-2009 en su prevención y uso en espacios públicos, en el Artículo 26 de la Ley General para el control del Tabaco, en relación a estas implicaciones, la Universidad Autónoma del estado de México tomó como medida la prohibición de su consumo, lo que deriva en un beneficio, el cual repercute en disminuir la posibilidad de consumo de tabaco por los alumnos durante su estancia en el espacio escolar.

Indicar sí existe consumo de alcohol de los estudiantes de medicina.

En comparación con otros los estudios revisados, la discrepancia entre los porcentajes de consumo de alcohol puede ser derivado del contexto, son estudios realizados en diferentes lugares del planeta, sin embargo, la presencia de este consumo de alcohol en esta investigación es significativa, ya que se rebasa por mucho que más de la mitad de los participantes lo consumen, lo cual se puede agudizar o no.

Conocer el consumo de riesgo de alcohol en los estudiantes de medicina.

Existe diferencia entre los hallazgos encontrados en este estudio, en torno al porcentaje, con los datos identificados en la revisión sistemática, por lo tanto, se infieren que no se puede generalizar el consumo de riesgo de alcohol para todos los contextos; pero se puede rescatar y resaltar que el consumo de alcohol es aceptado por los estudiantes de medicina de diferentes territorios, a pesar del daño sistémico que ocasiona, asimismo, que es mayor en comparación al consumo de tabaco.

Por otro lado, en relación con las implicaciones, en Francia se realizó el estudio BOURBON (2019), donde su muestra fue 10985 estudiantes de medicina, en cual se utilizaron Test de dependencia a la nicotina, Fagerström (Fagerström, 1978) y AUDIT (Babor, 1992) para evaluar el consumo de alcohol. De igual manera, en la presente investigación se usaron dichos instrumentos, con una adaptación del EC0897 y validados por expertos para población mexicana.

Identificar las correlaciones positivas ($p < 0.05$) entre la depresión, ansiedad y estrés académico con el consumo de alcohol y tabaco para su análisis.

En virtud de los resultados, se realizaron correlaciones entre las variables y se analizaron las que derivaron positivas entre ellas, donde es bien sabido que mientras una situación aumente, la otra con la que se relacionó también lo hará.

Al respecto, siguiendo esta lógica y las evidencias encontradas en esta investigación infieren q la problemática se puede acrecentar, al mismo tiempo, son un parteaguas para realizar intervenciones como una medida emergente, por lo tanto, las estrategias deben ser de la calidad necesaria para que lograr el objetivo que de ella nace. Cabe señalar que no hubo correlación positiva entre el consumo de alcohol o tabaco, pero relación significativa entre la depresión y ansiedad.

Es así como, de forma general se cumplieron los objetivos planteados de esta investigación, se idéntico los síntomas de depresión y ansiedad, el nivel de estrés académico y sí existía consumo de tabaco y el alcohol en los estudiantes de medicina.

En consecuencia, se concluye que se dio respuesta a la pregunta de investigación ¿Cuál es la relación de la depresión, ansiedad y estrés académico, con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de medicina? que la presente investigación planeó.

Al realizar el análisis de las hipótesis de investigación planteadas en el presente estudio, las cuales dicen que:

Hi: Los síntomas de depresión, ansiedad y estrés académico se relacionan de manera positiva ($p < .05$) con el consumo de tabaco y alcohol en los estudiantes de medicina.

Ho: Los síntomas de depresión, ansiedad y estrés académico no se relacionan de manera positiva ($p < .05$) con el consumo de tabaco y alcohol en los estudiantes de medicina.

Las hipótesis anteriores se desmenuzaron en hipótesis específicas y relacionaron con los resultados, que a la letra dicen:

Hipótesis específicas de correlación positiva ($p < .05$)

Ha: Los síntomas de depresión, se relacionan de manera positiva ($p < .05$) con el consumo de alcohol en los estudiantes de medicina.

Ha: Los síntomas de ansiedad, se relacionan de manera positiva ($p < .05$) con el consumo de alcohol en los estudiantes de medicina.

Ha: El nivel de estrés académico, se relacionan de manera positiva ($p < .05$) con los síntomas de depresión.

Ha: El nivel de estrés académico, se relacionan de manera positiva ($p < .05$) con los síntomas de ansiedad.

Se concluye que se aceptan las hipótesis específicas anteriores, al tener una relación positiva, por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación.

Limitaciones

Al ser estudio de tipo transversal por su propia naturaleza impide valorar las relaciones causa-efecto, así como, el hecho de utilizar la medida de autoinforme, es bien sabido que el participante puede responder con la verdad o no hacerlo o seguir un patrón en las respuestas y causar el efecto suelo-techo en las variables, donde se agrupan las respuestas en la parte alta o baja de la escala y resta capacidad discriminativa a la pregunta (Martin et al., 2003).

Además, sobre la muestra, por un lado, su condición de ser no probabilística y por conveniencia, complica generalizar los resultados y por otro, no hay homogeneidad porque hubo más participación de personas del sexo femenino que del masculino. Así como, otra limitante fue no considerar otros datos sociodemográficos como variables de análisis.

Sugerencias

Dado los resultados se sugieren una serie de recomendaciones para futuras investigaciones, comenzando por realizar estudios de tipo mixto, cualitativos, que permita valorar la parte subjetiva y longitudinales para el análisis de las variables a través del tiempo, de tal manera, conocer de manera más precisa el momento de “quiebre” del alumno ante alguna situación problemática.

Además, homogenizar a la muestra para realizar una evaluación comparativa entre sexos, en el mismo sentido, profundizar en las variables sociodemográficas que sirva para detectar otras causas que no se den dentro del espacio educativo, pero que aporten a la problemática, como fue el consumo de alcohol y el sexo, variables que resultaron positivas en las correlaciones.

Tomando en cuenta la diferencia que existe entre la forma en que lo alumnos se perciben ante el estrés académico y el latente nivel de estrés académico detectado, se recomienda realizar investigación sobre las causas de la discrepancia.

Por último, se alienta a trabajar sobre la ya detectada problemática, con un plan de trabajo bien estructurado, desde los diferentes niveles de prevención (Martínez & García, 2012). Se sugiere que durante su formación académica haya asignaturas, por un lado, de psicológica, donde se traten temas de: formación mental para aprender a gestionar sus emociones; autoconocimiento; maneras de activar la oxitocina, pues esta inversamente relacionada con el cortisol, producto del estrés; de psicología positiva y la depresión, etc.; por otro lado, de actividades deportivas.

Asimismo, contar con un consultorio psicológico y un profesional de la salud mental permanente, que pueda dar contención al momento de “quiebre”, que es algo muy personal, tanto a los estudiantes como a los docentes y, de ser necesario continuidad (terapia) a los casos

con sintomatología que así lo requieran. También es importante que tomar en cuenta otras posibles situaciones que atañen sus estudios, como lo fue la experiencia de la pandemia.

Todo lo anterior, podría ser replicado en las demás licenciaturas de la Unidad Académica Profesional Chimalhuacán para favorecer un mejor desempeño académico.

Aportes a la Maestría de Psicología y Salud

Sin duda, los hallazgos que resultaron de esta investigación son importantes, pues fundamentan situaciones que preceden una problemática y que dentro del margen de la psicología y salud pueden ser una contribución para un plan de trabajo basado en la prevención, en cualquiera de sus niveles, como una nueva línea de investigación, ya que tuvo como propósito identificar síntomas de depresión y ansiedad; medir el nivel de estrés académico, y finalmente conocer el consumo de tabaco y alcohol en los estudiantes de medicina. Por lo tanto, la presente investigación aportó que las variables estadísticamente significativas fueron el nivel de estrés académico severo en un porcentaje muy cerca a la mitad de la muestra total, así como, casi la tercera parte de la misma indica consumo alcohol en los últimos tres meses.

Por otro lado, es importante recalcar que los estudiantes de medicina serán los futuros profesionales sanitarios, quienes promoverán prevención y promoción de la salud; no obstante, los resultados de la presente investigación evidencian que se hallan inmersos en factores de riesgo modificables. Asimismo, están dentro de la misma población estudiantil de la UAEM.

Finalmente, a nivel internacional los resultados de este estudio se vinculan con la Red Mexicana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS) por converger con el interés de promover una vida saludable en el estudiantado.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^a ed.). American Psychiatric Publishing.
- Aghajani, L. G., Mahdi, N. S., Sami, N., Khakpour, S., & Ghorbani, Y. B. (2021). The prevalence of educational burnout, depression, anxiety, and stress among medical students of the Islamic Azad University in Tehran, Iran. *BMC Medical Education*, 21(471), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02874-7>
- Asfaw, H., Fekadu, G., Tariku, M., & Oljira, A. (2021). Anxiety and stress among undergraduate medical students of Haramaya University, Eastern Ethiopia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 22(17), 139-146. <https://doi.org/10.2147/NDT.S290879>
- Assaf, G., Nouredine, S., Kouyoumdjian, S., & Khoury, J. (2018). Medical students' knowledge, attitudes and behaviours related to substance use in Lebanon: A cross-sectional survey. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 23(11),734-743. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29319145/>
- Babor, T., Fuente, J., Saunders, J., & Grant, M. (1992). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care*. World Health Organization. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AUDIT_spa.pdf
- Bahji, A., Danilewitz, M., Maser, B., Guerin, E., & Frank, E. (2022). Association between substance use and professional outcomes among medical students: Findings from a Canadian cross-sectional survey. *Canadian Journal Addictive*, 13(4):32-43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37465425/>
- Barraza, A. (2006). Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9(3), 110-129.

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/19028>

Barraza, A. (2018). *INVENTARIO SISCO SV-21. Inventario Sistémico Cognoscitivista para el estudio del estrés académico*. Federación Mexicana de Psicología.

http://www.ecorfan.org/libros/Inventario_SISCO_SV21/Inventario_sistémico_cognoscitivista_para_el_estudio_del_estrés.pdf

Becoña, E., & Vázquez F. L. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. (1998). *Psychological Reports*, 83(32), 1455-1458.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1998.83.3f.1455>

Bertalanfy, L. V. (1991). *Teoría general de Sistemas*. Fondo de Cultura Económica.

Beck, A.T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.

Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.

Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford.

Beck, A., Emery, G., & Grenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *Manual for the revised Beck depression inventory*. The Psychological Corporation.

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893- 897. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3204199/>
- Beck, A. T., & Steer, R. (1993). *Beck Anxiety Inventory manual*. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Fred, D. W., Corey, F. N., & Bruce, S. L. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. PAIDÓS.
- Beck, A. T., & Shaw, B. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión* (19ª ed.). Desclée de Brouwer.
- Berrio, G. N., & Mazo, Z. R. (2012). Estrés Académico. *Revista de Psicología Universidad De Antioquia, 3*(2), 55–82. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.11369>
- Brown, T., Chorpita, B., Korotitsh, W., & Barlow, D. (1997). Psychometric properties of the depression anxiety stress scales (DASS) in clinical samples. *Behavioral Research and Therapy, 35*, 45-69.
- Bourbon, A., Boyer, L., Auquier, P., Boucekine, M., Barrow, V., Lançon, C., & Fond, G. (2019). Anxiolytic consumption is associated with tobacco smoking and severe nicotine dependence. Results from the national French medical students (BOURBON) study. *Program Neuropsychopharmacol Biology Psychiatry, 94*. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109645>.
- Candido, F. J., Souza, R., Stumpf, M. A., Fernandes, L. G., Veiga, R., Santin, M., & Kluthcovsky A. (2018). The use of drugs and medical students: A literature review. *Revista da Associacao Medica Brasileira, 64*(5), 462-468. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.05.462>.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. Guilford.

- Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2021). *Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas*. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/648021/INFORME_PAIS_2021.pdf
- Cohen, S. & Lazarus, R. S. (1979). Coping with the stresses of illness. Stone G. C. Cohen, S & Andler N. E. (Eds.), *Health Psychology: A handbook*. Jossey-Bass.
- Salomón-Cruz, J., Foster, Y. M., & Frías, J. M. (2020). Consumo de drogas en estudiantes de medicina. *Multidisciplinary Health Research*, 5(1). <https://revistas.ujat.mx/index.php/mhr/article/view/4069>
- Ekman, P., & Campos, J. (2003). Richard Stanley Lazarus (1922-2002). *American Psychologist*, 58(9), 756-757.
- Fagerström, K.O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3(3-4), 235-241. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(78\)90024-2](https://doi.org/10.1016/0306-4603(78)90024-2)
- Fond, G., Bourbon A., Auquier, P., Micoulaud-Franchi, J., Lançon, C., & Boyer, L. (2018). Venus and Mars on the benches of the faculty: Influence of gender on mental health and behavior of medical students. Results from the BOURBON national study. *Journal Affect Disor*, 239, 146-151. <https://doi.or/10.1016/j.jad.2018.07.011>.
- Fond, G., Bourbon, A., Boucekine M., Messiaen, M., Barrow, V., Auquier P., Lançon, C., & Boyer, L. (2020). First-year French medical students consume antidepressants and anxiolytics while second-years consume non-medical drugs. *Journal of Affective Disorders*, 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.035>
- Fouilloux, C., Barragán, V., Ortiz, S., Jaimes, A., Urrutia, M. E., & Guevara R. (2013). Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de medicina. *Salud Mental*, 36(1), 59-65.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000100008

- Granados, J. A., Gómez, O., Islas, M. I., Maldonado, G., Martínez, H. F., & Pineda, A. M. (2020). Depresión, ansiedad y conducta suicida en la formación médica en una universidad en México. *Investigación en Educación Médica*, 9(35), 65-74. <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.35.20224>
- Goldman, H. (2001). *Psiquiatría General* (5.^a ed.). Moderno.
- González, J. M., Ferrusca, L. G., Ortiz, A., Gallegos, R. M., & Juárez Nilo, S. G. (2024). Estrés académico en estudiantes de licenciatura en medicina de una universidad pública de Querétaro, México. *Horizonte De Enfermería*, 35(1), 110–118. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.35.1.110-118
- Gross G. (1989). The ‘basic’ symptoms of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 7, 21-25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2695138/>
- Global Burden of Disease. (2019). *Instituto de Sanimetría y Evaluación sanitaria*. IHME. <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/270>
- Goebert, D., Thompson, D., Takeshita, J., Beach, C., Bryson, P., & Ephgrave K. (2009). Depressive symptoms in medical students and residents: A multi-school study. *Academic Medicine*, 84(2), 236-241. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31819391bb>
- Hair, J., Anderson, R. & Tatham, R. (1999). *Multivariate Data Analysis* (5^{ta} ed.). Englewood Cliffs Prentice Hall.
- Hernández, H. A., & Pascual, A. E. (2018). Validación de un instrumento de investigación para el diseño de una metodología de autoevaluación del sistema de gestión ambiental. *Revista de Investigación Agraria y Ambiental*, 9(1), 158-163. <https://doi.org/10.22490/21456453.2186>

- Huber, G., & Gross, G. (1989). The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recenti Progressi in Medicina*, (80), 646–652.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2697899/>
- Huerta, M., Pérez, L. E., González, J., Uscanga, R., & Ríos, P. (2023). Estrés y rendimiento académico en estudiantes universitarios de la carrera de Médico Cirujano. *Revista Mexicana de Medicina Forense*, 2023, 8(1), 1-19.
<https://doi.org/10.25009/revmedforense.v8i1.2993>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2017). Prevalencia. En *Diccionario de cáncer del NCI*.
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/prevalencia>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2017a). Tabaco. En *Diccionario de cáncer del NCI*.
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/buscar/Tabaco/?searchMode=Begins>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2017b). Nicotina. En *Diccionario de cáncer del NCI*.
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/buscar/Nicotina/?searchMode=Begins>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Reynales, L. M., Zavala, L., Paz, W. C., Gutiérrez, D. S., García, J. C., Rodríguez, M. A., Gutiérrez, J., Franco, A., Romero, M., & Mendoza, L. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: reporte de tabaco*. INPRFM.
https://encuestas.insp.mx/repositorio/encuestas/ENCODAT2016/doctos/informes/reporte_encodat_tabaco_2016_2017.pdf
- Jovanoviy, N., Beezhold, J., Tateno, M., Barrett, E., Vlachos, I., Fiorillo, A., Hanon, C., Kazakova, O., Nawka, A., Wuyts, P., Wong, V., Papp, S., Rujević, J., Racetovic, G.,

- Mihai, A., Marques, J.G., Malik, A., Weiss, U., Rolko, T., Rusaka, M., Clausen, N.P., Shmunk, E., & Podlesek, A., (2019). Depression and suicidality among psychiatric residents - results from a multi-country study. *Journal Affective Disorders*, 249, 192 – 198. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.023>
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kosendiak, A., Król, M., Ściskalska, M., & Kepinska, M. (2021). The changes in stress coping, alcohol use, cigarette smoking and physical activity during COVID-19 related lockdown in medical students in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010302>
- Lakdawalla Z, Hankin B., L., & Mermelstein R. (2007). Cognitive theories of depression in children and adolescents: A conceptual and quantitative review. *Clinical Child Family Psychology Review* 10(1), 1-24. <https://doi.org/10.1007/s10567-006-0013-1>
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. & Folkman (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Brouwer.
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Johnson, K., & Gregor, K. (2009). Perceived physical health and heart-focused anxiety among daily adult cigarette smokers: Associations with affect relevant smoking motives and outcome expectancies. *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)*, 1-13.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4214458&pid=S1132-0559200900030000300081&lng=es

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995b). *Manual for the depression anxiety stress scales*. (2^{da} ed.). Psychology foundation.

Martin, J., Cortes, J. A., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, G., & Rodríguez A. (2003). Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria Journal*, 18(2), 129-36. <https://www.scielosp.org/pdf/ga/2004.v18n2/129-136#:~:text=El%20C2%ABefecto%20suelo%20BB%20es%20el,capacidad%20discriminativa%20a%20la%20pregunta>

Martínez, J. & García, M. (2012). *Epidemiología y salud pública en Promoción de la salud*. Paraninfo.

Martínez-Blancas, P., Contreras, G., Camacho, E. J., & Casas, O. D. (2023). Relación de la depresión ansiedad y estrés académico con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de medicina: Revisión Sistemática. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6), 7962-7981. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9326

McEwen, & Bruce S., T. (2000). The neurobiology of stress: From serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886(1-2), 172-189.

Ministerio de Salud y Protección Social (2022, 27 de septiembre). <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/convivencia-desarrollo-humano-sustancias-psicoactivas.aspx>

- Moreno, A., Calderón, C., & Drucker, R. (2007). *Long term changes in sleep and depressive symptoms of smokers in abstinence. Nicotine & Tobacco Research*, 9(3), 389-396.
- Moreno, J. (2015). *Los países que más beben en América Latina: la dramática radiografía del consumo de alcohol en la región. BBC NEWS MUNDO.*
https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/07/150723_consumo_alcohol_latinoamerica_muertes_paises_jm
- Morrison, V., & Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Pearson Educación, S.A.
- National Institute of Mental health. (2021). *Depresión.*
<https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/depression-sp/depression.pdf>
- Nawaz, H., Khan, A. A., & Bukhari, S. (2017). Use of psychoactive drugs among medical undergraduates in Abbottabad. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 29(4), 599-603. <https://jamc.ayubmed.edu.pk/jamc/index.php/jamc/article/view/2802/1626>
- Oblitas, L. A. (2008). El estado del arte de la psicología de la salud. *Revista de Psicología*, 26(2), 219-254. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rp/v26n2/v26n2a02.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Abuso de sustancias.*
<https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022, 17 de agosto). *Lucha contra el tabaquismo en las Américas: nuevo reporte de la OPS.* <https://www.paho.org/es/noticias/17-8-2022-lucha-contra-tabaquismo-americas-nuevo-reporte-ops>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Alcohol.*
<https://www.paho.org/es/temas/alcohol>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Alcohol.*
<https://www.paho.org/es/temas/alcohol#:~:text=El%20uso%20nocivo%20del%20alcohol,es%20peligroso%20para%20la%20salud.>

Organización Mundial de la Salud. (1964). WHO Expert Committee on Addiction-Producing Drugs. *World Health Organization*

Organización Mundial de la Salud. (1994). Alcohol. *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol*. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.

Organización Mundial de la Salud. (2011, 15 de noviembre). *El consumo de tabaco disminuye: la OMS insta a los países a invertir para ayudar a más personas a dejar de fumar*.
<https://www.who.int/es/news/item/16-11-2021-tobacco-use-falling-who-urges-countries-to-invest-in-helping-more-people-to-quit-tobacco>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2018, 21 de septiembre). *El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres*.
<https://www.who.int/es/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men#:~:text=A%20nivel%20mundial%2C%20el%2045,las%20preferencias%20de%20bebidas%20alcoh%C3%B3licas>.

Organización Mundial de la Salud. (2021, 9 de mayo). *Alcohol*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

Organización Mundial de la Salud. (2022, 25 de mayo). *Tabaco*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Tabaco*. https://www.who.int/es/health-topics/tobacco#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud. (2023, 3 de julio). *Tabaco*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Pan American Health Organization (1994). Lexicon of alcohol and drug terms. En Babor, T., Campbell, R., Room, R. & Saunders, J. (Eds.). *Trastornos Relacionados con Sustancias*. World Health Organization. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/43949>
- Parkerson, G. R., & Broadhead, W.E. (1997). Screening for anxiety and depression in primary care with the Duke Anxiety-Depression Scale. *Family Medical*, 29(3), 177 - 181.
- Pereira-Morales, A. J., & Camargo A. (2019). Psychological distress among undergraduate medical students: The influence of excessive daytime sleepiness and family functioning. *Psychology Health Medical*. 24(8), 936-950. <https://doi.org.10.1080/13548506.2019.1612078>
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiological Catchment Area [ECA] study. *Journal of the American Medical Association*, 264(19), 2511-2518.
- Reynales, L. M., Vázquez, J. H., & Lazcano, E., (2007). Encuesta Mundial de Tabaquismo en Estudiantes de la Salud, México 2006. *Salud Pública de México*, 49(2), 194-204. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000800009&lng=es&tlng=es.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.

- Rodríguez de la Sierra, L. (2012). Countertransference: Our difficulties in the treatment of substance abuse. *British Psychoanalytical Society*, 5, 76-92
- Romero-Saldaña. (2016). Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del Trabajo*, 6(3), 105-114.
file:///C:/Users/IV%C3%81N/Downloads/Dialnet-PruebasDeBondadDeAjusteAUnaDistribucionNormal-5633043.pdf
- Scragg, R., Reeder, A. I., Wong, G., Glover, M., & Nosa, V. (2008). Attachment to parents, parental tobacco smoking and smoking among year 10 students in the 2005 New Zealand national survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32(4), 348-353.
- Secretaría de Educación Pública. (2023, 23 de mayo). *Boletín 100 descende a 8.1% tasa de abandono escolar en educación superior: SEP*.
<https://www.gob.mx/sep/articulos/boletin-100-desciende-8-1-tasa-de-abandono-escolar-en-educacion-superior-sep?idiom=es#:~:text=El%20Gobierno%20de%20M%C3%A9xico%2C%20por,infor m%C3%B3%20el%20subsecretario%20de%20ese>
- Toro Tobar, R. A. (2017). *Abuso de sustancias psicoactivas: Modelo y terapia cognitiva*. *Revista Iberoamericana de Psicología* ISSN-I:2027-1786, 10(1), 65-71.
<https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/101066>
- Woody, G. E., Luborsky, L., McLellan, A. T., O'Brien, C. P., Beck, A. T., Blaine, J., Herman, I., & Hole, A. (1983). Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Archives of General Psychiatry* (40), 1081 – 1086.

Anexos

Anexo 1. Artículo científico

Relación de la Depresión, Ansiedad y Estrés Académico con el Consumo de Tabaco y Alcohol en Estudiantes de Medicina: Revisión Sistemática

Lic. Patricia Martínez Blancas

Universidad Autónoma del Estado de México Centro Universitario Ecatepec México

<https://orcid.org/0000-0002-4079-535X>

Dra. Georgina Contreras Landgrave

Universidad Autónoma del Estado de México CU Nezahualcóyotl México

<https://orcid.org/0000-0002-0353-5970>

Dr. Esteban Jaime Camacho Ruiz

Universidad Autónoma del Estado de México CU Nezahualcóyotl México

<https://orcid.org/0000-0003-2323-3889>

Dr. Oscar Donovan Casas Patiño

Universidad Autónoma del Estado de México Centro Universitario Amecameca México

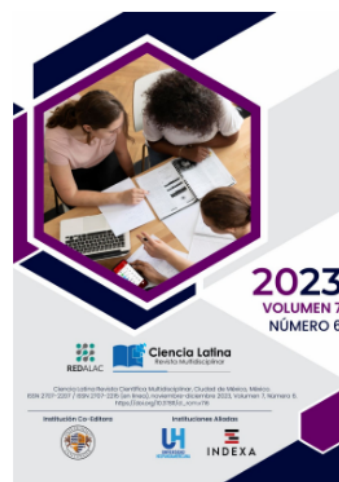
<https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9326

Palabras clave: depresión, ansiedad, estrés académico, tabaquismo, consumo de alcohol

Resumen

El alcohol y el tabaco son drogas legales, de consumo recreativo, que están al alcance de toda la población mayor de edad. La literatura refiere que los estudiantes de medicina no están libres de su consumo, y ha sido tema de investigación para los autores. El objetivo de la presente revisión sistemática fue identificar las investigaciones originales y publicadas en los últimos cinco años, sobre la relación de la depresión, ansiedad y estrés



PDF

HTML

Publicado
2024-01-24

Cómo citar

Martínez Blancas , P., Contreras Landgrave, G., Camacho Ruiz, E. J., & Casas Patiño, O. D. (2024). Relación de la Depresión, Ansiedad y Estrés Académico con el Consumo de Tabaco y Alcohol en Estudiantes de Medicina: Revisión Sistemática. *Ciencia Latina Revista*

Anexo 2. Dictamen Proyecto



Universidad Autónoma del Estado de México

Nezahualcóyotl, Estado de México a 26 de junio de 2023
Dictamen Proyecto CEIN/2023/018

LIC. PATRICIA MARTÍNEZ BLANCAS
MAESTRANDA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD
PRESENTE

Con relación al proyecto no. CEIN/2023/018 con el título *Relación de la depresión, ansiedad y estrés académico con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de medicina de la UAEM oriente* enviado por usted y recibido el 30 de mayo de 2023, hacemos de su conocimiento el resultado de la revisión realizada mediante el método de pares ciegos, en el que este Comité de Ética de la Investigación **AVALA** el desarrollo del protocolo mencionado.

Se adjunta un documento que contiene las observaciones y modificaciones que debe realizar, mismas que deberán ser comentadas y discutidas con su Comité de tutores y realizarse en el protocolo de investigación. En cualquier caso, no es necesario devolvérselas a este Comité.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO
"2023, Conmemoración de los 195 Años de la Fundación del Instituto Literario del Estado de México"

DRA. GEORGINA CONTRERAS LANDGRAVE
PRESIDENTA DEL CEI DEL CU UAEMEX NEZAHUALCÓYOTL

Anexo 3. Material de reclutamiento





Te invitamos a participar

En la investigación: **“RELACIÓN DE LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS ACADÉMICO CON EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UAEM-ORIENTE.”**

Que tiene como Objetivo

Conocer y establecer la relación entre los síntomas de depresión, ansiedad y estrés académico con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de medicina.

“Los hallazgos generarán conocimiento científico en la detección del problema en cualquiera de sus variables”

Participa en el siguiente link: <https://forms.gle/Tu81wmYBpCjKupov7> o escaneando el código QR. La información se manejará con total confidencialidad.



Requisitos para participar:

- Ser estudiante de la Licenciatura en Medicina
- Que cuenten con la mayoría de edad
- Inscritos en la Unidad Académica Profesional Chimalhuacán

Contacto

Lic. Patricia Martínez Blancas
pmartinezb006@alumno.uaemex.mx

¡Gracias por tu participación!

Septiembre 2023




Anexo 4. BDI-II Inventario de Depresión de Beck

Nombre:Estado Civil..... Edad: Sexo....

Ocupación Educación:Fecha:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado.

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a Duermo la mayor parte del día
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 5. Inventario de Ansiedad de Beck

Responda este cuestionario considerando sus dificultades actuales. Considere como referencia las dificultades que ha tenido este último mes.

El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos.

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

00–21 - Ansiedad muy baja

22–35 - Ansiedad moderada

Más de 36 - Ansiedad severa

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo".

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

Cuestionario

No.	Pregunta	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1	Entumecimiento, hormigueo				
2	Sentir oleadas de calor (Bochorno)				
3	Debilitamiento de las piernas				
4	Dificultad para relajarse				
5	Miedo a que pase lo peor				
6	Sensación de mareo				
7	Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
8	Inseguridad				
9	Terror				
10	Nerviosismo				
11	Sensación de ahogo				
12	Manos temblorosas				
13	Cuerpo tembloroso				
14	Miedo a perder el control				
15	Dificultad para respirar				
16	Miedo a morir				
17	Asustado				
18	Indigestión, o malestar estomacal				
19	Debilidad				
20	Ruborizarse, sonrojamiento				
21	Sudoración (no debida al calor)				

Anexo 6. Inventario de estrés académico, SISTémico COgnoscitivista (SISCO)

Instrumento:

1.- Durante el transcurso de este semestre ¿has tenido momentos de preocupación o nerviosismo (estrés)?

Sí

No

En caso de seleccionar la alternativa “no”, el cuestionario se da por concluido, en caso de seleccionar la alternativa “sí”, pasar a la pregunta número dos y continuar con el resto de las preguntas.

2.- Con la idea de obtener mayor precisión y utilizando una escala del 1 al 5 señala tu nivel de estrés, donde (1) es poco y (5) mucho.

1	2	3	4	5

3.-Dimensión estresores

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de aspectos que, en mayor o menor medida, suelen estresar a algunos alumnos. Responde, señalando con una X, ¿con qué frecuencia cada uno de esos aspectos te estresa? tomando en consideración la siguiente escala de valores:

Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
N	CN	RV	AV	CS	S

¿Con qué frecuencia te estresa:

Estresores	N	CN	RV	AV	CS	S
La sobrecarga de tareas y trabajos escolares que tengo que realizar todos los días						

La personalidad y el carácter de los/as profesores/as que me imparten clases						
La forma de evaluación de mis profesores/as (a través de ensayos, trabajos de investigación, búsquedas en Internet, etc.)						
El nivel de exigencia de mis profesores/as						
El tipo de trabajo que me piden los profesores (consulta de temas, fichas de trabajo, ensayos, mapas conceptuales, etc.)						
Tener tiempo limitado para hacer el trabajo que me encargan los/as profesores/as						
La poca claridad que tengo sobre lo que quieren los/as profesores/as						

4.- Dimensión síntomas (reacciones)

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de reacciones que, en mayor o menor medida, suelen presentarse en algunos alumnos cuando están estresados. Responde, señalando con una X, ¿con qué frecuencia se te presentan cada una de estas reacciones cuando estás estresado? tomando en consideración la misma escala de valores del apartado anterior.

Con qué frecuencia se te presentan las siguientes reacciones cuando estás estresado:

Síntomas	N	CN	RV	AV	CS	S
Fatiga crónica (cansancio permanente)						
Sentimientos de depresión y tristeza (decaído)						
Ansiedad, angustia o desesperación						
Problemas de concentración						
Sentimiento de agresividad o aumento de irritabilidad						
Conflictos o tendencia a polemizar o discutir						
Desgano para realizar las labores escolares						

5.- Dimensión estrategias de afrontamiento

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de acciones que, en mayor o menor medida, suelen utilizar algunos alumnos para enfrentar su estrés. Responde, encerrando en un círculo, ¿con qué frecuencia utilizas cada una de estas acciones para enfrentar tu estrés? tomando en consideración la misma escala de valores del apartado anterior.

¿Con qué frecuencia utilizas cada una de estas acciones para enfrentar tu estrés:

Estrategias	N	CN	RV	AV	CS	S
Concentrarse en resolver la situación que me preocupa						
Establecer soluciones concretas para resolver la situación que me preocupa						
Analizar lo positivo y negativo de las soluciones pensadas para solucionar la situación que me preocupa						
Mantener el control sobre mis emociones para que no me afecte lo que me estresa						
Recordar situaciones similares ocurridas anteriormente y pensar en cómo las solucione						
Elaboración de un plan para enfrentar lo que me estresa y ejecución de sus tareas						
Fijarse o tratar de obtener lo positivo de la situación que preocupa						

Anexo 7. El cuestionario consumo de bebidas alcohólicas

1. ¿En los últimos tres meses ha consumido bebidas alcohólicas (cerveza/ vinos/ licores)?

Sí

No

Medida de copa estándar:

Es una herramienta para contabilizar la cantidad de alcohol, y es igual a una copa con vino de (148 ml); una lata con cerveza (355 ml) y un caballito de algún destilado (44 ml), un jarro de pulque (250 ml.) y un coctel con 1.5 de onzas de destilado (44 ml.); toda bebida servida como corresponde contiene la misma cantidad de alcohol.



2. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?

<p>Nunca (cero puntos)</p>	<p>Una o menos veces por semana.</p> <p>Tratándose de vinos de uva, una copa estándar por día, acompañado siempre con alimentos.</p> <p>(1 punto)</p>	<p>Dos o más veces por semana (2 puntos)</p>
---------------------------------------	---	--

3. ¿Cuántas copas estándar consume cuando bebe?

Mostrándole la tarjeta de copa estándar

<p>Nunca (cero puntos)</p>	<p>Mujeres: tres copas estándar o menos.</p> <p>Hombres: cuatro copas estándar o menos.</p> <p>(1 punto)</p>	<p>Mujeres: cuatro copas estándar o menos.</p> <p>Hombres: cinco copas estándar o menos.</p> <p>(2 puntos)</p>
---------------------------------------	---	---

4. ¿Con qué frecuencia consume cinco o más bebidas alcohólicas estándar en un sólo día?

Nunca	Menos de una vez al mes, siempre que no se acompañe por intoxicación (vomito, pérdida de consciencia o consecuencias negativas como caídas, accidentes, peleas, etc.	Una vez al mes o más, sin importar las consecuencias fisiológicas o sociales derivadas del consumo.
--------------	---	--

5. ¿Has tenido algunas consecuencias negativas que haya tenido asociadas al consumo de alcohol?Si No

Cuestionario consumo de bebidas alcohólicas

1. ¿En los últimos tres meses ha consumido bebidas alcohólicas (cerveza/vinos/ licores)?

Sí (continúa con el cuestionario)

No (termina el cuestionario de alcohol, continua con el cuestionario de tabaco).

2. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?

Zona de no riesgo	Zona de bajo riesgo	Zona de alto riesgo
Nunca (0 pts.)	Una o menos veces por semana. Tratándose de vinos de uva, una copa estándar por día, acompañado siempre con alimentos. (1 punto)	Dos o más veces a la semana. Cualquier cantidad consumida por: <ul style="list-style-type: none"> • menores de edad, • mujeres embarazadas, • personas que conducen vehículos automotores u operan maquinaria, • trabajadores o personas que se dedican al cuidado de otras personas, • personas con alguna adicción o con enfermedades crónicas. (2 puntos)

3. ¿Cuántas copas estándar consume cuando bebe?

Muestra a la persona la tarjeta de copa estándar (de la Unidad 5 de la Subsección 2)



Zona de no riesgo	Zona de bajo riesgo	Zona de alto riesgo
Ninguna (0 pts.)	Mujeres: Tres copas estándar o menos. Hombres: Cuatro copas estándar o menos. (1 punto)	Mujeres: Cuatro o más copas estándar Hombres: Cinco o más copas estándar (2 puntos)

4. ¿Con qué frecuencia consume cinco o más bebidas alcohólicas estándar en un solo día?

Zona de no riesgo	Zona de bajo riesgo	Zona de alto riesgo
Nunca (0 pts.)	Menos de una vez al mes*, siempre que no se acompañe por intoxicación (vómito, pérdida de conciencia) o consecuencias negativas como caídas, accidentes, peleas, etc. (1 punto)	Una vez al mes o más, sin importar las consecuencias fisiológicas o sociales derivadas del consumo (2 puntos)

* Menos de una vez al mes se refiere al consumo de una bebida alcohólica cada bimestre, trimestre, cuatrimestre, semestre, etc.

5. También debes preguntar algunas consecuencias negativas que haya tenido asociadas al consumo de alcohol.

Anexo 8. El cuestionario consumo de tabaco

1. ¿En los últimos tres meses ha consumido tabaco/cigarros/tabaco de mascar/puros/cigarro electrónico/pipas de agua/entre otros)? Señala con una X.

Sí

No

2. ¿Cuántos cigarros fuma al día?

	Puntaje
Menos de 10 cigarros/día	0
Entre 11 y 20 cigarros/día	1
Entre 21 y 30 cigarros/día	2
31 o más cigarros/día	3

3. ¿Cuánto tiempo pasa en que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?

	Puntaje
Hasta 5 minutos	0
De 6 a 30 minutos	1
De 31 a 60 minutos	2
Más de 60 minutos	3

4. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)? Señala con una X.

Sí

No

5. ¿Has tenido algunas consecuencias negativas que haya tenido asociadas al consumo de tabaco?

Sí

No

Cuestionario consumo de tabaco	
6. ¿En los últimos tres meses ha consumido tabaco/cigarros/tabaco de mascar/ puros/cigarro electrónico/pipas de agua/entre otros)?	
Sí (continúa con el cuestionario) No (termina el cuestionario de tabaco)	
	Puntaje
7. ¿Cuántos cigarros fuma al día?	
Menos de 10 cigarros/día	0
Entre 11 y 20 cigarros/día	1
Entre 21 y 30 cigarros/día	2
31 o más cigarros	3
8. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarro?	
Hasta 5 minutos	3
De 6 a 30 minutos	2
De 31 a 60 minutos	1
Más de 60 minutos	0
9. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)	
Sí	1
No	0
10. También debes preguntar algunas consecuencias negativas que haya tenido asociadas al consumo de tabaco.	

Anexo 9. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM NEZAHUALCÓYOTL
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA Y SALUD



Consentimiento informado

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado **“Relación de la depresión, ansiedad y estrés académico con el consumo de tabaco y alcohol en los estudiantes de medicina”** que se realizará en la **Unidad Académica Profesional Chimalhuacán** a cargo de **Patricia Martínez Blancas** estudiante de la maestría en Psicología y Salud del Centro Universitario UAEM Ecatepec, el cual tiene por objetivo **conocer y establecer la relación entre los síntomas de depresión, ansiedad y estrés académico con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de medicina** y cuya realización es importante, dado que las estadísticas actuales sobre el consumo sustancias psicoactivas en la población muestran cifras significativas, además de indicar que son los estudiantes de medicina un sector que presentan una mayor tasa de depresión y estrés, este último, debido a las cargas que se suscitan dentro de su formación académica. Aunado a esto, algunas investigaciones en diferentes países coinciden en la asociación de algunas de estas variables y la forma negativa que impactan a la población joven. Lo novedoso de la presente investigación en la actualidad no se cuentan con suficientes estudios publicados que concatenan los factores de depresión, ansiedad y estrés académico con consumo de tabaco y alcohol, en estudiantes de medicina, en el Estado de México. Asimismo, la Ley Federal de Salud en su artículo 186 sugiere que la forma de obtener información sobre alcohol que de evidencia es haciendo investigación en los diferentes grupos de la población, en este caso, el educativo.

Toda la información que proporcione en este estudio será de carácter estrictamente confidencial; utilizándose únicamente por el equipo de investigación y con su posible difusión en congresos, conferencias, coloquios, foros de expertos o artículos científicos y de divulgación, y no estará disponible para ningún otro propósito que no sea académico y/o de investigación. Quedará identificado(a) con un seudónimo o una clave para proteger su privacidad y anonimato.

De acuerdo con el *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación con seres humanos*, su participación en esta investigación conlleva un **riesgo mínimo** para su salud o para su persona. Los beneficios que obtendrá serán **información reciente y útil para afianzar mayor conocimiento sobre la depresión, ansiedad, estrés académico, consumo de tabaco y alcohol. Igualmente, estará contribuyendo a generar conocimiento científico en la detección del problema en cualquiera de sus variables, las formas de prevenirlo y controlar estos problemas de salud dentro de la Unidad Académica Profesional Chimalhuacán.**

Por lo anterior, hago constar que:

Se me informó que las **actividades/procedimientos** consisten en contestar cinco cuestionarios que tomarán aproximadamente **55 minutos**. Mi participación consistirá en **contestar en su totalidad los cuestionarios**.

Mi participación en esta investigación es totalmente voluntaria, por lo que estoy en plena libertad de negarme a responder algún cuestionario o de retirarme de la investigación en cualquier momento que así lo decida, sin que esto implique alguna represalia o sanción.

Estoy consciente de que no **recibiré ninguna compensación económica** por mi participación; pero a cambio al término de mi participación, podría recibir **un informe impreso sobre los resultados de la investigación**. Así mismo, mi participación no me generará costos de ningún tipo ni antes, durante o después de la investigación.

Si deseo obtener más información estoy enterado(a) que puedo contactar a la Lic. Patricia Martínez Blancas a través del correo electrónico pmartinezb006@alumno.uaemex.mx o en el teléfono 5951097761, o a la Dra. Georgina Contreras Landgrave en el correo electrónico gcontrerasl@uaemex.mx

Si desea participar, favor de llenar el siguiente apartado.

AUTORIZACIÓN

Declaro que he leído y comprendido la información, así como resuelto dudas acerca de estas actividades de la investigación, se me ha explicado y me siento satisfecho con la información recibida y finalmente doy mi consentimiento.

Indique si acepta **participar voluntariamente** en la investigación:

Sí, acepto participar ()

No, acepto participar ()

Fecha: _____

Nombre y firma del participante

Anexo 10

Tabla 14

Correlaciones de las variables de estudio

Variables	1	2	3	4	5
1. Depresión	-				
2. Ansiedad	.780**	-			
3. Nivel de estrés académico	.538**	.573**	-		
4. Consumo de tabaco	.048	.069	.009	-	
5. Consumo de alcohol	.119*	.111*	.053	.144**	-

Nota. Elaboración propia. **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 16

Otras correlaciones positivas

Variable	1	2	3	4
1. Edad	-			
2. Semestre	.692**	-		
3. Consumo de tabaco	.050	.023	-	
4.. Consumo de alcohol	.154**	.143**	.144**	-

Nota. Elaboración propia. **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).