

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimenticia en estudiantes universitarios. Universidad Rafael Landívar Campus Central, Guatemala, junio 2017.

TESIS DE GRADO

ROBERTO GUILLERMO CHIROY SANTOS
CARNET 12049-11

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2017
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimenticia en estudiantes universitarios. Universidad Rafael Landívar Campus Central, Guatemala, junio 2017.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

ROBERTO GUILLERMO CHIROY SANTOS

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2017
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ

SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

DIRECTOR DE CARRERA: MGTR. EDGAR ENRIQUE CHÁVEZ BARILLAS

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN
LIC. HÉCTOR ANTONIO OCHOMOGO GUTIÉRREZ

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN
MGTR. MARIO ROBERTO IRAHETA MONROY
LIC. RUTH MARIA GUERRERO CABALLEROS
LIC. TERESA BEATRIZ MONTÚFAR LANDAVERRY



**VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION**

Guatemala, 23 de junio del 2017

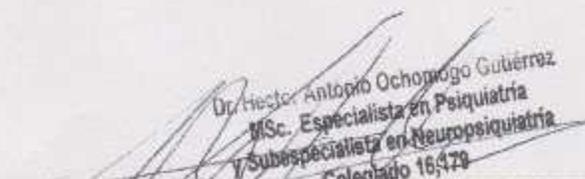
Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: **Prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimenticia en estudiantes universitarios**. Universidad Rafael Landívar, campus central, junio 2017, Guatemala. Del estudiante **Roberto Guillermo Chiroy Santos** con **carne N° 1204911**, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,


Dr. Héctor Antonio Ochomogo Gutiérrez
MSc. Especialista en Psiquiatría
y Subespecialista en Neuropsiquiatría
Colegiado 16,479

Dr. Héctor Antonio Ochomogo
Asesor de Investigación
(Firma y Sello Profesional)



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado del estudiante ROBERTO GUILLERMO CHIROY SANTOS, Carnet 12049-11 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09770-2017 de fecha 24 de agosto de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

Prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimenticia en estudiantes universitarios. Universidad Rafael Landívar Campus Central, Guatemala, junio 2017.

Previo a conferírsele el título de MÉDICO Y CIRUJANO en el grado académico de LICENCIADO.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 29 días del mes de agosto del año 2017.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

Agradecimientos:

A Dios por ser parte fundamental en mi vida y brindarme salud, sabiduría y entendimiento para lograr este triunfo en mi vida académica.

A mis queridos padres por todo el apoyo incondicional que me han brindado para hacer de mí una persona de bien con sus enseñanzas, con su ejemplo de trabajo arduo que día a día realizan ya que son mis guías y el amor de mi vida. Dios los bendiga siempre.

A mi hermana Alejandra, su esposo Javier y mi querida sobrina Valeria por darme su apoyo en todo momento y ser pilares importante en esta familia, los llevo siempre en mi corazón.

A Astrid por su apoyo diario, por estar conmigo en los momentos difíciles y demostrarme su amor, que a pesar de las dificultades es posible alcanzar las metas trazadas siempre y cuando todo sea por amor.

Al doctor Héctor Ochomogo por sus asesorías académicas, dedicación y apoyo incondicional.

A la Universidad Rafael Landívar por abrirme sus puertas siendo un orgulloso becado Loyola de la cuarta generación y haberme dado la oportunidad de alcanzar este éxito en mi carrera.

Por ultimo al Colegio Salesiano Don Bosco por haber sido pieza importante en la formación del hombre que soy y por facilitarme mis estudios universitarios al haberme conferido la beca Loyola.

Resumen

Antecedentes: se estima que la población de estudiantes universitarios refleja valores más elevados de trastornos psiquiátricos que la población en general debido a que se toma en cuenta que esta población cursa por una etapa evolutiva asociado a esto el estrés psicosocial y el consumo de sustancias que genera riesgo en presentar trastornos psiquiátricos.

Objetivos: encontrar la prevalencia de ansiedad, depresión y trastornos de la conducta alimenticia en estudiantes de la Universidad Rafael Landívar. Caracterizar al estudiante universitario epidemiológicamente y académicamente.

Diseño: descriptivo, observacional y transversal

Materiales y métodos: la muestra fue de 1117 estudiantes de pregrado de ocho de las nueve facultades de la universidad Rafael Landívar seleccionando dos carreras por facultad a estudiantes de primero a cuarto año de la carrera que respondieron de manera individual escalas para ansiedad (Hamilton Scale) para depresión (Beck depression test) y para trastornos alimenticios (Eating attitudes test)

Resultados: se asocia ansiedad hasta en un 40.4% de la población, depresión hasta en un 23.2% de la población, trastornos de la conducta alimenticia hasta en un 15.8%, ideación y/o planificación suicida un 13.3% de la población, 62.6% para el consumo de alcohol y un 12.3% para el consumo de drogas en estudiantes universitarios.

Conclusiones: la ansiedad obtuvo los valores más altos asociándose a no ser estudiante exitoso, consumo de sustancias y antecedentes familiares.

Palabras clave: estudiantes universitarios, ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimenticia.

Índice

1. Introducción.....	1
2. Marco Teórico.....	2
3.1 Trastornos Alimenticios.....	2
3.2 Trastornos depresivos.....	11
3.3 Trastorno de ansiedad.....	17
3 Objetivos.....	21
3.1 Objetivo general:.....	21
3.2 Objetivo Específico:.....	21
4. Materiales y métodos.....	22
4.1 Tipo de estudio:.....	22
4.2 Población:.....	22
4.3 Selección y tamaño de la muestra:.....	22
4.4 Recolección de Datos.....	23
4.5 Manejo de datos y análisis estadístico.....	24
5. Resultados:.....	28
6. Análisis y Discusión de resultados:.....	40
6.1 Trastornos de ansiedad:.....	40
6.2 Depresión:.....	44
6.3 Trastornos alimenticios.....	45
7. Conclusiones.....	47
8. Recomendaciones.....	48
9. Bibliografía.....	49
10. Anexos.....	52

1. Introducción

Estudios anteriores realizados en la Universidad Rafael Landívar en el año 2015 asocia a la ansiedad y depresión con síndrome de intestino irritable encontrando valores hasta de un 17.6% de depresión y un 4.7% de ansiedad en la población de estudiantes universitarios. Por otra parte en el año del 2011 se lleva a cabo un estudio para encontrar la prevalencia de trastornos de la conducta alimenticia en estudiantes de nutrición de la Universidad Rafael Landívar encontrando hasta un 54% de este trastorno en estudiantes de primer año, en otros países latinoamericanos se estima que por lo menos un tercio de la población en general ha presentado algún desorden psiquiátrico a lo largo de su vida por lo tanto la importancia de este tipo de estudios se encuentra en que la población de estudiantes universitarios ha interesado últimamente a los investigadores y clínicos en el campo de la salud mental ya que aunque en nuestro país pocos son los que tienen acceso a una educación de nivel universitario y que es una élite en términos sociales se ha identificado distintas características psicopatológicas que afectan el bienestar y con ello impiden una adaptación apropiada. La mayoría de estudiantes de pregrado se encuentran en la adolescencia tardía en donde se tiende a desarrollar problemas de salud mental como por ejemplo los trastornos del afecto y de ansiedad. También se debe tomar en cuenta que durante esta etapa de la vida se ven acentuadas conductas de riesgo como el uso y abuso de sustancias, conductas antisociales, patrones desadaptativos como trastornos en la personalidad, vulnerabilidad en la aparición de trastornos de la conducta alimenticia y distintas formas de psicosis.

Por lo que en este contexto se observa un aumento de factores de riesgo en este grupo para desarrollar trastornos psiquiátricos destacando trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos de uso y abuso de sustancias, tendencias suicidas y trastornos de la conducta alimenticia. Ya que se ha identificado mayor prevalencia de cuadros depresivos en estudiantes universitarios que en la población en general al igual que el aumento de intentos suicidas o de suicidio consumado en jóvenes.

Esto se ve relacionado con un tema importante del uso de sustancias, estudios nacionales e internacionales demuestran el uso de drogas y consumo de alcohol está concentrado entre 18 y 25 años siendo factores precipitantes para la aparición de síntomas psiquiátricos.

Estos problemas en salud mental influyen significativamente en el desempeño académico de los estudiantes y su calidad de vida por lo que se propuso como objetivo general de este estudio encontrar la prevalencia de ansiedad, depresión y trastornos de la conducta alimenticia y caracterizar epidemiológicamente y académicamente al estudiante universitario durante el mes de junio del 2016 en la Universidad Rafael Landívar en 8 de sus 9 facultades en el campus central de Guatemala.

2. Marco Teórico

3.1 Trastornos Alimenticios

Se ven caracterizados por alteración en la alimentación o del comportamiento que se ve relacionado con los alimentos que genera una alteración en el consumo y la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo en la salud y el desarrollo psicosocial de los individuos. (1)

3.1.1 Anorexia nerviosa

El término de anorexia nerviosa tiene su origen del griego que significa “pérdida de apetito” y una palabra latina que implica un origen nervioso, este es un conjunto de signos y síntomas caracterizados por tres bases importantes

1. Inanición autoinducida en un grado y comportamiento significativo
2. Búsqueda implacable de la delgadez o un miedo mórbido a la obesidad
3. Presencia de signos y síntomas médicos debidos a la inanición

La anorexia nerviosa es a menudo pero no siempre asociado con trastornos de la imagen corporal (2)

Etiología

Las causas de la anorexia nerviosa se ven relacionados a factores biológicos, sociales y psicológicos, algunos estudios demuestran que entre gemelos monocigóticos se observan tasas más elevadas que los gemelos dicigóticos. Se observa que las hermanas de las pacientes que sufren de un trastorno de la conducta alimenticia poseen mayor probabilidad de desarrollar el trastorno pero esto se ve más asociado a factores sociales que genéticos. Los trastornos del estado de ánimo se ven en mayor número en los miembros de la familia que la población general, se asocia comorbilidades a este tipo de trastornos un 65% con depresión, 34% fobia social, 25% trastorno obsesivo compulsivo. (2)

Entre la neuroquímica de esta entidad la reducción de concentraciones de 3-metoxi-4-hidroxi-fenilglicol (MHFG) en la orina y en el líquido cefalorraquídeo en algunos pacientes con anorexia nerviosa sugiere una reducción del recambio y de la actividad de la noradrenalina. En estos pacientes se ha observado una relación inversa entre el MHFG y la depresión, un aumento de MHFG se asocia con una reducción de la depresión. (2)

- Factores biológicos: en este tipo de pacientes los opioides endógenos pueden contribuir a la negación del hambre. Se ha observado en algunos pacientes que la administración de antagonistas de los opiáceos muestran aumento de peso. La desnutrición provoca muchos cambios bioquímicos

los cuales también se dan en la depresión, como es el caso de la hipercortisolemia y la falta de supresión con la dexametasona y la supresión de la glándula tiroides, la desnutrición provoca amenorrea pero en ocasiones pueden desarrollarse amenorrea sin antes haber sufrido una pérdida significativa de peso. Estudios por imágenes han revelado un aumento de tamaño de los espacios del líquido cefalorraquídeo en pacientes anoréxicas, esto se ve invertido cuando la paciente gana peso, en tomografía por emisión de positrones el metabolismo del núcleo caudado fue más elevado en el estado anoréxico que después de la realimentación. (2)

En algunos casos se ha observado una disfunción en el eje hipotálamo – hipófisis ya que se observa disfunciones en neurotransmisores implicados en la regulación de la conducta alimenticia en el núcleo para ventricular del hipotálamo como es el caso de serotonina, dopamina y noradrenalina (2)

- Factores sociales: este tipo de pacientes se ven respaldados en su comportamiento por el énfasis imperante en la sociedad de la delgadez y el ejercicio, se ve asociado a problemas familiares especialmente en los subtipos de atracones o purgas, se muestra niveles más elevados de hostilidad, caos, aislamiento, niveles bajos de atención y empatía; se ve asociado en la participación en academias de danza estrictas. En el caso de los varones se asocia a una orientación homosexual, no se ve asociado a la orientación sexual si no que se debe a las normas en torno a una figura más esbelta. (2)
- Factores psicológicos y psicodinámicos: los pacientes con este trastorno sustituyen con sus preocupaciones obsesiones con la alimentación y el aumento de peso, las actividades propias de un adolescente. Este tipo de paciente poseen falta de sentido de autonomía y de identidad personal. (2)

Subtipos

En la mayoría de los casos de individuos con anorexia nerviosa de tipo atracones/purga, suele presentarse que después de un atracón se purgan a través del vómito o a través del uso incorrecto de laxantes, diuréticos o enemas. Existen otros casos de este tipo de anorexia, que no se presentan episodios de atracones de comida pero si de purga, principalmente después de pequeñas cantidades de alimentos. (1)

Características médicas

El compromiso nutricional asociado a este trastorno afecta a la mayor parte de los sistemas orgánicos principales, además de traer consigo otras alteraciones. Entre las alteraciones fisiológicas se encuentra la amenorrea. A pesar de que la mayoría

de las alteraciones fisiológicas asociadas y/o causadas por la malnutrición son reversibles mediante la rehabilitación nutricional.

Muchos de estos individuos suelen presentar signos y síntomas de depresión, como el ánimo deprimido, aislamiento social, irritabilidad, insomnio, entre otras. Los síntomas obsesivo-compulsivos, pueden o no estar relacionados con la alimentación. En la mayoría de estos casos de individuos con anorexia nerviosa está preocupada con pensamientos relacionados con la comida. En algunos casos acaparan recetas o acumulan comida. Las observaciones de los comportamientos asociados a otras formas de hambre sugieren que las obsesiones y las compulsiones relacionadas con la comida pueden exacerbarse por la presencia de desnutrición. En el caso en que los individuos con anorexia nerviosa muestran obsesiones y compulsiones que no se relacionan con los alimentos, la constitución y peso corporal se podrá justificar un diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo.

Un subgrupo de estos individuos con anorexia nerviosa suelen presentar niveles excesivos de actividad física. El aumento de la actividad física suele preceder al inicio del trastorno y en el transcurso del mismo. Por otro lado, los individuos con anorexia nerviosa pueden llegar a usar incorrectamente los medicamentos. (1)

Características diagnósticas

La anorexia nerviosa presenta tres características principales: 1) La restricción de la ingesta energética persistente, 2) El miedo intenso a ganar peso o un comportamiento persistente que interfiere con la misma ganancia de peso y 3) La alteración de la forma de percibir el peso y la constitución propia.

Por lo general el individuo mantiene un peso por debajo de lo normal para su edad, sexo, fase de desarrollo y salud física. Este criterio requiere que el peso del individuo sea significativamente bajo. La valoración del peso puede complicarse, ya que este varía de un individuo a otro. El Índice de Masa Corporal (IMC) es la medida más adecuada y útil para valorar el peso a partir de la altura. Para los adultos, la Organización Mundial de la Salud utiliza un IMC de 18.5 kg/m² como límite inferior del peso corporal normal. Mientras que un IMC de 17.00 kg/m² indica que el individuo adulto presenta delgadez moderada y se considera que si es menor a este valor el individuo presenta delgadez grave. (1)

Los individuos con este trastorno, suelen presentar un miedo intenso a la ganancia de peso. Generalmente este miedo no suele desaparecer ni aliviarse con la pérdida de peso. De hecho la preocupación aumenta, incluso cuando se ha perdido peso. Por ello la percepción y la importancia del peso corporal y la constitución se encuentran distorsionados.

Prevalencia

La prevalencia a los 12 meses de la anorexia nerviosa entre las mujeres jóvenes es aproximadamente de 0.4%. La prevalencia entre los hombres es mucho menos común, reflejando una proporción entre mujeres y hombres es de aproximadamente 10:1. (1,2)

Desarrollo y curso

Este trastorno suele empezar durante la adolescencia o la edad adulta temprana. El inicio de dicho trastorno se suele asociar a un acontecimiento vital estresante. El curso y desenlace son variables. Las personas más jóvenes suelen manifestar características atípicas. Mientras que en los individuos de mayor edad es más probable que el mismo trastorno tenga una mayor duración y pueden llegar a presentar aún más signos y síntomas.

Muchas personas tienen un periodo de cambio en su conducta alimentaria antes de que se cumplan los criterios. Algunos otros se recuperan después de un solo episodio; otros pueden mostrar un patrón fluctuante de aumento de peso seguido de una recaída y otros también pueden presentar un curso crónico durante muchos años. (1,2)

Factores de riesgo

- **Temperamentales:** los individuos que llegan a desarrollar trastornos de ansiedad o rasgos obsesivos en la infancia, tienden a presentar mayor riesgo.
- **Ambientales:** la variabilidad histórica e intercultural que presenta la prevalencia a este trastorno avala su relación con la cultura y los entornos en los que se basa el individuo para valorar su delgadez.
- **Genéticos y fisiológicos:** se ha hallado un mayor riesgo de presentar trastornos depresivos y bipolares entre los familiares de primer grado de las personas con anorexia nerviosa. (1,2)

Criterios diagnósticos

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, lo que conduce a un bajo peso con relación a la edad, sexo, desarrollo y salud física.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso presentando un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que la persona se percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso actual.

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, no se han presentado episodios recurrentes de atracones o purgas. Esta clasificación se basa en presentar pérdida de peso debido a la dieta insuficiente, ayuno y/o ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, se han presentado episodios recurrentes de atracones o purgas. (1)

3.1.2 Bulimia Nerviosa

En muchos de los casos se presenta bulimia nerviosa debido a un intento fallido de anorexia nerviosa, compartiendo el objetivo de alcanzar la delgadez pero se produce en un individuo con poca capacidad para mantener una semi-inanición prolongada o un hambre intensa con la consistencia de los pacientes con anorexia nerviosa de tipo restrictivo. (1,2)

Epidemiología:

Esta es más prevalente que la anorexia, esta oscila entre un 2% y un 4% en las mujeres jóvenes. Al igual que sucede con la anorexia nerviosa, se observa con mayor frecuencia en mujeres en comparación con los hombres y su inicio se produce en etapas más avanzadas de la adolescencia. En torno al 20% de las mujeres universitarias presentan síntomas bulímicos transitorios en algún momento de sus años de universidad, se estima que lo padecen el 1% de la población general. (2)

Etiología:

Factores biológicos: se ha asociado los ciclos de atracones y purgas con diversos neurotransmisores. Como los antidepresivos a menudo ayudan a los pacientes con bulimia nerviosa y dado que se ha vinculado la serotonina con la saciedad se ha propuesto la participación de la serotonina y la noradrenalina.

Factores sociales: estos pacientes suelen responder hacia las presiones de la sociedad a favor de la delgadez. Asimismo muchos pacientes con bulimia se encuentran deprimidos y tienen un mayor grado de depresión familiar. Estos pacientes refieren a sus padres como negligentes y dados al rechazo

Factores psicológicos: en estos pacientes se asocia la dependencia del alcohol, los hurtos en tiendas y la labilidad emocional incluyendo las tentativas de suicidio,

en estos pacientes se produce un descontrol de su conducta alimentaria de un modo más egodistónico por lo que poseen mucho mejor pronóstico por la disposición a buscar ayuda. (1)

Criterios diagnósticos:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1. Ingestión, en un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de personas ingeriría en un periodo similar a las circunstancias parecidas
 - 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso como el vómito autoprovocado, el uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados producen, de promedio al menos una vez a la semana durante tres meses
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (1)

3.1.3 Otros tipos de trastornos relacionados con la alimentación

Pica

Pica, se caracteriza por la ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un periodo mínimo de 1 mes (Criterio A), para ello es necesaria la atención clínica. Las sustancias que típicamente se suelen ingerir tienden a variar con la edad y disponibilidad, entre ellas se encuentran: papel, jabón, ropa, pelo, cuerdas, lana, tierra, tiza, talcos, pintura, metales, carbón vegetal o mineral, cenizas, barro, almidón o hielo. En estos casos no existe normalmente una aversión a la comida en general. La ingesta de sustancias no nutritivas y no alimentarias deberá ser inapropiada para el grado de desarrollo (Criterio B) y no deberá formar parte de una práctica culturalmente aceptada (Criterio C). Se ha recomendado una edad mínima de dos años para el diagnóstico. Por otro lado, la ingesta de estas sustancias no nutritivas puede ser una característica asociada a otros trastornos mentales, por ejemplo: discapacidad intelectual, esquizofrenia, autismo. Ahora bien, si el comportamiento alimentario se produce exclusivamente en el contexto de otro trastorno mental, se deberá realizar

un diagnóstico diferenciado de pica, si el comportamiento alimentario es grave o si se requiere de una atención clínica adicional (Criterio D). (1)

En muchos de los casos se han encontrado deficiencias de vitaminas y/o minerales, sin embargo en otros casos no se logran encontrar estas deficiencias. En algunas ocasiones, los pacientes con pica requieren atención clínica únicamente debido a ciertas complicaciones que pueden presentar, por ejemplo: problemas de mecánica intestinal, obstrucción en el tracto gastrointestinal, perforación intestinal, infecciones como toxoplasmosis e incluso envenenamiento dependiendo de los componentes de la sustancia.

Trastorno de rumiación

El trastorno de rumiación, consiste en la regurgitación repetida de alimentos después de haberlos ingerido, durante un periodo mínimo de un mes (Criterio A). La comida que puede estar parcialmente digerida se devuelve a la boca sin la presencia de náuseas, arcadas involuntarias ni desagrado. En este trastorno, la regurgitación suele ser frecuente, si no es a diario por lo general se repite varias veces por semana. La regurgitación repetida no se atribuye a una afección gastrointestinal ni a otra afección médica (Criterio B), tampoco se produce exclusivamente durante el curso de la anorexia nerviosa, un trastorno de atracones o un trastorno de restricción de alimentos (Criterio C). Si los síntomas son causados por otro trastorno mental, debe ser lo suficientemente grave para brindar atención clínica adicional (Criterio D).

Este trastorno se puede diagnosticar durante toda la vida, principalmente en aquellos que presentan discapacidad intelectual. En algunos casos, el diagnóstico se puede realizar en base a la información referida por el paciente o bien observando el comportamiento. (1)

Trastornos de evitación/ restricción de la ingesta de alimentos

Por su parte el trastorno de evitación/ restricción de la ingesta de alimentos, sustituye y amplía el diagnóstico del trastorno de alimentación en la infancia y la primera niñez del DSM.IV. La principal característica de este trastorno es la evitación o restricción de la ingesta de alimentos (Criterio A), la cual suele ser manifestada por un fracaso clínicamente significativo para obtener las necesidades nutritivas, o bien una ingesta energética insuficiente. El paciente debe presentar una o más de las siguientes características principales: pérdida de peso significativa, deficiencia nutricional significativa (o bien otro efecto sobre la salud), dependencia de una alimentación enteral o suplementos orales o bien una marcada interferencia en el funcionamiento psicosocial. La característica que determina este trastorno, es la pérdida de peso significativo (Criterio A1), en el

caso de los niños y adolescentes que no han completado su crecimiento pueden no mantener su peso ni talla durante la trayectoria de su desarrollo. (1)

La determinación del grado de deficiencia nutricional (Criterio A2) depende de la valoración clínica y el efecto que se presenta sobre la salud física puede ser de un grado de gravedad similar al que se produce por la anorexia nerviosa. La dependencia de una alimentación enteral o de suplementos nutricionales orales (Criterio A3) significa que se requiere una alimentación suplementaria para mantener una ingesta adecuada. Por otro lado, estos pacientes pueden presentar una incapacidad para participar en actividades sociales de forma normal, como comer con otras personas o bien mantener relaciones, lo cual indica una marcada interferencia en el funcionamiento psicosocial. (Criterio A4).

Este trastorno no incluye la evitación o restricción de alimentos con la falta de disponibilidad de los mismos o con prácticas religiosas o culturales (ayunos o dietas) (Criterio B). El trastorno no se explicaría mejor por una excesiva preocupación por la constitución o peso corporal (Criterio C), ni por trastornos mentales o factores clínicos concurrentes (Criterio D).

En algunos casos este trastorno puede estar basado en las características organolépticas de la comida y puede tratarse de una sensibilidad extrema a su apariencia, color, olor, textura, temperatura o gusto. Los individuos con una elevada sensibilidad sensorial asociada al autismo pueden mostrar comportamientos similares. (1)

Trastorno de atracones

La característica principal de este trastorno son los episodios recurrentes de atracones que se tienen, de promedio una vez por semana durante tres meses (Criterio D). Uno de estos episodios de atracón se define como en un periodo determinado la ingesta de una cantidad de alimentos es claramente superior a la que la mayoría de personas ingerirían en un periodo y circunstancias similares (Criterio A1). El contexto en el que se dan estos episodios puede afectar la valoración de una ingesta excesiva o no. La existencia de un consumo excesivo de alimentos debe acompañarse de una sensación de falta de control (Criterio A2). Un indicador de la pérdida de control es la incapacidad para contenerse y no comer, o para parar de comer una vez que haya empezado. (1)

Estos atracones deberán caracterizarse por un malestar intenso (Criterio C) y al menos tres de las siguientes características: 1) comer mucho más rápido de lo normal, 2) comer hasta sentirse desagradablemente lleno, 3) comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre, 4) comer solo debido a la

vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere y 5) no sentirse bien con uno mismo, deprimido o muy avergonzado (Criterio B).

Estos individuos suelen sentirse típicamente avergonzados por sus problemas alimentarios e intentan ocultar sus síntomas.

Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado

En esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan un malestar clínicamente significativo, o bien un deterioro en el desempeño laboral, social u otras áreas importantes. Algunos de los ejemplos más comunes de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son:

1. Anorexia nerviosa atípica: es en la que se cumplen los criterios de dicho trastorno, excepto el peso a pesar de la pérdida significativa.
2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): en esta se cumplen todos los criterios diagnósticos del trastorno, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, en un promedio de menos de una vez por semana o bien durante menos de tres meses.
3. Trastorno de atracones (de frecuencia baja y/o duración limitada): en este se cumplen todos los criterios para este trastorno, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios se producen menos de una vez por semana o bien durante menos de tres meses.
4. Trastorno de purgas: consiste en un comportamiento de purgas recurrente para influir en el peso o en la constitución en ausencia de episodios de atracones.
5. Síndrome de ingesta nocturna de alimentos: este consiste cuando se presentan episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertarse del sueño o bien por un consumo excesivo después de haber cenado. (1,2)

Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado

En esta categoría de los trastornos se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria que causan algún malestar clínicamente significativo o bien un deterioro en el aspecto social, laboral u otras áreas importantes del individuo. Sin

embargo no se cumple con todos los criterios diagnósticos del trastorno que predomina.

3.2 Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos incluyen también al trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a alguna afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no identificado. (1,2)

La característica en común de todos estos trastornos, es la presencia de ánimo triste en el individuo, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan de manera significativa la capacidad funcional del individuo. Para diferenciar cada trastorno es la duración, la presentación temporal o la etiología.

El trastorno depresivo mayor es considerado el trastorno clásico del grupo. Este se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración, los cuales implican cambios en el afecto, cognición y funciones neurovegetativas y remisiones inter episódicas. En estos casos puede establecerse el diagnóstico en base a un solo episodio, sin embargo estos individuos suelen presentar más de uno. Se considera importante diferenciar la tristeza normal de la tristeza del episodio depresivo mayor. (1,2)

A continuación se detallan más a fondo estos trastornos depresivos, ya que como se mencionó anteriormente existen varios tipos de este trastorno.

3.2.1 Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

El rasgo principal de este trastorno es una irritabilidad crónica grave y sobre todo persistente. Esta irritabilidad grave tiene dos manifestaciones clínicas relevantes: 1) Los accesos de cólera frecuentes, estos suelen ocurrir principalmente en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales. Estos deben ocurrir de forma frecuente, en un promedio de tres o más veces por semana (Criterio C), o bien en al menos un año y en al menos dos ambientes (Criterio E y F), y deberán ser inapropiados para el grado de desarrollo del individuo (Criterio B). 2) Un estado de ánimo persistentemente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera. Este estado de ánimo que suele ser irritable o enfadado es característico del niño, se presenta en la mayor parte del día, a diario

generalmente y es apreciable por las personas que se encuentran en el entorno del niño (Criterio D). (1)

En el caso de los niños, algunos investigadores consideran la irritabilidad grave no episódica como una característica del trastorno bipolar. Por ello en la prueba DSM-5, el término “bipolar” se reserva explícitamente para las presentaciones episódicas de los síntomas bipolares. Mientras que en el DSM-IV no cuenta con ningún diagnóstico pensado para aquellos jóvenes cuyos síntomas distintivos consistían en irritabilidad muy marcada y no episódica, mientras que en el DSM.5, se incluyó la categoría para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. (1,2)

Prevalencia

Este trastorno es frecuente en los niños que asisten a las consultas de salud mental infantil. Sin embargo, basándose en las tasas de irritabilidad grave, persistente y crónica, la prevalencia en niños y adolescentes que presentan estas características en un periodo de 6 meses a 1 año corresponde al 2-5%. (3)

Desarrollo y curso

El inicio de este trastorno debe presentarse antes de los 10 años y el diagnóstico no debería aplicarse a los menores de 6 años. Sin embargo, los niños que presentan irritabilidad crónica tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos unipolares y trastornos de ansiedad en su etapa adulta.

Este trastorno es más frecuente que el trastorno bipolar antes de la adolescencia y los síntomas por lo general, son menos frecuentes conforme el niño pasa a la edad adulta.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales: estos individuos, generalmente niños, normalmente se presentan historias psiquiátricas complicadas. Es frecuente encontrar antecedentes amplios de irritabilidad crónica. Muchos de estos casos presentan síntomas que cumplen los criterios del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TADH), acompañado de un trastorno de ansiedad. (1,2)

Genéticos y fisiológicos: se ha sugerido que los niños que presentan irritabilidad crónica no episódica pueden diferenciarse de los niños con trastorno bipolar basándose en un riesgo familiar.

3.2.2 Trastorno de depresión mayor

Los síntomas de los criterios diagnóstico de este trastorno deben de aparecer casi a diario para poderlos considerar, exceptuando el cambio de peso y la ideación suicida. El ánimo debe estar deprimido la mayor parte del tiempo y con frecuencia. A menudo se suelen presentar los siguientes síntomas: insomnio y fatiga.

El rasgo principal de este trastorno consiste en un periodo de tiempo de la menos una semana durante la cual el individuo va a presentar ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas sus actividades (Criterio A). En el caso de los niños y adolescentes el ánimo suele presentarse irritable más que triste. Sin embargo, en este trastorno el ánimo lo describe a menudo la persona como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o por los suelos (Criterio A1). Es por ello que en la mayoría de los casos se produce una pérdida de interés o placer al realizar sus actividades cotidianas y/o “hobbies” (Criterio A2).

Por otro lado, estos individuos suelen presentar alteración del apetito, la cual puede darse en forma de disminución o aumento. Principalmente cuando estas alteraciones son graves y hay una pérdida o ganancia de peso significativa (Criterio A3).

Estos individuos suelen presentar también alteraciones del sueño, estas se pueden presentar en forma de dificultad para dormir o de sueño excesivo (Criterio A4). Cuando se presentan casos de insomnio, normalmente se presenta como un insomnio medio. También puede presentarse como un insomnio precoz o un exceso de sueño.

Entre los cambios psicomotores se incluyen: la agitación y la lentificación (Criterio A5). Estos dos cambios deben ser lo suficientemente graves como para ser observables por otras personas y no deben presentar únicamente sensaciones subjetivas. La disminución de energía, cansancio y fatiga son frecuentes en estos individuos (Criterio A6).

Existe también un sentimiento de inutilidad o de culpa durante el episodio depresivo mayor, en esta se pueden incluir evaluaciones negativas, fuera de la realidad, de la propia valía, preocupaciones de culpa y rumiaciones sobre pequeños errores del pasado (Criterio A7). En muchos de estos pacientes, se refiere incapacidad para pensar, concentrarse o tomar pequeñas decisiones (Criterio A8). Cuando el episodio es tratado con éxito, los problemas de memoria a menudo desaparecen por completo. Sin embargo, en algunos casos, principalmente en ancianos, un episodio de depresión mayor puede ser en muchos casos la presentación inicial de una demencia irreversible.

En este trastorno, es frecuente encontrar pensamientos de muerte, la ideación suicida o bien los intentos de suicidio (Criterio A9). Por lo tanto, la evaluación de los síntomas de este trastorno es sumamente difícil cuando ocurre en un paciente que además presenta una afección médica general. Debido a que algunos de los signos y síntomas de los criterios son idénticos a los de esas afecciones médicas. (1,2)

Prevalencia

A los 12 meses del trastorno depresivo mayor en Estados Unidos, corresponde al 7% aproximadamente. De modo que los individuos de 18 a 29 años son tres veces mayor que la prevalencia en los pacientes mayores de 60 años. Las mujeres presentan tasas que llegan a ser 1.5 a 3 veces mayores que las de los hombres. (1,3)

Desarrollo y curso

La incidencia en Estados Unidos presenta un pico hacia los 20 años, sin embargo, es anormal que se debute en la ancianidad. El curso del trastorno es bastante variable, ya que en algunos pacientes apenas presentan remisiones, mientras que en otros pueden permanecer durante años con pocos o ningún síntoma. (1)

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales: la afectividad negativa es un factor de riesgo establecido para el inicio de este trastorno. Los niveles altos de estos vuelven a los individuos más proclives a desarrollar episodios depresivos en respuesta a los acontecimientos vitales.

Ambientales: principalmente los acontecimientos de la infancia o algún evento del pasado, constituyen un potente conjunto de factores de riesgo de este trastorno. Los acontecimientos vitales estresantes son las principales causas o factores de riesgo que se dan.

Genéticos y fisiológicos: los familiares de primer grado de estos pacientes presentan un riesgo de 2:4 veces mayor que el de la población en general.

Modificadores del curso: se sabe que todos los trastornos no afectivos mayores aumentan el riesgo que un individuo desarrolle depresión. Los casos de este trastorno, suele surgir en un curso refractario. Sin embargo, la mejoría clínica de los síntomas puede depender del tratamiento apropiado y la enfermedad subyacente. (1,2)

3.2.3 Trastorno depresivo Persistente (distimia)

En este trastorno se agrupa en tal trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV. La principal característica de este trastorno consiste en un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y adolescentes (Criterio A). Por lo tanto, aquellos pacientes diagnosticados con o que cumplan con los criterios del trastorno depresivo mayor durante el periodo de dos años, se deberían de diagnosticar de trastorno depresivo persistente. Estos pacientes describen su estado de ánimo como triste. Durante el periodo de ánimo deprimido deberán presentarse al menos dos de los siguientes síntomas (Criterio B): 1) Poco apetito o sobrealimentación. 2) Insomnio o hipersomnía. 3) Poca energía o fatiga. 4) Baja autoestima. 5) Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. 6) Sentimientos desesperanzadores. Todo esto durante un periodo de dos años, cualquier intervalo sin síntomas dura como máximo dos meses. (1)

Prevalencia

Este trastorno es una combinación del trastorno distímico y el de depresión mayor crónico del DSM-IV. La prevalencia en 12 meses en Estados Unidos es de aproximadamente del 0.5% para el trastorno depresivo persistente y del 1.5% para el trastorno depresivo mayor crónico. (1)

Desarrollo y curso

Este trastorno suele tener un inicio temprano e insidioso y por definición tiene un curso crónico. El comienzo precoz (antes de los 21 años) se asocia a una mayor probabilidad de trastornos comórbidos de la personalidad y de abuso de sustancias.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales: los factores que predicen un peor pronóstico a largo plazo son los mayores niveles de neuroticismo, la mayor gravedad de los síntomas, un peor funcionamiento general y la presencia de trastornos de ansiedad o de conducta.

Ambientales: los factores de riesgo en la infancia son la pérdida o falta de los padres y su separación.

Genéticos y fisiológicos: es probable que los pacientes con este trastorno tengan una mayor proporción de familiares de primer grado con dicho trastorno.

Trastorno depresivo debido a otra afección médica

La característica principal de este trastorno es un periodo de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido, o bien una disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, que predominan en el cuadro clínico (Criterio A). Se considera que esto está relacionado con los efectos fisiológicos directos de la afección médica (Criterio B). Es de suma importancia determinar si existe o no una afección médica. Además, se deberá establecer que la alteración del ánimo y la afección médica es etiológica.

Desarrollo y curso

Al ser un tipo de depresión asociada a las afecciones médicas, se puede ver que tras un infarto cerebral, el inicio de una depresión parece ser agudo, teniendo lugar al día o a los pocos días del Accidente Cerebrovascular (ACV) en la mayoría de los casos. De modo similar se puede observar en la enfermedad de Huntington, Parkinson, entre otras. Existen datos basados en la observación que se muestra que la depresión es menos frecuente según progresa la enfermedad Huntington.

Factores de riesgo y pronóstico

Existe una incidencia de forma aguda de este trastorno tras un ACV, dependiendo de la localización de la lesión, siendo de mayor riesgo los infartos frontales inferiores. No se observa relación con las regiones frontales ni con la lateralidad en los estados depresivos que ocurren a los 2-6 meses después del infarto. (1,2)

3.2.4 Otro trastorno depresivo especificado

En esta categoría se aplican para aquellos casos en los que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo, en el que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y en otras áreas del funcionamiento del individuo. Sin embargo, en estos casos no se cumplen con todos los criterios de ninguno de los trastornos depresivos.

Algunos de estos ejemplos son:

1. Depresión breve recurrente: consiste en la presencia concurrente de un estado de ánimo deprimido y al menos 4 de los síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes, de forma consecutiva durante un año.
2. Episodio depresivo de corta duración (4-13 días): surge cuando el individuo refiere afecto deprimido y al menos 4 de los 8 síntomas de un episodio de

depresión mayor, siempre asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días pero menos de catorce.

3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: también presenta un afecto deprimido y al menos 4 de los 8 síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o bien, donde el deterioro persiste en un mínimo de dos semanas, cuya presentación nunca ha cumplido con los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar. Tampoco se cumple con los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico ni para el trastorno mixto de ansiedad y depresión.

3.2.4 Otro trastorno depresivo no especificado

Esta es una categoría que se aplica a aquellas manifestaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causa un malestar clínicamente significativo o deterioro en los aspectos interpersonales y sociales del individuo, pero no se cumple con todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. Se utiliza esta categoría en aquellas situaciones en las que el médico opta por no especificar un motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, o bien cuando no se tiene suficiente información para hacer el diagnóstico de una forma más específica.

3.3 Trastorno de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes en la población en general, hay unos 30 millones de individuos afectados en Estados Unidos y su frecuencia en las mujeres duplica a la de los varones. Estos trastornos de ansiedad se asocian a una morbilidad significativa y habitualmente son crónicos y resistentes al tratamiento. (1,2)

Todas las personas experimentan ansiedad que se ve caracterizada por una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga que se ve acompañada de síntomas vegetativos como cefalea diaforesis taquicardia, opresión torácica, inquietud entre otras y se manifiesta por la incapacidad de quedarse en un lugar por mucho tiempo.

La ansiedad es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo adoptar medidas para afrontar una amenaza de la misma manera actúa el miedo pero puede conceptualizarse la ansiedad como una respuesta normal y adaptativa.

La ansiedad patológica representa uno de los grupos más frecuentes de trastornos psiquiátricos. En donde se estima que uno de cada cuatro individuos cumplen con los criterios diagnósticos de al menos un trastorno de ansiedad y que la prevalencia a los 12 meses era del 17.7%, y es más común observarlo en mujeres que en hombres. (2)

La psicopatología se involucra:

Sistema nervioso autónomo: que es el responsable de los síntomas cardiovasculares, musculares, gastrointestinales y respiratorios en los pacientes con trastornos de ansiedad en particular aquellos con un trastorno de angustia muestran un aumento del tono simpático, se adaptan con lentitud a los estímulos repetidos y responden excesivamente a los estímulos moderados

Neurotransmisores: los tres neurotransmisores principales asociados a la ansiedad son la noradrenalina, la serotonina y el ácido gama aminobutírico (GABA), también se poseen evidencias que indican la contribución del eje hipotálamo hipófisis suprarrenal ya que el estrés psicológico aumenta la síntesis y la liberación de cortisol. Este moviliza y reabastece los depósitos de energía y contribuye a aumentar la activación, la vigilia, la atención centrada y la formación de memoria. (2)

3.3.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Los individuos que padecen trastorno de ansiedad generalizada sufren ansiedad persistente y preocupaciones desmesuradas respecto a acontecimientos o circunstancias reales. La ansiedad y las preocupaciones giran habitualmente en torno a asuntos cotidianos o de poca importancia, como el trabajo, la economía, las relaciones personales, la salud o la seguridad de los seres queridos y las tareas rutinarias. A menudo el foco de preocupación oscila de un asunto a otro.

Epidemiología

El GAD se inicia paulatinamente, por lo general en la niñez o adolescencia, pero puede comenzar también en la edad adulta. Es más frecuente en las mujeres y a menudo se presenta en los parientes de las personas afectadas. Cada año, un 2,8 por ciento de las personas de 18 a 54 años se ve afectada por el GAD.

Las estimaciones del trastorno en pacientes que acuden a centros de atención primaria son tres veces superiores que en la población general, reflejando probablemente un aumento en la utilización de los servicios de salud por parte de individuos que padecen el trastorno de ansiedad generalizada.

Criterios: Inquietud o impaciencia, dificultad para concentrarse, irritabilidad, fatigabilidad fácil, alteraciones del sueño, tensión muscular.

Lo anterior no se asocia a un trastorno psiquiátrico, existe deterioro laboral, no es debido al uso y abuso de sustancias. (2)

3.3.2 Trastorno de pánico y agorafobia

El nombre de trastorno de pánico proviene del dios griego PAN, de los rebaños, bosques y campos. Que asustaba repentinamente a los seres humanos y a los animales de manera espontánea.

Constituye uno de los trastornos más frecuentes en individuos que acuden a la consulta en busca de tratamiento. Es también el quinto trastorno más habitual en los centros de atención primaria. Al principio se creyó que se trataba de un trastorno poco importante, pero actualmente se sabe que se asocia a un grado de incapacitación significativa. El deterioro en la vida social, ocupacional y familiar es de hecho comparable al de la depresión mayor. (2)

El tipo más característico de ataques de pánico es el episodio espontáneo de ansiedad extrema. Otros ataques de pánico situacionales, aparecen ante la exposición a una determinada situación o con anterioridad a ella, habitualmente en lugares en los que los ataques de pánico han aparecido previamente.

Los síntomas que pueden manifestarse son los siguientes: Palpitaciones, latidos violentos, taquicardia, sudoración, temblor o sacudidas, sensación de falta de aire, sensación de ahogo, sensación de sofocación, dolor o malestar torácico, náuseas o malestar abdominal, mareos, inestabilidad, desmayos, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o a volverse loco, miedo de morir, parestesias y, escalofríos u oleadas de calor.

Aproximadamente el 50 % de los pacientes que presentan ataques de pánico padecen durante su vida otro trastorno de ansiedad. Uno de los más frecuentes es el trastorno de pánico con agorafobia. Que oscila entre un 15 y un 20 % en las distintas culturas; no obstante, en múltiples estudios se ha observado que puede llegar al 50-60 %. En la actualidad la depresión se asocia con más frecuencia al trastorno de pánico que incluso la agorafobia, lo que sugiere una estrecha relación entre ambos trastornos. En varias muestras la depresión comórbida osciló entre un 22,5 y un 68,2 %. (2)

Etiología

Existe un factor genético para la predisposición a desarrollar ataques de pánico y agorafobia. Se han observado porcentajes elevados de trastorno de pánico en

familiares de primer grado (de 7,9 a 41 %) en comparación con la población control (igual o inferior al 8 %). El aumento en el riesgo general en familiares de primer grado oscila entre 2 y 20 veces, con una media de 7-8. Globalmente, los datos disponibles acerca de estudios familiares y de gemelos sugieren que el trastorno de pánico contiene un componente hereditario de alrededor del 30- 40 %. El mejor modelo sugiere un 50 % de influencia genética y un 50 % de influencia ambiental. (2)

3. Objetivos

3.1 Objetivo general:

Determinar la prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimenticia en estudiantes de la Universidad Rafael Landívar, Campus Central durante los meses de mayo a junio del 2016.

3.2 Objetivo Específico:

Correlacionar epidemiológica y académicamente a los estudiantes de la Universidad Rafael Landívar.

4. Materiales y métodos

4.1 Tipo de estudio:

Analítico.

4.2 Población:

Estudiantes de la Universidad Rafael Landívar del campus central que cursan de primero a cuarto año de su carrera.

4.3 Selección y tamaño de la muestra:

Para seleccionar a los estudiantes de primero a cuarto año de la Universidad Rafael Landívar se empleó el cálculo de la muestra de la siguiente manera, debido a que la población de estudiantes es mayor a 7000 se tomará en cuenta como una cifra infinita utilizando Z del 1.96 para el 95% de confianza con una precisión del 5% y una prevalencia desconocida por lo que se asume una P = 50%, dando una muestra de 1060 estudiantes con un error de diseño de 2.

$$n = \frac{Z^2 (1-p) p}{d^2} * ED$$

Nombre de la variable	Variable	Resultado
Z	Z (1-a)	1.96
Prevalencia	p	0.50
Complemento de p	q	0.50
Precisión	d	0.0304
Error de diseño	ED	2
Tamaño de muestra	n	1060

Una vez se identificó la muestra se estratificó en conglomerados en cuatro etapas, identificando las facultades que cuenta el campus central de la Universidad Rafael Landívar que son 9 en donde de los estratos se excluye a la facultad de teología debido a que no reciben las clases en el campus central de la Universidad Rafael Landívar y las etapas se desglosaron de la siguiente manera. En la primera etapa se tomó dos carreras por cada facultad a estudio, identificando para la segunda

etapa los cuatro primeros años de la carrera, en la tercera etapa se seleccionó con ayuda de los coordinadores de cada carrera en que cursos era posible pasar el instrumento de recolección de datos y finalizando en una cuarta etapa seleccionando al azar 20 estudiantes por curso dando este un total de 8 facultades evaluadas dando una muestra total de 1117 estudiantes, alcanzando un 5% más de la muestra estimada.

4.4 Recolección de Datos

Para llevar a cabo la recolección de datos sobre la prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimenticia se emplearon test validados en el ámbito de psiquiatría para la recolección de datos de trastornos de la conducta alimenticia se evaluó mediante el test EATING ATTITUDES TEST (EAT-26), este test fue diseñado para la evaluación de las actitudes alimentarias anómalas en especial las relacionadas con el miedo a ganar peso, impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos, en 1982 se desarrolló la versión de 26 ítems, que configuran 3 subescalas: dieta, bulimia y preocupación por comer y control oral el cual es calificado con las siguientes puntuaciones:

De la pregunta 1-25

- Siempre = 3
- Generalmente = 2
- A menudo = 1
- A veces = 0
- Raramente = 0
- Nunca = 0

Pregunta 26

- Siempre = 0
- Generalmente = 0
- A menudo = 0
- A veces = 1
- Raramente = 2
- Nunca = 3

Una puntuación igual o superior a 20 en el EAT-26 indica un alto nivel de preocupación por la dieta, el peso corporal o comportamientos alimentarios problemáticos. Debido a su puntuación está por encima de 20, se debe buscar una evaluación por un profesional calificado.

Por otra parte para la evaluación de la prevalencia de depresión se recolectó mediante la escala de autoevaluación BECK DEPRESSION INVENTORY que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos siendo un total de 63 puntos

1 – 10 → normal

11 – 16 → leve perturbación del estado de ánimo

17 – 20 → estados de depresión intermitente
21 – 30 → depresión moderada
31 – 40 → depresión grave
Mayor a 40 → depresión severa

Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

Y por último para la recolección de datos sobre el trastorno de ansiedad se evaluó mediante la escala de evaluación de Hamilton para ansiedad que es utilizada para ayudar al médico o al psiquiatra a evaluar el grado de ansiedad y trastorno patológico cuenta con 14 ítems valorando de la siguiente manera.

Ausente = 0, Leve = 1, Moderado = 2, Grave = 3, Muy grave = 4

Total 56 puntos

Ansiedad psíquica preguntas (1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) total 28 puntos

Ansiedad somática preguntas (7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) total 28 puntos

Obteniendo el grado de ansiedad de la siguiente manera:

- Sin ansiedad 0 – 9
- Leve 10 – 15
- Moderada 16 – 24
- Severa > 24

4.5 Manejo de datos y análisis estadístico

Se elaboró una base de datos en donde se realizó la metodología de doble ingreso de información para evitar errores en la digitación, en la metodología del análisis estadístico de los datos obtenidos mediante los instrumentos de recolección de datos debido a que el objetivo general del estudio es estimar la prevalencia la ansiedad, depresión y trastornos alimenticios en la población objetivo, el análisis estadístico es principalmente descriptivo. Para ello, se construyeron indicadores (variables), tanto para caracterizar la muestra epidemiológica y clínicamente así como para estimar la prevalencia de las tres dolencias; por lo que se calcularon promedios (medias y porcentajes, según correspondía), y se calculó intervalos de confianza al 95%. Adicional a ello se utilizó estadística inferencial para buscar la relación entre los indicadores de las dolencias y las características de los estudiantes, evaluando la asociación con pruebas de Chi cuadrado o ANDEVA, según correspondía. En los resultados se presentan solo aquellas asociaciones que fueron estadísticamente significativos ($P < 0.05$) (4)

Con el software EPI INFO versión 6.04d se construyeron los indicadores y se obtuvo la estadística descriptiva y resultados con Chi cuadrado y ANDEVA. Es importante mencionar que el análisis estadístico se llevó a cabo con el módulo

CSAMPLE de EPI INFO, por medio del cual los resultados se obtuvieron tomando en consideración el diseño del estudio: estratificado, por conglomerados, y ponderando los casos según la probabilidad de selección dentro de los conglomerados. En este caso los estratos corresponden a las facultades; y los conglomerados corresponden a los grupos de estudiantes atendiendo clase.

4.6 Indicadores

Indicadores de las características epidemiológicas de los estudiantes

1. Sexo: Hombres / Mujeres
2. Edad: Media de la edad de los estudiantes (en años)
3. Gedad: Grupos de edad:
 - a. 16 a 20 años
 - b. 21 a 30 años (hay 7 estudiantes con edad por arriba de 30, el mayor fue uno con 40 años)
4. Pareja: Grupos según tiene una pareja:
 - a. Casado o unido
 - b. Divorciado, soltero, separado, o viudo.
5. Hijos: Estudiantes que poseen al menos un hijo.
6. Fam: Estudiantes que viven con sus padres
7. RespFam: Estudiantes con alguna responsabilidad familiar: viven en pareja, o poseen algún hijo, o no viven con sus padres.
8. Facultad: Estudiantes agrupados según su facultad
9. Carrera: Estudiantes agrupados según su carrera
10. Pa8: Grupos según el año en que entró el estudiante a la universidad
11. Anio: estudiantes agrupados según el año de estudio del curso en el cual el estudiante estaba asistiendo al momento de levantar la muestra (1o a 4o año)
12. Pa11: Edad (en años) con la que ingresó el estudiante a la universidad
13. GedadU: Grupos según la edad con la que ingresó el estudiante a la universidad
 - a. 16 a 17 años
 - b. 18 a 20 años
 - c. 21 o más años
14. GedadUE: Estudiantes que ingresaron con buena edad a la universidad
 - a. Si: 16 a 20 años
 - b. No: 21 o más años
15. Pa12: Grupos según el promedio de notas
 - a. 60 a 69 puntos
 - b. 70 a 79 puntos
 - c. 80 a 89 puntos
 - d. 90 a 100 puntos
16. Pa13: Estudiantes que han cambiado de carrera
17. Pa131: Estudiantes que han repetido algún curso

18. Pa132: Estudiantes que han estado en otra universidad
19. EstudExi: Estudiantes “exitosos”. Son aquellos que entraron a la edad de 20 años o antes, poseen un promedio en notas de 80 puntos o más, no han cambiado de carrera, ni han perdido curso alguno, ni han estado en otra universidad.
20. Pa14: Estudiantes que poseen alguna enfermedad
21. AntFam: Estudiantes que poseen algún familiar con antecedente de: convulsiones, alcoholismo, o enfermedades mentales
22. CantAntf: Estudiantes según poseen familiares con uno a tres de los antecedentes (tres es que poseen de los tres tipos)
23. Antfam2: Estudiantes que poseen familiares con dos o los tres antecedentes de: convulsiones, alcoholismo, o enfermedades mentales.
24. Pa181 Estudiantes que poseen familiares con antecedentes de convulsiones
25. Pa182 Estudiantes que poseen familiares con antecedentes de alcoholismo
26. Pa183 Estudiantes que poseen familiares con antecedentes de enfermedades mentales
27. Pa15 Estudiantes que consumen alcohol
28. Alcohol Estudiantes que consumen alcohol de forma problemática: hasta embriagarse y/o dos o más veces por semana
29. Fumador: Estudiantes que fuman al menos un cigarro diario
30. AltFuma: Estudiantes con alto consumo de cigarrillos: fuman al menos seis cigarrillos diarios
31. Drogas: Estudiantes que consumen alguna droga
32. AltDroga: Estudiantes con alto consumo de drogas: consumen al menos dos tipos de droga y/o las consumen diariamente
33. Vicios: Estudiantes con algún vicio (como posible problema): poseen alto consumo de alcohol y/o poseen alto consumo de cigarrillos y/o poseen alto consumo de drogas

II.2 Indicadores de las dolencias estudiadas

1. Ans: Estudiantes que poseen alguna de las dos ansiedades estudiadas: Psíquica y/o somática, en grados moderado o severo (ver abajo).
2. AnsPS: Estudiantes que poseen ambas ansiedades (psicológica y somática) en grados moderado o severo.
3. AnsP: Calificación del indicador de ansiedad psíquica. Posee una escala de 0 a 24 puntos, donde la máxima severidad es 24 puntos
4. AnsP1: Grupos de estudiantes según su calificación en el indicador de ansiedad psíquica.
 - a. Normales 0 a 8 puntos
 - b. Leve 9 a 13 puntos
 - c. Moderada 14 a 21 puntos

- d. Severa 22 a 24 puntos
- 5. AnsP1a: Estudiantes con ansiedad psíquica moderada o severa.
- 6. AnsS: Calificación del indicador de ansiedad somática. Posee una escala de 0 a 28 puntos, donde la máxima severidad es 28 puntos
- 7. AnsS1: Grupos de estudiantes según su calificación en el indicador de ansiedad somática.
 - a. Normales 0 a 9 puntos
 - b. Leve 10 a 15 puntos
 - c. Moderada 16 a 24 puntos
 - d. Severa 25 a 28 puntos
- 8. AnsS1a: Estudiantes con ansiedad somática moderada o severa.
- 9. Dep: Calificación del indicador de depresión. Posee una escala de 0 a 63 puntos, donde la máxima severidad es 63 puntos
- 10. Dep1: Grupos de estudiantes según su calificación en el indicador de depresión.
 - a. Normales 0 a 10 puntos
 - b. Leve 11 a 16 puntos
 - c. Intermitente 17 a 20 puntos
 - d. Moderada 21 a 30 puntos
 - e. Grave 31 a 40 puntos
 - f. Severa 41 a 63 puntos
- 11. Dep1a1: Estudiantes con depresión moderada, grave o severa.
- 12. Suici: Estudiantes con ideación y/o planificación suicida.
- 13. IdeaSui: Estudiantes con ideación suicida.
- 14. PlanSui: Estudiantes con planificación suicida.
- 15. Ta: Calificación del indicador de trastornos alimenticios. Posee una escala de 0 a 78 puntos, donde la máxima severidad es 78 puntos
- 16. Ta1a1: Estudiantes con trastorno alimenticio, con calificación de 20 puntos o más en el indicador.
- 17. AnsDep: Estudiantes con ansiedad (ans) y depresión (dep1a1)
- 18. AnsTa: Estudiantes con ansiedad (ans) y trastorno alimenticio (ta1a1)
- 19. DepTa: Estudiantes con depresión (dep1a1) y trastorno alimenticio (ta1a1)
- 20. AnsDepTa: Estudiantes con ansiedad (ans) y depresión (dep1a1) y trastorno alimenticio (ta1a1)

5. Resultados:

Cuadro 1, Caracterización epidemiológica de la muestra, de estudiantes de la Universidad Rafael Landívar, mayo – junio 2016.

n=1,117 estudiantes

Características Epidemiológicas		Número de casos	Media o Porcentaje
Grupos según sexo (Sexo)	Hombres	415	37.2%
	Mujeres	702	62.8%
Media de la edad de los estudiantes (en años) (Edad)			20.6 años
Grupos según edad (EEdad)	16 a 20 años	596	53.4%
	21 a 30 años	521	46.6%
Grupos según si tiene pareja (pareja)	Con pareja (casado o unido)	16	1.4%
	Sin pareja (Casi en su totalidad soltero)	1,101	98.6%
Grupos según si posee al menos un hijo (hijos)	Sin hijos	1,048	97.9%
	Con al menos un hijo	23	2.1%
Grupos según si vive con sus padres (fam)	NO vive con sus padres	161	14.4%
	Vive con su padres	956	85.6%
Grupos según si el estudiante posee alguna responsabilidad familiar (RespFam)	Sin responsabilidad	975	87.3%
	Con responsabilidad	142	12.7%
Grupos según la facultad (Facultad)	Ciencias de la salud	160	14.3%
	Ciencias ambientales y agrícolas	165	14.8%
	Humanidades	144	12.9%
	Ciencias jurídicas y sociales	154	13.8%
	Ingeniería	144	12.9%
	Ciencias políticas y sociales	121	10.8%
	Arquitectura y diseño	160	14.3%
	Ciencias económicas y empresariales	69	6.2%
Grupos según carrera (Carrera)	Nutrición	80	7.2%
	Ingeniería ambiental	80	7.2%
	Agronomía	85	7.6%

Características Epidemiológicas		Número de casos	Media o Porcentaje
	Psicología	145	13.0%
	Derecho	90	8.1%
	Ingeniería en alimentos	68	6.1%
	Ingeniería química industrial	72	6.4%
	Ingeniería en electrónica y telecomunicaciones	2	0.2%
	Ingeniería en informática y sistemas	2	0.2%
	Medicina	80	7.2%
	Investigación criminal y forense	63	5.6%
	Relaciones internacionales	121	10.8%
	Diseño gráfico	82	7.3%
	Arquitectura	78	7.0%
	Economía	55	4.9%
	Administración	14	1.3%
Grupos según el año en que ingresó a la universidad (Pa8)	2005	1	0.1%
	2006	2	0.2%
	2007	3	0.3%
	2008	1	0.1%
	2009	9	0.8%
	2010	14	1.3%
	2011	35	3.1%
	2012	82	7.3%
	2013	286	25.6%
	2014	226	20.2%
	2015	211	18.9%
2016	247	22.1%	
Grupos según el año que cursan (Anio)	Primer año	264	23.6%
	Segundo año	278	24.9%
	Tercer año	278	24.9%
	Cuarto año	297	26.6%
Media de la edad en que los estudiantes ingresaron a la universidad			18.3 años

Características Epidemiológicas		Número de casos	Media o Porcentaje
(Pa11)			
Grupos según la edad en que ingresaron a la universidad (GedadU)	16 a 17 años	255	22.8%
	18 a 20 años	757	67.8%
	21 o más años	105	9.4%
Estudiantes que ingresaron con buena edad a la universidad (GedadUE)		1,012	90.6%
Grupos según el promedio de notas de clase (Pa12)	60 a 69 puntos	87	7.8%
	70 a 79 puntos	509	45.6%
	80 a 89 puntos	427	38.2%
	90 a 100 puntos	94	8.4%
Estudiantes que han cambiado de carrera (Pa13)		185	16.6%
Estudiantes que han repetido algún curso (Pa131)		344	30.8%
Estudiantes que estuvieron en otra universidad (Pa132)		127	11.4%
Estudiantes “exitosos” (EstudExi)		382	34.2%
Estudiantes que poseen alguna enfermedad (Pa14)		148	13.2%
Estudiantes que poseen algún familiares con algún antecedente de: convulsiones, alcoholismo o enfermedades mentales (AntFam)		460	41.2%
Estudiantes según poseen familiares con uno a tres de los antecedentes (CantAntf)	Ninguno	657	58.8%
	Uno de los tres	318	87.3%
	Dos de los tres	119	10.7%
	Los tres	23	2.1%
Estudiantes que poseen familiares con dos o los tres antecedentes de: convulsiones, alcoholismo o enfermedades mentales (AntFam2)		142	12.7%
Estudiantes que poseen familiares con antecedentes de (pa181, pa182, pa183)	Convulsiones	85	7.6%
	Alcoholismo	330	29.5%
	Enfermedades mentales	210	18.8%

Hábitos		Número de casos (n)	Media o Porcentaje (IC 95%)
Ansiedad			
Estudiantes que poseen alguna de las dos ansiedades estudiadas: psíquica y/o somática en grados leve, moderado o severo (Ans2)		445 (1117)	40.4% (36.7, 44.1)
Ansiedad según la facultad (Ans2)	Ciencias de la salud	51 (160)	31.9% (22.1, 41.8)
	Ciencias ambientales y agrícolas	56 (165)	34.5% (24.1, 44.9)
	Humanidades	51 (144)	37.0% (26.3, 47.6)
	Ciencias jurídicas y sociales	71 (154)	45.4% (37.0, 53.9)
	Ingeniería	65 (144)	45.0% (36.9, 53.2)
	Ciencias políticas y sociales	49 (121)	42.4% (30.7, 54.0)
	Arquitectura y diseño	75 (160)	46.8% (36.4, 57.2)
	Ciencias económicas y empresariales	27 (69)	40.2% (24.8, 55.6)
Estudiantes que poseen ambas ansiedades (psicológica y somática) en grados leve, moderado o severo (AnsSP2)		99 (1117)	8.6% (7.0, 10.3)
Ansiedad según la facultad (AnsSP2)	Ciencias de la salud	6 (160)	3.8% (1.4, 6.2)
	Ciencias ambientales y agrícolas	16 (165)	9.9% (4.5, 15.3)
	Humanidades	10 (144)	7.0% (4.0, 10.0)
	Ciencias jurídicas y sociales	17 (154)	11.1% (5.5, 16.7)
	Ingeniería	14 (144)	9.3% (5.2, 13.3)
	Ciencias políticas y sociales	10 (121)	8.4% (1.9, 14.9)
	Arquitectura y diseño	23 (160)	14.2% (8.5, 19.9)
	Ciencias económicas y empresariales	3 (69)	4.4% (3.6, 5.2)
Estudiantes que poseen ansiedad somática en grado leve, moderado o severo (AnsS2)		116 (1117)	10.4% (8.7, 12.1)
Ansiedad según la facultad (AnsS2)	Ciencias de la salud	9 (160)	5.7% (3.4, 7.9)
	Ciencias ambientales y	17	10.5%

Hábitos		Número de casos (n)	Media o Porcentaje (IC 95%)
	agrícolas	(165)	(5.2, 15.7)
	Humanidades	13 (144)	9.4% (6.5, 12.3)
	Ciencias jurídicas y sociales	20 (154)	13.3% (5.8, 20.7)
	Ingeniería	15 (144)	10.3% (7.2, 13.4)
	Ciencias políticas y sociales	11 (121)	9.9% (3.8, 16.0)
	Arquitectura y diseño	27 (160)	16.8% (11.1, 22.5)
	Ciencias económicas y empresariales	4 (69)	6.3% (2.1, 10.4)
Estudiantes que poseen ansiedad psíquica en grado leve, moderado o severo <i>(AnsP2)</i>		428 (1117)	38.6% (34.9, 42.3)
Ansiedad según la facultad <i>(AnsP2)</i>	Ciencias de la salud	48 (160)	30.1% (19.1, 41.0)
	Ciencias ambientales y agrícolas	55 (165)	33.9% (23.2, 44.6)
	Humanidades	48 (144)	34.6% (23.9, 45.2)
	Ciencias jurídicas y sociales	68 (154)	43.3% (34.2, 52.3)
	Ingeniería	64 (144)	44.0% (35.8, 52.2)
	Ciencias políticas y sociales	48 (121)	40.9% (28.6, 53.2)
	Arquitectura y diseño	71 (160)	44.2% (33.6, 54.8)
	Ciencias económicas y empresariales	26 (69)	38.3% (25.3, 51.4)
Depresión			
Estudiantes que poseen alguna depresión en grado leve hasta severo <i>(Dep2)</i>		246 (1117)	21.8% (19.7, 23.9)
Depresión según la facultad <i>(Dep2)</i>	Ciencias de la salud	38 (160)	23.8% (17.1, 30.5)
	Ciencias ambientales y agrícolas	29 (165)	17.8% (12.1, 23.4)
	Humanidades	26 (144)	17.5% (9.9, 25.2)
	Ciencias jurídicas y sociales	41 (154)	26.6% (21.4, 31.7)

Hábitos		Número de casos (n)	Media o Porcentaje (IC 95%)
	Ingeniería	37 (144)	25.4% (18.4, 32.4)
	Ciencias políticas y sociales	21 (121)	17.2% (13.6, 20.9)
	Arquitectura y diseño	40 (160)	24.9% (13.6, 20.9)
	Ciencias económicas y empresariales	14 (69)	20.8% (19.7, 23.9)
Estudiantes con ideación/planificación suicida (Suici)		148 (1117)	13.3% (11.3, 15.3)
Ideación/planificación suicida según la facultad (Suici)	Ciencias de la salud	19 (160)	11.9% (6.5, 17.3)
	Ciencias ambientales y agrícolas	21 (165)	12.7% (6.9, 18.4)
	Humanidades	19 (144)	13.0% (6.2, 19.9)
	Ciencias jurídicas y sociales	26 (154)	17.1% (8.7, 25.5)
	Ingeniería	18 (144)	12.2% (7.6, 16.7)
	Ciencias políticas y sociales	14 (121)	12.9% (7.2, 16.7)
	Arquitectura y diseño	22 (12.9)	7.2, 18.6% (36.4, 57.2)
	Ciencias económicas y empresariales	22 (69)	13.6% (9.9, 17.4)
Trastorno alimenticio			
Estudiantes que poseen trastorno alimenticio (Ta1a1)		159 (1003)	15.8% (13.5, 18.0)
Trastorno alimenticio según la facultad (Ta1a1)	Ciencias de la salud	33 (148)	22.3% (14.3, 30.4)
	Ciencias ambientales y agrícolas	20 (146)	13.3% (6.6, 19.9)
	Humanidades	9 (131)	6.5% (2.5, 10.5)
	Ciencias jurídicas y sociales	27 (138)	19.9% (14.4, 25.5)
	Ingeniería	13 (130)	10.2% (5.1, 15.2)
	Ciencias políticas y sociales	25 (110)	23.2% (14.0, 32.3)
	Arquitectura y diseño	27 (148)	18.2% (14.8, 21.5)
	Ciencias económicas y empresariales	5 (52)	9.7% (8.4, 11.0)

Cuadro 2: Caracterización según hábitos de los estudiantes de la Universidad Rafael Landívar mayo – junio 2016. Las estimaciones se realizaron tomando en cuenta el diseño de muestreo. n=1117 estudiantes

Hábitos		Número de casos	Porcentaje (IC 95%)
Estudiantes con algún vicio (como posible problema): poseen alto consumo de alcohol y/o alto consumo de cigarrillos y/o alto consumo de drogas <i>(Vicios)</i>		119	10.6% (8.8, 12.4)
Estudiantes que consumen alcohol <i>(Pa15)</i>		694	62.6% (52.7, 66.3)
Estudiantes que consumen alcohol de forma problemática <i>(Alcohol)</i>		86	7.8% (6.1, 9.5)
Estudiantes que fuman al menos un cigarrillo diario <i>(Fumador)</i>		201	19.6% (15.6, 23.5)
Estudiantes con alto consumo de cigarrillos <i>(AltFuma)</i>		23	2.2% (1.3, 3.1)
Estudiantes que consumen alguna droga <i>(Drogas)</i>		133	12.3% (10.1, 14.5)
Estudiantes que tienen un alto consumo de drogas <i>(AltDroga)</i>		35	2.9% (1.9, 3.8)
Estudiantes que consumen alguna droga de forma diaria <i>(Pa172)</i>		8	0.6% (0.2, 0.9)
Estudiantes que consumen <i>(Pa171, Pa1712, Pa1713, Pa1714, Pa1715, Pa1716)</i>	Marihuana	129	11.8% (9.7, 13.9)
	Cocaina	21	1.9% (1.3, 2.5)
	Extasis	12	1.1% (0.5, 1.6)
	Pastillas	11	1.0% (0.4, 1.6)
	Hongos	7	0.6% (0.1, 1.0)
	Otros	10	0.8% (0.3, 1.3)

Cuadro 3: Indicadores de las dolencias estudiadas de los estudiantes de la Universidad Rafael Landívar, mayo – junio 2016. Las estimaciones se realizaron tomando en cuenta el diseño de muestreo. n=1116 estudiantes

Hábitos		Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
Ansiedad			
Estudiantes que poseen alguna de las dos ansiedades estudiadas: psíquica y/o somática en grados moderado o severo (<i>Ans</i>) n=1106		102	9.4% (7.5, 11.2)
Estudiantes que poseen ambas ansiedades: psíquica y somática en grados moderado o severo (<i>AnsPS</i>) n=1106		9	0.7% (0.2, 1.2)
Media del indicador de ansiedad psíquica. Posee escala de 0 a 24 puntos (<i>AnsP</i>) n=1115			7.5 puntos (7.3, 7.8)
Estudiantes según su calificación en el indicador de ansiedad psíquica (nivel de ansiedad) (<i>AnsP1</i>) n=1115	Normales	687	61.3% (57.5, 65.1)
	Ansiedad leve	338	30.6% (27.3, 33.8)
	Ansiedad moderada	87	7.9% (6.2, 9.6)
	Ansiedad severa	3	0.3% (0.1, 0.6)
Estudiantes con ansiedad psíquica moderada o severa (<i>AnsP1a</i>) n=1115		90	8.2% (6.3, 9.9)
Estudiantes con síntomas de ansiedad psíquica moderado, grave o muy grave en: (<i>Ans1a, ... ans6a</i>)	Estado de ánimo ansioso	629	55.9% (52.5, 59.3)
	Tensión	474	42.4% (39.2, 45.7)
	Temores n=1115	285	26.3% (23.6, 29.0)
	Insomnio	449	40.1% (36.6, 43.5)
	Intelectual	350	31.9% (29.2, 34.5)
	Estado de ánimo bajo	350	31.3% (27.7, 34.9)
Media del indicador de ansiedad somática. Posee escala de 0 a 28 puntos (<i>AnsS</i>) n=1107			4.3 puntos (4.0, 4.5)
Estudiantes según su calificación en el indicador de	Normales	991	89.5% (87.7, 91.2)
	Ansiedad leve	93	8.4% (7.0, 9.8)

Hábitos		Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
ansiedad somática (<i>AnsS1</i>) n=1107	Ansiedad moderada	22	2.0% (1.1, 2.9)
	Ansiedad severa	1	0.08% (0.01, 0.25)
Estudiantes con ansiedad somática moderada o severa (<i>AnsS1a</i>) n=1107		23	2.1% (1.2, 3.0)
Estudiantes con síntomas de ansiedad psíquica moderado, grave o muy grave en: (<i>Ans7a, ... ans13a</i>)	Síntomas somáticos musculares n=1113	242	21.6% (18.9, 24.3)
	Síntomas somáticos sensoriales n=1115	198	17.6% (15.2, 20.0)
	Síntomas cardiovasculares n=1114	131	11.8% (9.9, 13.7)
	Síntomas respiratorios n=1112	124	11.1% (9.5, 12.6)
	Síntomas gastrointestinales n=1115	271	24.0% (21.4, 26.7)
	Síntomas genitourinarios n=1115	92	8.3% (6.6, 10.0)
	Síntomas autónomos n=1113	167	15.3% (12.8, 17.7)
Depresión			
Media del indicador de depresión. Posee escala de 0 a 63 puntos (<i>Dep</i>) n=1055			7.4 puntos (7.1, 7.8)
Estudiantes según su calificación en el indicador de depresión (<i>DepP1</i>) n=1055	Normales	809	76.8% (74.5, 79.1)
	Depresión leve	169	16.0% (14.1, 17.9)
	Depresión intermitente	34	3.3% (1.9, 4.6)
	Depresión moderada	33	3.1% (2.0, 4.2)
	Depresión grave	9	0.8% (0.2, 1.4)
	Depresión severa	1	0.07% (0.01, 0.2)
Estudiantes con depresión moderada o grave o severa (<i>Dep1a1</i>) n=1055		43	4.0% (2.8, 5.1)
Estudiantes con ideación y/o planificación suicida (<i>Suici</i>) n=1115		148	13.3% (11.3, 15.3)
Estudiantes con ideación suicida (<i>IdeaSui</i>) n=1115		146	13.1% (11.1, 15.1)
Estudiantes con planificación suicida (<i>PlanSui</i>) n=1115		2	0.2% (0.01, 0.5)
Estudiantes con	Tristeza	0	0.0%

Hábitos		Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
síntoma depresivo en: (Dep1a, ... Dep21a)	n=1055		(-)
	Desanimo n=1114	226	20.1% (17.6, 22.5)
	Fracaso n=1115	144	13.5% (11.2, 15.8)
	Satisfacción n=11155	500	44.4% (41.7, 47.1)
	Culpabilidad n=1114	366	33.6% (30.3, 36.9)
	Castigo n=1115	164	15.2% (11.8, 18.7)
	Decepción n=1114	183	16.9% (14.2, 19.7)
	Autocrítica n=1115	501	44.4% (41.4, 47.4)
	Pensamientos de suicidio n=1115	148	13.3% (11.3, 15.3)
	Llanto n=1114	295	26.8% (23.9, 29.8)
	Irritación n=1097	554	49.5% (46.7, 52.4)
	Interés	487	43.6% (40.3, 46.9)
	Toma de decisiones	225	20.1% (17.3, 22.8)
	Autoestima n=1115	207	18.9% (16.7, 21.0)
	Motivación n=1112	426	38.0% (35.6, 40.3)
	Insomnio n=1114	637	56.2% (51.9, 60.6)
	Cansancio n=1114	654	58.0% (53.6, 62.3)
	Apetito n=1115	286	25.6% (22.8, 28.3)
	Pérdida de peso n=1082	168	15.4% (13.0, 17.8)
	Preocupación n=1114	287	25.4% (22.4, 28.3)
Interés sexual n=1112	109	9.8% (7.7, 11.8)	
Trastornos alimenticios			

Hábitos		Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
Media del indicador de trastornos alimenticios. Posee escala de 0 a 78 puntos (Ta) n=1003			10.7 puntos (10.1, 11.3)
Estudiantes con trastorno alimenticio, con 20 puntos o más en el indicador. (Ta1a1) n=1003		159	15.8% (13.5, 18.0)
Estudiantes con trastorno alimenticio "a menudo" a "siempre" en: (Ta1a , ... Ta26a)	Aterrado por tener sobre peso n=1003	159	15.8% (13.5, 18.0)
	Evita comer cuando tiene hambre n=1113	126	11.8% (9.7, 13.8)
	Preocupado por la comida n=1101	255	22.9% (20.3, 25.4)
	Ha tenido atracones de comida n=1110	171	15.3% (13.1, 17.6)
	Corta los alimentos en trozos pequeños n=1109	265	22.5% (19.5, 25.6)
	Cuenta las calorías de los alimentos n=1110	137	12.5% (10.3, 14.7)
	Evita comer alimentos con alto contenido en carbohidratos n=1113	180	16.1% (14.1, 18.1)
	Siente que otros lo prefieren si come más n=1114	56	5.1% (3.3, 7.0)
	Vomita después de comer n=1114	14	1.3% (0.4, 2.2)
	Se siente culpable después de comer n=1106	121	11.0% (9.4, 12.50)
	Desea ser más delgado n=1104	446	39.7% (36.4, 43.1)
	Piensa en quemar calorías cuando ejercita n=1113	496	43.5% (40.0, 47.0)
	Otros piensan que es demasiado delgado n=1109	197	17.6% (15.1, 20.1)
	Le preocupa tener grasa en el cuerpo n=1108	298	26.5% (23.7, 29.2)
	Le toma más tiempo que otros al consumir su comida n=1114	319	28.4% (25.2, 31.7)
	Evita alimentos son azúcar n=1113	165	15.0% (12.8, 17.3)
	Solo come alimentos de dieta n=1107	103	9.6% (7.5, 11.6)
	Siente que la comida controla su vida n=1099	118	11.1% (8.5, 13.7)
Puede mostrar autocontrol alrededor de la comida n=1109	685	60.6% (56.3, 64.8)	

Hábitos		Número de casos	Media o Porcentaje <i>(IC 95%)</i>
	Siente que los demás le presionan a comer n=1105	113	10.0% (8.2, 11.8)
	Reflexiona lo que va a comer n=1106	274	24.3% (21.4, 27.2)
	Se siente incómodo después de comer dulces o grasa n=1114	246	21.8% (19.2, 24.4)
	Controla su comportamiento al comer n=1111	492	43.4% (39.7, 47.1)
	Le gusta estar con el estómago vacío n=1110	77	6.7% (5.1, 8.2)
	Tiene el impulso de vomitar después de comer n=1113	31	2.9% (1.6, 4.1)
	Le gusta probar nuevos alimentos n=1114	246	23.1% (18.5, 27.8)
Estudiantes con dolencias combinadas n=1117			
Estudiantes que tienen ansiedad (ans) y depresión (dep1a1) <i>(AnsDep)</i>		74	6.8% (5.3, 8.2)
Estudiantes que tienen ansiedad (ans) y trastornos alimenticios (ta1a1) <i>(AnsTa)</i>		28	2.4% (1.4, 3.5)
Estudiantes que tienen depresión (dep1a1) y trastornos alimenticios (ta1a1) <i>(DepTa)</i>		136	12.1% (10.1, 14.1)
Estudiantes que tienen ansiedad (ans) y depresión (dep1a1) y trastornos alimenticios (ta1a1) <i>(AnsDepTa)</i>		15	1.3% (0.6, 2.1)

6. Análisis y Discusión de resultados:

6.1 Trastornos de ansiedad:

Según la muestra sometida al estudio los estudiantes que su calificación en el indicador de ansiedad tomando en cuenta la población de 1117 estudiantes se concretó que la prevalencia de ansiedad es de 446 estudiantes universitarios con un porcentaje de 40% subdividiéndola en ansiedad psíquica y ansiedad somática. Para el indicador de ansiedad psíquica se identificaron 433 estudiantes siendo esto el 38.8% y para el indicador de ansiedad somática se identificaron 117 estudiantes siendo esto un 10.48%, en el conglomerado por facultades las que alcanzaron los valores más altos fueron Arquitectura y diseño, Ciencias jurídicas y sociales e Ingeniería.¹ De la misma manera se logró establecer que el sexo presenta relación con los niveles de ansiedad obteniendo que las mujeres poseen los valores más altos en el indicador en comparación que los hombres.²

Tomando en cuenta los valores altos de prevalencia de ansiedad se identifica mayor probabilidad de manifestar ansiedad 1.8 veces (Odds ratio) en estudiantes que no viven con sus padres³ que estudiantes que viven con sus padres tomando en cuenta el trastorno de ansiedad por separación identificado a partir de los 6 años y puede presentarse hasta más allá de los 18 años, esto consiste en el apego ansioso o evitativo que se puede encontrar una distancia emocional en el momento de la separación con desinterés en el reencuentro con los padres, esto posee un carácter psicopatológico, en este caso se observa síntomas desadaptativos teniendo repercusión en el desenvolvimiento social y/o académico, se constató que el grado de ansiedad que se presenta en los estudiantes que no viven con sus padres poseen 1.9 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar ansiedad moderada o severa que estudiantes que no viven con sus padres. (5)

En el ámbito académico se demostró de igual manera en el indicador de ansiedad en donde se observó asociación con el promedio en las notas de clase. Puede verse que los estudiantes con promedios más bajos son las que poseen los valores más altos en el indicador de ansiedad⁴ o estudiantes catalogados como no exitosos este tipo de estudiantes fueron catalogados como aquellos que han perdido algún curso o que han repetido año o cambiado de carrera este tipo de estudiantes poseen 3.6 (Odds Ratio)⁵ probabilidad de presentar ansiedad moderada o severa que los estudiantes exitosos, considerando únicamente a los estudiantes que han cambiado de carrera se demostró que estudiantes que no han cambiado de carrera poseen porcentaje mayor de ausencia de ansiedad que en comparación de los estudiantes que si han cambiado de carrera o que no han estado previamente en otra universidad.⁶

Anexo¹, Anexo², Anexo³, Anexo⁴, Anexo⁵

En psiquiatría se debe tomar en cuenta el uso y abuso de sustancias ya que la intoxicación y la absorción se asemejan a muchos trastornos psiquiátricos mayores y el alcoholismo no se ajusta al estereotipo habitual. En Estados Unidos se sabe que el 90% de la población en algún momento de su vida ha consumido alcohol y más del 60% se han intoxicado con el mismo en el estudio se constató que un 62.6% de los estudiantes consumen alcohol siendo un 7.8% llevando este hábito a un consumo problemático siendo el alcoholismo considerado como comorbilidad del trastorno de ansiedad ya que se considera que posee eficacia para mitigar los síntomas relacionados con la ansiedad es conocido que el 25% al 50% de los individuos con trastornos relacionados por el alcohol también cumplen los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad. (2) Según Casas Gil y Navarro Guzmán concluyen en su estudio que la ansiedad constituye un síntoma psicopatológico implantado en un buen número de jóvenes provenientes de familias alcohólicas, por otra parte la Sociedad Española de patología Dual en Madrid pone en manifiesto elevadas prevalencias de los trastornos de ansiedad entre los pacientes con consumo de sustancias. (6) Como se puede observar en el indicador de presencia de ansiedad que presentó asociación con la presencia de familiares alcohólicos, estudiantes con familiares alcohólicos poseen 1.9 veces⁷ (Odds Ratio) probabilidad de presentar alguna ansiedad, que estudiantes sin familiares con este antecedente.

De la misma manera tratándose del uso y abuso de sustancias en la patología dual el trastorno de ansiedad producido por cannabis induce a estados efímeros de ansiedad provocados frecuentemente por pensamientos paranoicos en este caso se pueden generar crisis de angustia basadas en miedos mal definidos y desorganizados que se ve relacionado con la dosis y se trata de la reacción adversa más frecuentemente debido al consumo moderado de cannabis fumado, los consumidores inexpertos son mucho más propensos a experimentar síntomas de ansiedad en comparación con aquellos más experimentados, según el Epidemiological Catchment Area (ECA), pone en manifiesto que casi el 24% de los pacientes con trastornos de ansiedad poseen un trastorno de comorbilidad a lo largo de su vida siendo las drogas un 27.5% para cannabis y un 33.3% para cocaína los consumos más frecuentes, en torno a la cocaína se asocia a sus efectos conductuales al bloqueo competitivo de la receptación de dopamina por el transportador de dopamina esto genera que se aumente la concentración de dopamina en la hendidura sináptica y produce un aumento de la activación tanto de los receptores dopaminérgicos tipo 1 como los tipo 2, siendo esto que afecte la reducción al flujo sanguíneo cerebral y posiblemente con la aparición de áreas irregulares de reducción de glucosa siendo esto relevante para la aparición de síntomas ansiosos inducidos por cocaína. (2,6)

Anexo⁷.

Durante la recaudación de datos se obtuvo que la prevalencia del consumo de drogas es de 12.3% de la población generando un consumo alto en un 2.9% de la población siendo el cannabis la droga más consumida por 11.8% demostrando que estudiantes que poseen consumo de drogas tiene un 9.6⁸ veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar ansiedad que estudiantes que no consumen drogas, desglosando el tipo de droga se obtuvo que quienes consumen cannabis poseen un 6.3⁹ veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar ansiedad de aquellos estudiante que no consumen cannabis, de igual manera se obtuvo que el porcentaje de estudiantes normales es mayor entre quienes no consumen drogas siendo esto estudiantes que no consumen drogas 62.5% de test normales para ansiedad y un 54.9% de test normales para los estudiantes que consumen drogas. Explicando este antecedente asociado a patología dual debido a que el trastorno psiquiátrico genera la necesidad de consumo para amortiguar los síntomas de ansiedad. ,,.

De los valores más importantes observados en la población fue al relacionar el consumo de drogas asociado a pastillas como metanfetaminas, éxtasis y benzodiacepinas generando 5.8⁸ veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar ansiedad de quienes no consumían estas drogas.

Así mismo se encuentra relación en el indicador del nivel de ansiedad que manejan los estudiantes con consumo de drogas encontrando que estudiantes con consumo de algún tipo de droga poseen un 2.5 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar ansiedad moderada o severa que estudiantes que no consumen drogas, esto se ve aumentado cuando el consumo es únicamente con cocaína ya que poseen un 4.8 veces¹⁰ (Odds Ratio) probabilidad de presentar ansiedad moderada o severa.

Por lo que se puede concluir con respecto al consumo de drogas que si los estudiantes consumen drogas poseen 9.6 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar tanto ansiedad psíquica y somática, que estudiantes que no consumen drogas.

De igual manera se ha demostrado en la psicopatología emocional incluyendo los trastornos de ansiedad se presenta prevalencia elevada en la población en general que se asocia frecuentemente con el consumo de trabajo, Según Jamal Van der Does en una muestra de 1725 personas diagnosticadas con trastorno depresivo o de ansiedad se demostró que los pacientes que mayor gravedad en sus síntomas se presentaban en fumadores, se ha señalado que los individuos con trastorno de ansiedad presentan un consumo mayor de tabaco, especialmente en el caso de trastorno de pánico con agorafobia y del trastorno de estrés postraumático. (8)

Anexo⁸, Anexo⁹, Anexo¹⁰

Según Piper, Cook, Shlam, esto genera discusión proponiendo ideas que fumar podría ser una herramienta de afrontamiento ante situaciones estresantes, en la actualidad se destaca la hipótesis propuesta por Leventhal y Zvolensky quienes proponen un modelo integrador en el que se plantea el papel de tres factores de

vulnerabilidad emocional estos son: la sensibilidad a la ansiedad, la anhedonia y la tolerancia al malestar, esta perspectiva permite entender los trastornos mentales desde una óptica más dimensional a partir de la convergencia de diferentes procesos psicológicos comunes a conjuntos de trastornos esto asume que las vulnerabilidades emocionales amplifican directamente la experiencia esperada y real de fumar, de forma que la anhedonia amplifica los efectos de recompensa de fumar y la sensibilidad a la ansiedad amplifica los efectos ansiolíticos del tabaco y una baja tolerancia al malestar amplifica los efectos del malestar generados al no fumar. (8)

Durante la ejecución de este estudio se obtuvieron datos de la prevalencia del consumo de tabaco generando un 19.6% de la población general que consume tabaco diario y un 2.2% con alto consumo de tabaco en estudiantes universitarios y se relacionó con el indicador de ansiedad que estudiantes que fuman poseen 1.7 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar ansiedad que estudiantes que no fuman aumentando este dato hasta 6.8¹¹ veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar alguna ansiedad en estudiantes con un consumo alto de tabaco, de igual manera se obtuvo que los estudiantes que no fuman o su consumo no es alto poseen un 62.1% de normalidad en sus test de ansiedad mientras que los estudiantes que fuman un alto consumo de tabaco solo un 39.1% obtuvieron normal el test para ansiedad. Así como mientras más alto es el consumo de tabaco poseen 5.3 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar ansiedad moderada o severa en comparación con los que no fuman o fuman poco.

Se ha observado que muchos trastornos psiquiátricos tienen cierta tendencia en ser hereditarios en que se pueden constatar que el pariente de primer grado de un paciente afectado tiene aproximadamente un 10% de posibilidades de sufrir la enfermedad. Lo que excede en mucho el riesgo de la población en general. Se ha identificado interacciones como las correlaciones gen-entorno son importantes en la conformación de los fenotipos del trastorno de ansiedad. Un polimorfismo del gen del transportador de serotonina se vincula a la ansiedad, generando un 32% de la población porta dos alelos cortos (s/s) de 14 repeticiones el 49% porta un alelo corto y uno largo (s/l) de 16 repeticiones y el 19% porta dos alelos largos (l/l). Los portadores de alelos s/s presentan altos puntajes de neuroticismo y bajos puntajes para afabilidad respecto a los otros dos casos generando mayor expresión de las conductas hostiles, ansiosas o depresivas. (2)

Anexo¹¹, Anexo¹²

Como se pudo demostrar en el indicador de presentar ansiedad encontrando que estudiantes con familiares que poseen dos o los tres antecedentes (consumo de alcohol, drogas, convulsiones o enfermedades mentales) poseen 3.4 veces¹² (Odds

Ratio) probabilidad de presentar alguna ansiedad, que estudiantes que no tienen familiares con antecedentes o solo poseen un antecedente, así mismo como se ha identificado no solo la herencia como factores de riesgo de poseer ansiedad, Rojas Sánchez en su revisión del origen de la ansiedad en el paciente epiléptico destacó que se encontró un 75% de ansiedad elevada y media en los pacientes epilépticos, de esta manera durante el estudio se constató que familiares de estudiantes que convulsionan tienen 3 veces¹² (Odds Ratio) probabilidad de presentar ansiedad, y cuando se relaciona familiares con enfermedades mentales directamente se encuentra con 8.9 veces¹² (Odds Ratio) probabilidad de presentar ansiedad que estudiantes sin familiares con antecedentes de enfermedades mentales.

6.2 Depresión:

La depresión constituye uno de los problemas de salud más frecuentes e incapacitantes, generando conocimiento en los últimos años ya que la emergencia de este tipo de síntomas en el grupo de estudiantes universitarios no solo deteriora el bienestar mental y físico de quien los padece sino que también afecta negativamente a su entorno social y académico, esto genera un déficit en los resultados de procesos de formación del estudiante e influye incluso en la eficacia profesional futura. (9)

Durante la realización del estudio se logró constatar que los estudiantes con promedio más bajo son quienes poseen los valores más altos del indicador de igual forma catalogando la depresión desde su gravedad ya que mientras más bajo es el promedio de notas es donde se encuentran los niveles de depresión más graves, por lo tanto se puede constatar y dividir la población en estudiantes exitosos y los no éxitos por lo que se evidencia que los estudiantes no éxitos poseen 2.4¹³ veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar depresión moderada, grave o severa que los exitosos.

Según Amézquita Medina y González Pérez en el ámbito universitario existe una serie de factores estresantes que pueden generar depresión, ansiedad y compartimiento suicida en donde se trabajó con 625 estudiantes universitarios donde se detectó 49% de prevalencia de depresión y un 41% de ideación suicida reportando cifras superiores a las reportadas por otros estudios realizados. (9)

Anexo¹³

En esta investigación se obtuvieron estudiantes que según su calificación en el indicador de depresión con una población total de estudiantes de 1055 se detectó la prevalencia de 246 estudiantes que representa un 23.2% de la población en estudio donde se relaciona la edad de los estudiantes constatando que los estudiantes que tienen 21 años o más tienen 2.4 veces¹⁴ (Odds Ratio) probabilidad de desarrollar depresión grave, moderada y severa que los estudiantes más jóvenes.

Como factor relevante se detectó que estudiantes con ideación y planificación suicida se veía incrementada con algún antecedente familiar de enfermedad mental, uso o abuso de sustancias en 2.6 veces¹⁵ (Odds Ratio) la probabilidad de presentar ideas o planificación suicida y si estos antecedentes se veían combinados este valor aumentaba 3.3 veces (Odds Ratio) probabilidad.

Otro factor agravante en la aparición de ideación o planificación suicida fue el correlacionarlo con un hábito ya sea alcohol, drogas o tabaco, siendo el valor más elevado el consumo de drogas siendo 4.5 veces¹⁶ (Odds Ratio) probabilidad de presentar ideación o planificación suicida que estudiantes que no consumen drogas.

Así como el cambio de carrera que demostró que estudiantes que han cambiado de carrera poseen 2.3 veces¹⁷ (Odds Ratio) probabilidad de presentar ideas y/o planificación suicida que estudiantes que no han cambiado de carrera.

Por otra parte se ha relacionado con el uso o abuso de sustancias en lo que se refiere a drogas puede observarse la precipitación de los síntomas durante la intoxicación o la abstinencia en este último se ve asociado a la abstinencia, según los indicadores para los estudiantes que consumen drogas poseen 3 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar depresión que los que no consumen, siendo el cannabis la que produjo los valores más altos generando 2.7 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar depresión que los que no consumen cannabis.¹⁸

6.3 Trastornos alimenticios:

En la población juvenil universitaria se estima valores muy altos de prevalencia de enfermedad psiquiatría y se sabe que durante esta etapa que atraviesan los estudiantes universitarios incluye manejar mayor autonomía, asumir responsabilidades académicas, responder a expectativas personales y familiares, desarrollar su sexualidad y relaciones de pareja y su identidad personal y todo esto engloba la capacidad de autogestión y autorregulación sumado a esto se debe considerar estresores psicosociales que incluye alejamiento de la familia, dependencia y/o dificultades económicas, exigencias académicas, incertidumbre del futuro y la necesidad de adaptación. Se sabe que al respecto de los trastornos

Anexo¹⁴, Anexo¹⁵, Anexo¹⁶, Anexo¹⁷, Anexo¹⁸

de la conducta alimenticia el 10-14% de las estudiantes universitarias presentan síntomas bulímicos y de ellas entre un 1-3% presentará criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa, en tanto la anorexia nerviosa también ha experimentado aumento entre las jóvenes en el último tiempo, la edad de inicio promedio para ambos cuadros se estima entre los 15-24 años lo que coincide con el periodo de mayores exigencias académicas. (10)

En la muestra evaluada los estudiantes que según el indicador para trastorno alimenticio se detectaron fueron 159 casos representando un 15.8% de prevalencia de trastornos de la conducta alimenticia.

En la población sometida en estudio el indicador de trastorno de la conducta alimenticia presentó asociación con la facultad en donde está inscrito siendo Ciencias de la salud, Políticas y sociales y Ciencias jurídicas y sociales los que poseen valores más altos de trastornos de la conducta alimenticia.¹⁹

Así mismo se identifica que estudiantes que han cambiado de universidad poseen 1.7 veces (Odds Ratio) de presentar trastornos de la conducta alimenticia en relación a los que no han cambiado de universidad.

Según Baader Tomas, Rojas Carmen, Molina José reporta en su estudio que se aprecian diferencias significativas entre el grupo de hombres y de mujeres, siendo de mayor prevalencia en hombres el consumo de sustancias y en mujeres trastornos alimenticios al igual como lo muestra la tendencia en otros estudios. En la muestra que se tomó para este estudio las mujeres presentan de igual manera un valor superior a los hombres en el indicador de trastorno de la conducta alimenticia siendo esto 1.8 veces²⁰ (Odds Ratio) de probabilidad de presentar trastornos alimenticios. (10)

Así como se ha demostrado en los demás trastornos psiquiátricos evaluados el antecedente familiar crea un fuerte impacto sobre los estudiantes con estas características familiares en donde se verificó en la muestra que estudiantes que poseen familiares con dos o tres antecedentes familiares poseen los valores más altos en el indicador en comparación con los que no poseen familiares con antecedentes familiares²¹.

En el caso de los trastornos combinados en la muestra en estudio se detectó que estudiantes que tienen ansiedad y depresión fueron 74 casos representados por un 6.8% de la población, en el caso de estudiantes que poseen ansiedad y trastornos alimenticios fueron 28 casos representado por un 2.4 % de la población, estudiantes que poseen depresión y trastornos alimenticios se asocia a 136 que significa un 12.1% de la población total y estudiantes que tienen ansiedad, depresión y trastornos alimenticios se detectaron 15 casos siendo esto un 1.3% de la población.

Anexo¹⁹, Anexo²⁰, Anexo²¹

7. Conclusiones:

1. Se estimó una prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada en la Universidad Rafael Landívar de un 40.4% $n= 1117$ IC (36.7, 44.1) así como depresión con un 21.8% $n= 1117$ IC (19.7, 23.9) y trastornos de la conducta alimenticia con un 15.8% $n= 1117$ IC (13.5, 18). Evidenciando la existencia de dichos trastornos en los estudiantes de la Universidad Rafael Landívar.
2. Se estimó la prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada en orden de intensidad según facultad siendo arquitectura y diseño, ingeniería, ciencias jurídicas y sociales y ciencias económicas y empresariales las que obtuvieron los valores más altos en el indicador de ansiedad. Esto se explica a través de poseer alta carga académica, la cantidad de horas diarias que pasan en el campus universitario y el tiempo que se le dedica en casa a las actividades académicas.
3. Se estimó la prevalencia de depresión en orden de intensidad según facultad siendo ciencias jurídicas y sociales, ingeniería, arquitectura y diseño y ciencias de la salud las facultades que obtuvieron los valores más altos en el indicador de depresión. Esto se explica con la distorsión cognitiva al fracaso debido a que se evidenció que aumentaba el nivel de depresión según resultados académicos.
4. Se obtuvo la prevalencia de trastornos de la conducta alimenticia según orden de intensidad por facultad obteniendo que ciencias políticas y sociales, ciencias de la salud, ciencias jurídicas y sociales y arquitectura y diseño obtuvieron los valores más altos para trastornos de la conducta alimenticia. Esto se explica así como se menciona en la literatura que el sexo prevalente de este tipo de trastornos es el femenino y la población en estudio siendo mayoritaria el femenino se encuentra la relación de 2:1.
5. Se demostró que de los principales agentes para desarrollar ansiedad psíquica se tiene un estado de ánimo ansioso con un 55.9%, tensión encontrada en un 42.4% e insomnio encontrada en un 40.1%.
6. Se obtuvo que el cambio de universidad, cambio de carrera y bajo promedio de notas académicas genera niveles más altos de ansiedad, depresión y tendencia a ideación y planificación suicida.
7. En estudiantes con síntomas depresivos se relacionó más el cansancio con un 58%, el insomnio con un 56.2% y la irritación con un 49.5% de incidencia respectivamente.
8. Los estudiantes universitarios que respondieron al test para trastornos de la conducta alimenticia se obtuvo que los síntomas con más incidencia fueron: desea ser más delgado, piensa en quemar calorías cada vez que se ejercita y controla su comportamiento al comer.

8. Recomendaciones:

1. Desarrollar un plan de salud mental impulsado a través del CELASI considerando los factores de riesgo de los estudiantes para presentar ansiedad, depresión, trastorno de la conducta alimenticia y trastornos por abuso de sustancias.
2. Se recomienda sobre la implementación de infraestructura y personal capacitado para la ejecución de programas preventivos efectivos.
3. Elaborar diagnósticos confiables del estado de salud mental entre los estudiantes y de esta manera proceder a diagnosticar y darle seguimiento a los estudiantes que den positivo a los diferentes formas de identificación de estos problemas.

9. Bibliografía:

1. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales DSM-5, American Psychiatric Association, Quinta edición, Estados Unidos de América, 2013, Editorial médica panamericana
2. Kaplan y Sadock Sinopsis de psiquiatría, Benjamin Sadock, Virginia Sadock, 11va edición, Philadelphia, 2015, trastornos de la conducta alimentaria pág. 727
3. Riveros M, Hernández H, Rivera J. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. Revista de investigación en psicología. 2007;10(1):91-102.
4. Intervalo de confianza para variables cualitativas, usando fórmula de Fleiss J. 1981. Statistical Methods for Rates and Proportions, 2nd Ed. Pp14
5. Pacheco B, Ventura T. Trastorno de ansiedad por separación. Revista Chilena de Pediatría, 2011, abr. V.80 (2), 109-119.
6. Casas Gil, M. Navarro Guzmán, J. Hijos de padres alcohólicos: su nivel de ansiedad en comparación de padres no alcohólicos, 2011, v.33, 53-58.
7. Salazar Guerra, Y. Caballero Moreno, A. Carballoso, M. Patología Dual: trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en mujeres drogodependientes, 2014, v.11, (2).
8. Martínez-Vispo, C. Becoña, E. La sensibilidad a la ansiedad y el consumo de tabaco: una revisión, SeAS, 2016, nov, v.22, 118-122.
9. Amezquita Medina, M. González Pérez, R. Zuluaga Mejía, D. Prevalencia de depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la universidad de Caldas, 2010.
10. Baader, T. Rojas, C. Molina, J. Goteli, M. Alamo, C. Fierro, C et al, Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo asociados, Revista chilena de neuropsiquiatría, 2014, sep, vol. 52, (3).
11. Gitau, T. M., Micklesfield, L. K., Pettifor, J. M., & Norris, S. A. (2014). Changes in eating attitudes, body esteem and weight control behaviours during adolescence in a South African cohort. PLoS one, 9(10), e109709.
12. Cancela Carral, Ayán Pérez, Prevalencia y relación entre el nivel de actividad Física y las actitudes alimenticias anómalas en estudiantes españolas de ciencias de la salud y la educación, Revista española de Salud Pública, septiembre – octubre 2011
13. Tello, Silvia, Incidencia en la tendencia a parecer trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de nutrición, 2012 Guatemala, Universidad Rafael Landívar
14. Estevez, Narayana, Incidencia de los trastornos alimenticios en estudiantes universitarios de la carrera de nutrición de la universidad Rafael Landívar, 2011, Guatemala.

15. Yu, J., Lu, M., Tian, L., Lu, W., Meng, F., Chen, C. & Yao, Y. (2015). Prevalence of disordered eating attitudes among University students in Wuhu, China. *Nutricion hospitalaria*, 32(4), 1752-1757.
16. Chen, J., Wang, Z., Guo, B., Arcelus, J., Zhang, H., Jia, X., & Yang, M. (2012). Negative affect mediates effects of psychological stress on disordered eating in young Chinese women. *PloS one*, 7(10), e46878.
17. Kinzl J, Traweger C, Trefalt E, Mangweth B, Biebl W. Dietitians: Are they a risk group for eating disorders? *Europ Eating Disorders Rev* 1999; 7:62-67.
18. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders third edition: American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. *Am J Psychiatry* 2006; 58-60.
19. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revision. Washington (DC). American Psychiatric Association, 2000
21. Larson B. The new epidemic: ethical implications for nutrition educators. *Nutrition Education* 1989; 21:101-103
22. Crockett S, Littrell J. Comparison of eating patterns between dietetic and other college major. *Nutrition Education* 1985; 17: 47-50.
23. Drake M. Symptoms of anorexia nervosa in female university dietetic major. *J Am Assoc* 1989;89:97- 98.
24. Hughes R, Desbrow B. Aspiring dietitians study: A pre-enrolment study of students motivations, awareness and expectations relating to careers in nutrition and dietetics. *Nutr Diet* 2005; 62: 106-109.
25. Moreno González, Ortiz Viveros, Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes, *Revista chilena* Vol. 27 N°2181-190 *terapia psicológica*, Chile 2009
26. Fandiño, Giraldo, Martínez, Factores asociados con los trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia, *revista Colombia Médica*, Vol. 38 N°4, Colombia, octubre – diciembre, 2007
27. Guerrero, Ruth, Incidencia de escolares que cumplen con los criterios para el diagnóstico de desórdenes alimenticios, *Universidad de San Carlos de Guatemala*, julio – agosto 2011
28. Behar, R., Alviña, M., Medinelli, A., & Tapia, P. (2007). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de nutrición y dietética. *Revista chilena de nutrición*, 34(4), 298-306.
29. Enríquez-Vera D, Enríquez C, Risco-Cabrejos G. "Prevalencia de los trastornos mentales y su relación con el estrés y la calidad de sueño en estudiantes de medicina de la universidad Nacional Pedro Ruiz". En: *Libro de Resúmenes del XXI Congreso Científico Nacional de Estudiantes de*

Medicina. Chiclayo-Perú. Sociedad Científica Médico Estudiantil Peruana; 2007.

30. Riveros M, Hernández H, Rivera J. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. Revista de investigación en psicología. 2007;10(1):91-102.
31. León T. Prevalencia del síndrome del intestino irritable en estudiantes de la universidad Rafael Landívar, Guatemala 2015.

10. Anexos

1. Cuadro de ansiedad general y por conglomerado de facultades

Ansiedad			
Estudiantes que poseen alguna de las dos ansiedades estudiadas: psíquica y/o somática en grados leve, moderado o severo		445 (1117)	40.4% (36.7, 44.1)
Ansiedad según la facultad	Ciencias de la salud	51 (160)	31.9% (22.1, 41.8)
	Ciencias ambientales y agrícolas	56 (165)	34.5% (24.1, 44.9)
	Humanidades	51 (144)	37.0% (26.3, 47.6)
	Ciencias jurídicas y sociales	71 (154)	45.4% (37.0, 53.9)
	Ingeniería	65 (144)	45.0% (36.9, 53.2)
	Ciencias políticas y sociales	49 (121)	42.4% (30.7, 54.0)
	Arquitectura y diseño	75 (160)	46.8% (36.4, 57.2)
	Ciencias económicas y empresariales	27 (69)	40.2% (24.8, 55.6)

2. Ansiedad por sexo

El indicador de ansiedad psíquica presentó asociación con el sexo de los estudiantes (ANDEVA, $p=0.000591$). Puede verse que las mujeres poseen los valores más altos en el indicador.

Sexo	Tamaño de muestra	Media
Hombres	414	7.00 puntos
Mujeres	701	7.87 puntos

Nivel de ansiedad de acuerdo el sexo

El nivel de ansiedad psíquica (ansp1) presentó asociación con el sexo de los estudiantes (Chi cuadrado, $p=0.03257$). Puede verse que los porcentajes de mujeres son mayores conforme aumenta la severidad.

Sexo	Nivel de ansiedad	Porcentaje
Hombres n=414	Normales	66.7%
	Ansiedad leve	27.1%
	Ansiedad moderada	6.3%
	Ansiedad severa	0.0%
Mujeres n=701	Normales	58.6%
	Ansiedad leve	32.2%
	Ansiedad moderada	8.7%
	Ansiedad severa	0.4%

3. Ansiedad por separación

El indicador de presencia de alguna ansiedad presentó asociación con el hecho de que los estudiantes vivan con sus padres (Chi cuadrado, $p=0.020277$). Estudiantes que no viven con sus padres poseen 1.8 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar alguna ansiedad, que estudiantes que viven con sus padres.

Viven con padres	Tamaño de muestra	Porcentaje
Viven	947	8.3%
No viven	159	14.5%

Niveles de ansiedad en estudiantes que viven con sus padres

El nivel de ansiedad psíquica presentó asociación con el hecho de que los estudiantes vivan con sus padres (Chi cuadrado, $p=0.02714$). Puede verse que el porcentaje de estudiantes normales es mayor entre quienes viven con sus padres.

Viven con padres	Nivel de ansiedad	Porcentaje
No viven n=160	Normales	54.4%
	Ansiedad leve	32.5%
	Ansiedad moderada	13.1%
	Ansiedad severa	0.0%
Viven n=955	Normales	62.8%
	Ansiedad leve	29.9%
	Ansiedad moderada	6.9%
	Ansiedad severa	0.3%

4. Promedio de notas académicas

El indicador de ansiedad psíquica presentó asociación con el promedio en las notas de clase (ANDEVA, $p=0.041168$). Puede verse que los estudiantes con promedios más bajos son las que poseen los valores más altos en el indicador.

Grupo según promedio en notas de clase	Tamaño de muestra	Media
60 a 69 puntos	87	8.28 puntos
70 a 79 puntos	507	7.77 puntos
80 a 89 puntos	427	7.24 puntos
90 a 100 puntos	94	7.02 puntos

Ansiedad relacionada a estudiantes no exitosos

El indicador estudiantes que poseen ansiedad somática en grado moderado o severo presentó asociación con estudiantes exitosos (Chi cuadrado, $p=0.04923$). Estudiantes que no son exitosos poseen 3.6 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar ansiedad somática en grado moderado o severo, que estudiantes exitosos.

Estudiante	Tamaño de muestra	Porcentaje
No exitoso	725	2.8%
Exitoso	386	0.8%

5. Ansiedad asociado al cambio de carrera o cambio de universidad

El nivel de ansiedad somática presentó asociación con estudiantes que estuvieron en otra universidad (Chi cuadrado, $p=0.00312$). Puede verse que el porcentaje de estudiantes normales es mayor en quienes no han estado en otra universidad

Estado en otra universidad	Nivel de ansiedad	Porcentaje
No han estado n=981	Normales	90.1%
	Ansiedad leve	8.3%
	Ansiedad moderada	1.6%
	Ansiedad severa	0.0%
Si han estado n=126	Normales	84.9%
	Ansiedad leve	9.5%
	Ansiedad moderada	4.8%
	Ansiedad severa	0.8%

Indicador de niveles de ansiedad en relación al cambio de carrera

El indicador estudiantes que poseen ansiedad somática en grado moderado o severo presentó asociación con estudiantes que han cambiado de carrera (Chi cuadrado, $p=0.000126$). Estudiantes que han cambiado de carrera poseen 5.8 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar ansiedad somática en grado moderado o severo, que estudiantes que no han cambiado de carrera.

Cambio de carrera	Tamaño de muestra	Porcentaje
No han cambiado	924	1.2%
Si han cambiado	183	6.6%

6. Ansiedad asociado al cambio de universidad

El indicador estudiantes que poseen ansiedad somática en grado moderado o severo presentó asociación con estudiantes que han cambiado estado en otra universidad (Chi cuadrado, $p=0.000126$). Estudiantes que han estado en otra universidad poseen 3.6 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar ansiedad somática en grado moderado o severo, que estudiantes que no han estado en otra universidad.

Estado en otra universidad	Tamaño de muestra	Porcentaje
No han estado	981	1.6%
Si han estado	126	5.6%

El indicador estudiantes que poseen ansiedad somática en grado moderado o severo presentó asociación con estudiantes que han cambiado de carrera (Chi cuadrado, $p=0.000126$). Estudiantes que han cambiado de carrera poseen 5.8 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar ansiedad somática en grado moderado o severo, que estudiantes que no han cambiado de carrera.

Cambio de carrera	Tamaño de muestra	Porcentaje
No han cambiado	924	1.2%
Si han cambiado	183	6.6%

7. Ansiedad y alcoholismo (patología dual epigenética)

El indicador de presencia de alguna ansiedad presentó asociación con la presencia de familiares alcohólicos (Chi cuadrado, $p=0.000163$).

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
Sin familiares alcohólicos	782	7.5%
Con familiares alcohólicos	324	13.3%

El indicador de ansiedad psíquica presentó asociación con la presencia de familiares alcohólicos (ANDEVA, $p=0.01272$). Puede verse que quienes tienen familiares alcohólicos poseen los valores más altos en el indicador.

Estudiantes	Tamaño de muestra	Media
Sin familiares alcohólicos	786	7.35 puntos
Con familiares alcohólicos	329	8.03 puntos

8. Ansiedad relacionado al uso de drogas

El indicador de presencia de alguna ansiedad presentó asociación con estudiantes con algún consumo de drogas (Chi cuadrado, $p=0.006779$). Estudiantes que tienen consumo de drogas poseen 2.1 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar alguna ansiedad, que estudiantes que no consumen drogas.

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
Que no consumen drogas	975	8.3%
Con consumo de drogas	131	16.0%

Ansiedad relacionado al consumo de pastillas como: metanfetaminas, éxtasis, benzodiacepinas

El indicador de presencia de alguna ansiedad presentó asociación con estudiantes con algún consumo de pastillas (Chi cuadrado, $p=0.009239$). Estudiantes que tienen consumo de pastillas poseen 5.8 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar alguna ansiedad, que estudiantes que no consumen pastillas.

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
Que no consumen pastillas	1095	8.9%
Con consumo de pastillas	11	36.4%

Ansiedad asociado a poseer ansiedad psíquica y somática por el consumo de drogas

El indicador estudiantes que poseen ambas ansiedades en grado moderado o severo presentó asociación con estudiantes con algún consumo de drogas (Chi cuadrado, $p=0.000375$). Estudiantes que tienen consumo de drogas poseen 9.6 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar las dos ansiedades, que estudiantes que no consumen drogas.

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
Que no consumen drogas	975	0.4%
Con consumo de drogas	131	3.8%

9. Ansiedad relacionado al consumo de cannabis

El indicador estudiantes que poseen ambas ansiedades en grado moderado o severo presentó asociación con estudiantes que consumen marihuana (Chi cuadrado, $p=0.009613$).

Estudiantes que tienen consumo de marihuana poseen 6.3 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar las dos ansiedades, que estudiantes que no consumen marihuana.

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
Que no consumen marihuana	979	0.5%
Con consumo de marihuana	127	3.1%

10. Ansiedad relacionado al consumo de cocaína

El indicador de presencia de alguna ansiedad presentó asociación con estudiantes con algún consumo de cocaína (Chi cuadrado, $p=0.006662$). Estudiantes que tienen consumo de cocaína poseen 4.1 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar alguna ansiedad, que estudiantes que no consumen cocaína.

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
Que no consumen cocaína	1085	8.8%
Con consumo de cocaína	21	28.6%

11. Ansiedad y su relación con el consumo de tabaco

El indicador de presencia de alguna ansiedad presentó asociación con estudiantes que fuman (Chi cuadrado, $p=0.000000$). Estudiantes que fuman poseen 1.7 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar alguna ansiedad, que estudiantes que no fuman.

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
Que no fuman	908	8.4%
Que fuman	198	13.1%

Ansiedad relacionada al alto consumo de tabaco

El indicador de presencia de alguna ansiedad presentó asociación con estudiantes con alto consumo de cigarros (Chi cuadrado, $p=0.000003$). Estudiantes que tienen alto consumo de cigarros poseen 6.8 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar alguna ansiedad, que estudiantes que no fuman o fuman menos.

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
Que no fuman o fuman menos	1083	8.6%
Con alto consumo de cigarros	23	39.1%

12. Antecedentes personales y Familiares

Antecedente de convulsión

El indicador de presencia de alguna ansiedad presentó asociación con la presencia de familiares con convulsiones (Chi cuadrado, $p=0.000163$). Estudiantes con familiares con convulsiones poseen 3 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar alguna ansiedad, que estudiantes sin familiares con este antecedente.

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
Sin familiares con convulsiones	1021	8.2%
Con familiares que convulsionan	85	21.2%

Familiares con un antecedente (convulsiones, enfermedades mentales, consumo de alcohol o consumo de alguna droga)

El indicador de presencia de alguna ansiedad presentó asociación con el hecho de que los estudiantes posean algún antecedente familiar (Chi cuadrado, $p=0.0000006$). Estudiantes con algún antecedente familiar poseen 2.9 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar alguna ansiedad, que estudiantes sin antecedentes.

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
Sin antecedentes familiares	652	5.5%
Con algún antecedente familiar	454	14.5%

Familiares con dos o más antecedente (convulsiones, enfermedades mentales, consumo de alcohol y/o consumo de alguna droga)

El indicador de presencia de alguna ansiedad presentó asociación con el hecho de que los estudiantes posean familiares con dos o los tres antecedentes familiares estudiados (Chi cuadrado, $p=0.0000001$). Estudiantes con familiares que poseen dos o los tres antecedentes, poseen 3.4 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar alguna ansiedad, que estudiantes que no tienen familiares con antecedentes o solo poseen un antecedente.

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
Sin familiares con antecedentes, o solo un antecedente	967	7.4%
Con familiares con dos o tres antecedentes	139	21.6%

13. Depresión y su relación con el promedio de notas

El indicador de depresión presentó asociación con el promedio en las notas de clase (ANDEVA, $p=0.008043$). Puede verse que los estudiantes con promedio más bajo son las que poseen los valores más altos del indicador.

Grupo según promedio en notas de clase	Tamaño de muestra	Media
60 a 69 puntos	87	9.37 puntos
70 a 79 puntos	507	7.73 puntos
80 a 89 puntos	427	6.90 puntos
90 a 100 puntos	94	7.20 puntos

Nivel de depresión en relación a ser un estudiante no exitoso

El indicador de presencia de depresión moderada/grave/severa presentó asociación con ser estudiantes exitosos (Chi cuadrado, $p=0.03579$). Estudiantes que no son exitosos poseen 2.4 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar depresión moderada/grave/severa, que estudiantes que son exitosos.

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
No son exitosos	689	5.1%
Exitosos	366	2.2%

14. Depresión con respecto a la edad de los estudiantes

El indicador de presencia de depresión moderada/grave/severa presentó asociación con la edad de los estudiantes (Chi cuadrado, $p=0.009045$). Estudiantes de 21 años o más poseen 2.4 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar depresión moderada/grave/severa, que estudiantes con menos de 21 años.

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
16 a 20 años	561	2.5%
21 a 30 años	494	5.9%

15. Depresión en relación a los antecedentes familiares de los estudiantes

El indicador de presencia de depresión moderada/grave/severa presentó asociación con tener al menos un antecedente familiar (Chi cuadrado, $p=0.0002458$). Estudiantes con al menos un antecedente familiar poseen 3.4 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar depresión moderada/grave/severa, que estudiantes sin antecedentes.

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
Sin antecedentes familiares	616	2.1%
Con al menos un antecedente familiar	439	6.8%

Depresión y su relación con familiares que poseen más de un antecedente

El indicador de presencia de depresión moderada/grave/severa presentó asociación con tener familiares con dos o tres de los antecedente (Chi cuadrado, $p=0.000997$). Estudiantes con

familiares que poseen dos o los tres antecedentes poseen 3.2 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar depresión moderada/grave/severa, que estudiantes sin antecedentes o con familiares que solo tienen un antecedente.

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
Sin antecedentes familiares o con familiares con solo un antecedente	921	3.3%
Con familiares con dos o los tres antecedentes	134	9.7%

16. Depresión y su relación con el consumo de drogas

El indicador de presencia de depresión moderada/grave/severa presentó asociación con consumo de al menos una droga (Chi cuadrado, $p=0.002733$). Estudiantes que consumen drogas poseen 3.0 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar depresión moderada/grave/severa, que estudiantes que no consumen drogas

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
No consumen drogas	927	3.3%
Consumen al menos una droga	128	9.4%

Depresión y su relación con ideación y/o planificación suicida con consumo de drogas

El indicador de estudiantes con ideación y/o planificación suicida presentó asociación con consumo de drogas (Chi cuadrado, $p=0.032302$). Estudiantes que consumen al menos una droga posee 2.1 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar ideas y/o planificación suicida, que estudiantes que no consumen drogas

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
No consumen drogas	982	12.0%
Consumen al menos una droga	133	22.6%

17. Depresión con ideación y/o planificación suicida con su relación con el cambio de carrera

El indicador de estudiantes con ideación y/o planificación suicida presentó asociación con cambio de carrera (Chi cuadrado, $p=0.000058$). Estudiantes que han cambiado de carrera poseen 2.3 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar ideas y/o planificación suicida, que estudiantes que no han cambiado de carrera.

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
No han cambiado de carrera	930	11.4%
Han cambiado de carrera	185	22.7%

18. Depresión con ideación y/o planificación suicida con su relación con el consumo de cannabis

El indicador de estudiantes con ideación y/o planificación suicida presentó asociación con consumo de marihuana (Chi cuadrado, $p=0.001692$). Estudiantes que consumen marihuana posee 2.1 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar ideas y/o planificación suicida, que estudiantes que no consumen marihuana

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
No consumen marihuana	986	12.1%
Consumen marihuana	129	22.5%

Depresión con ideación y/o planificación suicida con su relación con el consumo de otras drogas

El indicador de estudiantes con ideación y/o planificación suicida presentó asociación con consumo de otras drogas (Chi cuadrado, $p=0.04193$). Estudiantes que consumen otras drogas posee 4.5 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar ideas y/o planificación suicida, que estudiantes que no consumen otras drogas

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
No consumen marihuana	1105	13.0%
Consumen marihuana	10	40.0%

19. Trastornos de la conducta alimenticia en relación a la facultad

La presencia de trastorno alimenticio presentó asociación con estrato o facultad (Chi cuadrado, $p=0.001209$). Puede verse que las facultades de Ciencias de la salud, Ciencias políticas y sociales, y Ciencias jurídicas y sociales son las que poseen los porcentajes más altos de estudiantes con trastornos alimenticios.

Facultad	Tamaño de muestra	Porcentaje
Ciencias de la salud	148	22.3%
Ciencias ambientales y agrícolas	146	13.7%
Humanidades	131	6.9%
Ciencias jurídicas y sociales	138	19.6%
Ingeniería	130	10.0%
Ciencias políticas y sociales	110	22.7%
Arquitectura y diseño	148	18.2%
Ciencias económicas y empresariales	52	9.6%

20. Trastornos de la conducta alimenticia en relación al sexo de los estudiantes

La presencia de trastorno alimenticio presentó asociación con el sexo de los estudiantes (Chi cuadrado, $p=0.00328$). Las mujeres poseen 1.8 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar ansiedad moderada o severa, que hombres.

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
Hombres	365	11.2%
Mujeres	638	18.5%

21. Trastornos de la conducta alimenticia en relación a los antecedentes familiares

La presencia de trastorno alimenticio presentó asociación con estudiantes que poseen familiares con dos o los tres antecedentes (antfam2) (Chi cuadrado, $p=0.03940$). Estudiantes que tienen familiares con dos o los tres antecedentes poseen 1.7 veces (Odds Ratio) probabilidad de presentar trastornos de la conducta alimenticia.

Estudiantes	Tamaño de muestra	Porcentaje
No tienen antecedentes familiares o familiares con un solo antecedente	879	14.9%
Poseen familiares con dos o los tres antecedentes	124	22.6%