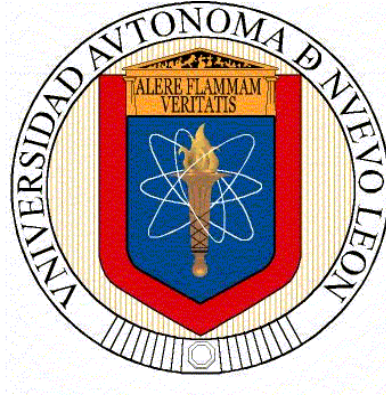


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



TESIS

**CONSUMO DE ALCOHOL, METANFETAMINAS Y
SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS JÓVENES**

**PRESENTADA POR
YADIRA PERALES MENDOZA**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

ENERO 2025



UANL

CONSUMO DE ALCOHOL, METANFETAMINAS Y SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN ADULTOS JÓVENES

Por

LIC. YADIRA PERALES MENDOZA

Director de Tesis

MCE. SANTIAGA ENRIQUETA ESPARZA ALMANZA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
ENERO, 2025

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



UANL

CONSUMO DE ALCOHOL, METANFETAMINAS Y SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN ADULTOS JÓVENES

Por

LIC. YADIRA PERALES MENDOZA

Asesor Estadístico

DR. ESTEBAN PICASSO PALENCIA

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2025



UANL

CONSUMO DE ALCOHOL, METANFETAMINAS Y SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN ADULTOS JÓVENES

POR

YADIRA PERALES MENDOZA

Aprobación de Tesis

MCE. Santiaga Enriqueta Esparza Almanza

Directora de Tesis

Dra Karla Selene López García

Dra. Nora Angélica Armendariz



UANL

CONSUMO DE ALCOHOL, METANFETAMINAS Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS JÓVENES

Este trabajo fue realizado en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo la Dirección de la MCE Santiago Enriqueta Esparza Almanza.

MCE Santiago Enriqueta Esparza Almanza

Agradecimientos

El desarrollo y culminación de esta tesis representa un logro académico y personal que no habría sido posible sin el apoyo, acompañamiento y orientación de diversas personas e instituciones que marcaron de manera significativa mi formación profesional.

Expreso mi más sincero y profundo agradecimiento a la MCE. Santiago Enriqueta Esparza Almanza, directora de esta tesis, por su disposición, compromiso y guía

constante a lo largo de todo el proceso de investigación. Su acompañamiento académico, así como sus valiosas observaciones y enseñanzas, contribuyeron de manera fundamental al fortalecimiento de este trabajo y a mi crecimiento como Maestra en Ciencias de Enfermería. Su ejemplo profesional y vocación por la docencia han sido una fuente de inspiración en mi formación.

Asimismo, agradezco a todos los maestros de la Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por compartir sus conocimientos, experiencias y enseñanzas a lo largo de mi preparación académica. Cada uno de ellos aportó herramientas teóricas, metodológicas y humanas que enriquecieron mi aprendizaje, fortalecieron mi pensamiento crítico y reafirmaron mi compromiso con el cuidado de la salud y el desarrollo de la enfermería basada en la evidencia.

De manera muy especial, agradezco a mi familia, por su apoyo incondicional, comprensión y paciencia durante este proceso académico. Gracias por acompañarme en cada etapa, por creer en mí incluso en los momentos de mayor esfuerzo y cansancio, y por brindarme la motivación necesaria para continuar persiguiendo mis sueños profesionales. Su respaldo ha sido un pilar fundamental para alcanzar esta meta y para seguir avanzando con determinación hacia nuevos retos y proyectos personales y profesionales.

Dedicatoria

Dedico este trabajo y el esfuerzo que representa, de manera muy especial, a mi familia, quienes han sido el motor y la razón principal para no rendirme y continuar avanzando en cada etapa de este camino académico y personal.

A mi esposo, por su amor, apoyo incondicional y por creer en mí incluso en los momentos más difíciles. Gracias por motivarme, impulsarme a seguir adelante y recordarme siempre que era capaz de lograrlo, aun cuando el cansancio y las dudas se hacían presentes. Tu respaldo ha sido fundamental para alcanzar esta meta.

A mis hijas, mi mayor inspiración. A Alejandra, quien estuvo a mi lado cuando inicié este camino y fue testigo de mis primeros pasos en esta etapa, y a Analaura y Ana Sofía, quienes llegaron en el trayecto para reforzar este compromiso y llenarlo de un sentido aún más profundo. Cada una de ustedes ha sido una fuente constante de motivación, amor y fortaleza, impulsándome a luchar por mis sueños y a dar siempre lo mejor de mí. A mis padres y mis suegros, por su apoyo invaluable, por estar siempre al pendiente de mi familia cuando necesité cumplir con mis responsabilidades académicas, y por brindar cuidado, cariño y amor a mis hijas. Gracias por su comprensión, por su disposición constante y por sus palabras de aliento, que me dieron fuerzas para seguir adelante y no desistir.

Este logro también es de ustedes. Cada sacrificio, cada apoyo y cada muestra de amor hicieron posible que hoy culmine esta etapa con gratitud, orgullo y la firme convicción de que los sueños se alcanzan cuando se camina acompañado.

Índice

Contenido	Página
Aprobación de Tesis	i

Hoja de declaración del lugar donde se realizó el estudio	ii
Agradecimientos	iii
Dedicatoria	iv
Índice	
Lista de Abreviaturas	vi
Lista de Tablas	vii
Lista de Figuras	viii
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	1
Antecedentes y Marco Teórico	3
Estudios Relacionados	11
Síntesis de Estudios Relacionados	13
Marco Teórico	14
Definición de Términos	15
Justificación del Estudio	23
Objetivos	32
Material y Métodos	32
Población, Muestra y Muestreo	32
Criterios de Inclusión y Exclusión	32
Instrumentos de Medición	33
Contenido	
Procedimiento de Recolección de Datos	
Consideraciones Éticas	
Análisis de Datos	
Referencias Bibliográficas	
Anexos	
1.- Consentimiento Informado	
2.-Cédula de Datos personales y Prevalencias del Consumo de Alcohol (AUDIT)	

- 3.- Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol
- 4.- Cédula de Prevalencias del consumo de metanfetaminas
- 5.-Instrumento de Depresión de Beck BDI-(II)
- 6.- Díptico informativo

Lista de Abreviaturas

<i>a</i>	Alpha de Cronbach
AUDIT	Cuestionario de identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol
CDyPCA	Cédula de Datos personales y Prevalencias del Consumo de Alcohol
Cols.	Colaboradores
CONADIC	Comisión Nacional Contra las Adicciones
DE	Desviación estándar
ENCODAT	Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco
<i>f</i>	Frecuencia
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IC 95%	Intervalo de Confianza al 95%
n	Número de muestra
OMS	Organización Mundial de la Salud
SS	Secretaría de Salud

Lista de Tablas

Número	Título	Página
1	Coefficiente Alpha de Cronbach de los instrumentos	24
2	Características sociodemográficas de los adultos jóvenes	24
3	Prevalencias del consumo de alcohol en adultos jóvenes	25
4	Perfil del consumidor de alcohol en adultos jóvenes	26
5	Frecuencias y proporciones del consumo de riesgo de alcohol en los adultos jóvenes	27
6	Frecuencias y proporciones del consumo de alcohol dependiente en los adultos jóvenes	28
7	Frecuencias y proporciones del consumo de alcohol perjudicial en los adultos jóvenes	29
8	Prevalencias del consumo de metanfetaminas en los adultos jóvenes	30
9	Perfil del consumidor de metanfetaminas en adultos jóvenes	31
10	Frecuencias y proporciones de los síntomas depresivos en los adultos jóvenes	32
11	Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Liliefors para las variables continuas	33

12	Prevalencias del consumo de alcohol por edad en adultos jóvenes	35
13	Prevalencias del consumo de alcohol por sexo en adultos jóvenes	36
14	Prevalencias del consumo de alcohol por escolaridad en adultos jóvenes	37
15	Prevalencias del consumo de alcohol por estado civil en adultos jóvenes	38
16	Prevalencias del consumo de alcohol por ocupación en adultos jóvenes	39
17	Tipo de consumo de alcohol por edad en los adultos jóvenes	40
18	Tipo de consumo de alcohol por sexo en los adultos jóvenes	42
19	Tipo de consumo de alcohol por escolaridad en los adultos jóvenes	43
20	Tipo de consumo de alcohol por estado civil en los adultos jóvenes	44
21	Tipo de consumo de alcohol por ocupación en los adultos jóvenes	45
22	Consumo de metanfetaminas por edad en los adultos jóvenes	46
23	Consumo de metanfetaminas por sexo en los adultos jóvenes	48
24	Consumo de metanfetaminas por escolaridad en los adultos jóvenes	49
25	Consumo de metanfetaminas por estado civil en los adultos jóvenes	50
26	Consumo de metanfetaminas por ocupación en los adultos jóvenes	51
27	Síntomas de depresión que se presentaron en los adultos jóvenes	52
28	Síntomas de depresión por consumo de alcohol en los adultos jóvenes	54
29	Síntomas de depresión por consumo de metanfetaminas en los adultos jóvenes	55
30	Correlación entre el consumo de alcohol, síntomas depresivos y consumo de metanfetaminas en los adultos jóvenes	56

RESUMEN

Yadira Perales Mendoza

Título del estudio: CONSUMO DE ALCOHOL, METANFETAMINAS Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS JÓVENES.

Introducción: El consumo de alcohol y metanfetaminas es un problema creciente entre los jóvenes universitarios, con una prevalencia significativa en México. El 77.3% de la población ha consumido alcohol alguna vez en la vida, y el 22.1% lo hizo en el último mes, siendo más común en hombres. El consumo excesivo de alcohol y el uso de

metanfetaminas, especialmente el cristal, están en aumento, con un incremento del 218.0% entre 2017 y 2021. Estos hábitos están asociados con efectos adversos a corto y largo plazo, incluyendo problemas emocionales, cognitivos y físicos. Es urgente implementar programas de prevención y tratamiento que aborden tanto el consumo de estas sustancias como los síntomas depresivos en la población universitaria. **Objetivo:** Determinar la relación que existe entre el consumo de alcohol, metanfetaminas y los síntomas depresivos en adultos jóvenes.

Metodología: El estudio es de diseño descriptivo correlacional, la muestra es de 314 jóvenes. Se emplearán instrumentos como la Cédula de Datos Personales, la Cédula de Prevalencia del Consumo de Alcohol (CDPyPCA), el Cuestionario AUDIT para identificar trastornos por consumo de alcohol, la Cédula de Consumo de Metanfetaminas y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Los datos se analizarán utilizando el software SPSS. **Resultados Conclusiones.**

Firma del Director de Tesis: _____

ABSTRACT

Yadira Perales Mendoza

Study title: Alcohol Consumption, Methamphetamine Use, and Depressive Symptoms in Young Adults

This translation maintains the academic tone appropriate for research contexts. If you need assistance translating the abstract, methodology, or any other section of your study, feel free to ask.

Introduction: The consumption of alcohol and methamphetamines is a growing issue among university students, with significant prevalence in Mexico. According to the World Health Organization (WHO) in 2018, 77.3% of the population has consumed alcohol at least once in their lifetime, and 22.1% did so in the past month, with higher rates among men. Excessive alcohol consumption and methamphetamine use, particularly crystal meth, have been increasing, with a 218.0% rise between 2017 and 2021. These behaviors are associated with both short- and long-term adverse effects, including emotional, cognitive, and physical problems. Urgent implementation of prevention and treatment programs addressing both substance use and depressive symptoms in the university population is necessary.

Objective: To determine the relationship between alcohol consumption, methamphetamine use, and depressive symptoms in young adults.

Methodology: The study is descriptive-correlational in design, with a sample of 314 young adults. Instruments used will include a Personal Data Sheet, the Prevalence of Alcohol Consumption Sheet (CDPyPCA), the Alcohol Use Disorders Identification Test

(AUDIT) developed by the WHO in 1982, a Methamphetamine Consumption Sheet, and the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Data will be analyzed using SPSS software.**Results. Conclusions.**

Signature of the Thesis Supervisor: _____

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas constituye un problema prioritario de salud pública, especialmente entre la población joven y universitaria de 18 a 34 años de edad, en la cual enfrenta cambios académicos, sociales y emocionales que aumentan su vulnerabilidad. Entre estas sustancias, el alcohol continúa siendo la más consumida a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) estima que más de 2,600 millones de personas consumen alcohol, pese a asociarse con más de 200 enfermedades y afectaciones neuropsiquiátricas. En México, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2017–2018) señala que el 77.3% de la población ha consumido alcohol alguna vez en la vida, con mayor prevalencia en hombres (88.3%) que en mujeres (67.3%). Asimismo, 22.1% reportó consumo excesivo en el último mes, predominando en el sexo masculino.

En el contexto universitario, los jóvenes presentan patrones de consumo de alcohol más riesgosos, caracterizados por una mayor frecuencia de episodios de ingesta excesiva o *binge drinking*. Este comportamiento se ha asociado con la presión social, las dinámicas recreativas propias del ámbito académico, el estrés escolar y la búsqueda de aceptación social. Tales patrones incrementan la probabilidad de accidentes, bajo rendimiento académico y riesgo de desarrollar dependencia, además de constituir un factor predisponente para la aparición de trastornos emocionales, particularmente síntomas depresivos (Boden & Fergusson, 2011; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023; Patrick et al., 2020).

De forma paralela, el consumo de sustancias estimulantes como las metanfetaminas ha mostrado un crecimiento acelerado en México. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2023) reportó un incremento del 218.0% en el consumo de metanfetaminas, éxtasis y otros estimulantes entre 2017 y 2021. Esta droga, de alto poder adictivo, actúa sobre el sistema nervioso central y genera efectos como euforia, irritabilidad, insomnio, deterioro cognitivo y, a largo plazo, daños neurológicos severos. Su edad de inicio suele ubicarse alrededor de los 19 años, coincidiendo con la etapa universitaria y aumentando la exposición al riesgo. Por otro lado, los trastornos depresivos constituyen una de las principales causas de afectación emocional en jóvenes.

La Secretaría de Salud (2017) estima que un porcentaje importante de esta población presenta síntomas depresivos, caracterizados por tristeza persistente, pérdida de interés, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño y, en casos graves, ideación suicida. En el ámbito universitario, factores como las exigencias académicas, las dificultades de aprendizaje, los cambios en el ciclo sueño-vigilia y la inestabilidad económica incrementan la vulnerabilidad a presentar depresión.

Diversas investigaciones han documentado que el consumo de alcohol y metanfetaminas se asocia con un incremento en la severidad de los síntomas depresivos, configurando un círculo de riesgo en el que el malestar emocional favorece el uso de sustancias y, a su vez, el consumo intensifica los trastornos del estado de ánimo (Grant et al., 2015; Volkow et al., 2011). En particular, el uso de metanfetaminas se ha vinculado con alteraciones neurobiológicas que afectan los sistemas de recompensa y regulación emocional, lo que incrementa la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos persistentes (Darke et al., 2008).

A pesar de la magnitud del problema, en México son limitados los estudios que analicen de manera conjunta el consumo de alcohol, metanfetaminas y los síntomas depresivos en adultos jóvenes universitarios, lo que dificulta una comprensión integral del fenómeno y restringe el diseño de estrategias de prevención e intervención basadas en evidencia científica contextualizada (CONADIC, 2022; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Por lo anterior, el presente estudio busca aportar evidencia actualizada sobre esta problemática y contribuir a la identificación de perfiles de riesgo que orienten programas de prevención, detección oportuna y atención en salud mental dentro del entorno universitario. El objetivo del presente estudio es determinar la relación que existe entre el consumo de alcohol, el consumo de metanfetaminas y los síntomas depresivos en adultos jóvenes universitarios.

Antecedentes y Marco Teórico

Antecedentes

El consumo de sustancias psicoactivas ha sido ampliamente reconocido como un problema de salud pública a nivel mundial, particularmente en la población joven y universitaria, debido a su impacto en el bienestar físico, psicológico y social (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Entre estas sustancias, el alcohol se posiciona como la de mayor consumo, al estar social y culturalmente aceptada, lo que facilita su acceso y normalización desde edades tempranas. Diversos estudios han señalado que la etapa universitaria representa un periodo crítico para el inicio, mantenimiento o incremento de patrones de consumo de alcohol, asociado a factores como la presión social, el estrés académico, la búsqueda de aceptación social y los cambios en los estilos de vida (Patrick et al., 2020).

En este sentido, Grant et al. (2015) describen que el consumo de alcohol constituye uno de los trastornos por uso de sustancias más prevalentes a nivel mundial, con importantes repercusiones en la salud mental. La evidencia indica que el uso problemático de alcohol se encuentra estrechamente vinculado con diversos trastornos psiquiátricos, particularmente los trastornos depresivos, observándose una alta comorbilidad entre ambas condiciones. Se ha documentado que el consumo excesivo y frecuente de alcohol puede actuar como factor precipitante o agravante de los síntomas depresivos, debido a sus efectos depresores sobre el sistema nervioso central y a la alteración de neurotransmisores involucrados en la regulación del estado de ánimo, como la serotonina y la dopamina (Boden & Fergusson, 2011).

De manera paralela al consumo de alcohol, el uso de sustancias estimulantes como las metanfetaminas ha mostrado un crecimiento preocupante a nivel internacional (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes [JIFE], 2023), especialmente

entre adultos jóvenes. Estas sustancias actúan de forma directa sobre el sistema nervioso central, generando inicialmente sensaciones de euforia, aumento de energía y disminución de la fatiga, sin embargo, su uso sostenido se asocia con importantes consecuencias neuropsiquiátricas, entre ellas ansiedad, irritabilidad, alteraciones del sueño, deterioro cognitivo y síntomas depresivos persistentes (Volkow et al., 2015).

La literatura señala que la edad de inicio del consumo de metanfetaminas suele coincidir con la etapa universitaria, periodo caracterizado por una mayor vulnerabilidad emocional y conductual. Grant et al. (2015) explican que el consumo de metanfetaminas se asocia con alteraciones neurobiológicas que afectan los circuitos de recompensa cerebral, particularmente aquellos relacionados con la dopamina, lo que favorece la aparición de síntomas como anhedonia, apatía, disforia e ideación depresiva. Estas alteraciones refuerzan una relación bidireccional, en la cual la presencia de síntomas depresivos puede incrementar el consumo de sustancias, y a su vez, el consumo intensifica la sintomatología afectiva.

En población joven, Bohórquez-Borda et al. (2022) destacan que el consumo de alcohol y metanfetaminas se relaciona significativamente con dificultades en la regulación emocional. Los autores señalan que los universitarios que presentan mayor desregulación emocional, síntomas depresivos y estrés psicológico tienden a desarrollar patrones de consumo más riesgosos, lo que sugiere que los factores emocionales desempeñan un papel central en el inicio y mantenimiento del uso de sustancias durante esta etapa de la vida.

Por otro lado, los trastornos depresivos constituyen una de las principales problemáticas de salud mental en adultos jóvenes, etapa que se caracteriza por múltiples transiciones personales, sociales y académicas que pueden generar vulnerabilidad emocional. Pérez-Pérez et al. (2021) reportan una elevada prevalencia de síntomas depresivos, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios, lo que resalta la necesidad de considerar la salud mental como un componente fundamental del bienestar integral y del rendimiento académico.

Asimismo, Folyan et al. (2023) describen que los problemas de salud mental, incluyendo la depresión, se encuentran estrechamente interrelacionados con el consumo de alcohol y metanfetaminas, señalando que estas conductas suelen emplearse como

estrategias de afrontamiento desadaptativas frente al estrés, la incertidumbre y las demandas académicas. emocional.

La evidencia científica indica que el consumo de alcohol y metanfetaminas en adultos jóvenes se encuentra estrechamente asociado con la presencia de síntomas depresivos, a través de mecanismos neurobiológicos como la alteración de los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos y factores psicosociales relacionados con el estrés, la regulación emocional y el contexto social del consumo (Brière et al., 2014; Volkow et al., 2011). En el caso de las metanfetaminas, se ha documentado un mayor riesgo de sintomatología depresiva persistente, incluso posterior a la suspensión del consumo (Glasner-Edwards & Mooney, 2014).

No obstante, en el contexto mexicano persiste la necesidad de estudios que analicen de manera conjunta estas variables en población universitaria, con el propósito de generar evidencia que contribuya al diseño de estrategias de prevención, detección oportuna e intervención en salud mental acordes a las características socioculturales de este grupo etario (CONADIC, 2022; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

Estudios relacionados

A continuación, se presentan estudios relacionados con enfoque de riesgo y asociación con el consumo de alcohol, de metanfetaminas relacionado con los síntomas depresivos especialmente en poblaciones universitarias y adultos jóvenes.

En Ecuador, Vázquez y colaboradores (2020) realizaron un estudio con 1,405 estudiantes universitarios, encontrando una prevalencia de consumo de alcohol del 27.8%, mientras que el consumo de metanfetaminas alcanzó el 57.8%, lo que refleja una alta exposición a sustancias psicoactivas en esta población.

De manera similar, García y colaboradores (2024), en un estudio realizado con 111 estudiantes de medicina en Guanajuato, identificaron que el consumo de alcohol alguna vez en la vida fue del 89.2%, en el último año del 86.0%, en el último mes del 60.0% y en la última semana del 33.0%. En cuanto al uso de anfetaminas con receta médica, solo el 1.0% refirió haberlas consumido alguna vez en la vida, durante el último año o incluso en el último día. El mismo porcentaje (1.0%) reportó haber consumido anfetaminas sin prescripción médica, aunque solo una vez en la vida.

Por su parte, Bohórquez-Borda y colaboradores (2022) analizaron la relación entre desregulación emocional y consumo de sustancias en 721 estudiantes universitarios en Colombia. Encontraron que, la desregulación emocional se asocia significativamente con mayores niveles de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en universitarios. También se encontró que el 98.3% había consumido alcohol alguna vez en su vida y el 16.7% metanfetaminas.

En México, Serrano-Ventura y colaboradores (2023) determinaron que entre 228 estudiantes de licenciatura en enfermería, la sustancia más consumida fue el alcohol (81.6%), siendo más prevalente en hombres (90.0%) que en mujeres (80.0%). El consumo de anfetaminas fue bajo (0.9%), con mayor frecuencia en estudiantes de sexto semestre (1.9%). El riesgo de dependencia por consumo de alcohol fue mayor en la categoría de riesgo bajo (56.5%), al igual que en el caso de las anfetaminas (99.1%).

Gutiérrez y colaboradores (2010) con el objetivo de identificar cuántos estudiantes universitarios presentaban síntomas depresivos, clasificar la gravedad de dichos síntomas y explorar su asociación con factores relacionados con el contexto académico, hallaron que el 52.8% de 1,344 estudiantes universitarios en Colombia presentaban síntomas depresivos. De ellos, el 29.9% correspondía a síntomas leves, el 14.2% a moderados, y el 3.2% a síntomas severos.

Zhang et al. (2023) realizaron un estudio transversal comunitario con una muestra de 6,252 adultos, con el objetivo de analizar la relación entre patrones de estilos de vida poco saludables y la presencia de síntomas depresivos.

Los resultados mostraron que el 12.1% de los participantes presentó síntomas depresivos. En el análisis por grupos etarios, el grupo de ≤ 30 años concentró la mayor proporción de síntomas depresivos (56.2%), mientras que el grupo de 51 a 60 años presentó la menor prevalencia (7.1%). En cuanto al sexo, las mujeres mostraron una mayor prevalencia de síntomas depresivos (52.6%) en comparación con los hombres (47.3%), diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p < .05$).

Respecto al nivel educativo, los individuos con educación universitaria o superior reportaron una mayor proporción de síntomas depresivos (49.8%), seguidos por aquellos con nivel de secundaria (24.2%). En relación con el estado civil, las personas casadas presentaron una mayor prevalencia de síntomas depresivos (61.3%) en comparación con las solteras (35.6%), diferencias que fueron estadísticamente significativas en los modelos ajustados ($p < .05$).

Pérez-Pérez y colaboradores (2021) investigaron los niveles de depresión, ansiedad y estrés en 105 estudiantes universitarios en Veracruz durante la pandemia. Encontraron que el 85.5% presentaba síntomas depresivos leves, el 8.5% moderados, el 2.8% severos y el 1.9% extremadamente severos. Esta alta prevalencia refuerza la necesidad de intervenciones integrales en salud mental, especialmente en jóvenes universitarios que enfrentan múltiples factores de riesgo.

Grant y colaboradores (2015), al estudiar a 36,309 adultos estadounidenses, analizaron la prevalencia de comorbilidad psiquiátrica y trastorno por consumo de alcohol (TCA) según el DSM-5. Reportaron una prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida del 8.6%, con un TCA leve en el 3.4%, moderado en el 7.3% y grave en el 3.2%. Los hombres presentaron mayor prevalencia de TCA que las mujeres, tanto en nivel leve (9.10% vs. 5.6%) como grave (4.5% vs. 2.3%). Asimismo, se encontró que los adultos entre 18 y 29 años presentaban mayores niveles de consumo leve, mientras que los adultos de 45 a 64 años mostraban niveles moderados más bajos.

En cuanto al estado civil, las personas nunca casadas presentaron mayor prevalencia de TCA grave (16.8%), mientras que los casados o en unión libre registraron niveles más bajos (1.9%). Por nivel educativo, quienes solo cursaron secundaria mostraron mayor prevalencia de TCA grave (14.2%). Asimismo, se observaron asociaciones significativas entre AUD y diversos trastornos psiquiátricos: especialmente con el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I, así como con trastornos de personalidad antisocial y límite, en todos los niveles de severidad de AUD.

Las asociaciones entre AUD y estos trastornos incluyeron odds ratios (OR) ajustados que variaron desde aproximadamente 1.2 hasta 6.4, con un intervalo de confianza al 95% que no incluía la unidad en muchos casos, lo cual indica una relación estadísticamente significativa entre enfermedad alcohólica y comorbilidad depresiva. Estos hallazgos sugieren que los adultos con AUD tienen mayor probabilidad de presentar trastorno depresivo mayor en comparación con quienes no cumplen criterios para AUD, evidenciando una importante comorbilidad entre consumo problemático de alcohol y depresión en la población adulta estadounidense.

Durante la pandemia de COVID-19, Folayán y colaboradores (2023) evaluaron a 21,206 adultos en Nigeria, encontrando un aumento en los síntomas depresivos del 31.7%. En cuanto al consumo de alcohol, fue mayor en hombres (20.2%) que en mujeres (17.30%). Asimismo, se observó que el consumo de alcohol aumentó en un 17.1% en personas con educación universitaria, y en un 17.2% en quienes presentaban síntomas depresivos. Además, el consumo de sustancias psicoactivas aumentó un 18.2% en universitarios y un 33.3% en personas con depresión.

En un estudio realizado por Rubio y colaboradores (2023), se analizó cómo el confinamiento por COVID-19 afectó el consumo de alcohol en 7,335 estudiantes universitarios bebedores compulsivos. Estos estudiantes reportaron un promedio de 5.1 porciones de alcohol. El consumo compulsivo fue mayor en mujeres (60.8%) que en hombres (39.2%). También se observó que los bebedores habituales eran en su mayoría mujeres (74.5%). En ambos casos, la edad media fue de 21.4 a 22.1 años, y la mayoría vivía con sus padres. En cuanto a síntomas depresivos, se encontró una media de 4.6 en bebedores compulsivos y 4.7 en los habituales.

Síntesis de estudios relacionados

Los estudios revisados muestran que el consumo de alcohol, el consumo de metanfetaminas y los síntomas depresivos representan problemáticas frecuentes entre jóvenes universitarios, aunque con variaciones importantes entre regiones y contextos educativos. En general, se observa que el alcohol es la sustancia más utilizada en este grupo, con prevalencias que superan el 70.0% en la mayoría de las investigaciones. Estudios como el de García et al. (2024) y Bohórquez-Borda et al. (2022) confirman que el consumo de alcohol continúa siendo una conducta altamente normalizada y socialmente aceptada, lo cual favorece patrones de uso frecuente y episodios de ingesta excesiva. Estos hallazgos coinciden con estudios internacionales que reportan una presencia dominante del alcohol en la vida universitaria y su asociación con conductas de riesgo.

Respecto al consumo de metanfetaminas, en países como Ecuador y Colombia se reportan porcentajes más elevados de consumo, mientras que en México se observa una prevalencia más baja, aunque con una tendencia creciente en la población general. Investigaciones como las de Vázquez et al. (2020) y Bohórquez-Borda et al. (2022) señalan que, aunque su uso es menor comparado con el alcohol, el impacto neuropsicológico y el potencial adictivo de estas sustancias representan un riesgo considerable para la salud mental de los jóvenes. Este contraste entre países sugiere que el consumo de estimulantes en estudiantes mexicanos, aunque reducido, no debe subestimarse debido al incremento documentado en la población nacional.

En relación con los síntomas depresivos, la literatura evidencia una prevalencia alta entre universitarios, influenciada por factores académicos, sociales y personales.

Estudios como los de Gutiérrez et al. (2010) y Pérez-Pérez et al. (2021) reportan porcentajes que van desde niveles leves hasta moderados, especialmente en mujeres y en estudiantes que enfrentan alta carga académica o dificultades socioeconómicas. De manera consistente, investigaciones recientes (Zhang et al., 2023) destacan que los adultos jóvenes conforman uno de los grupos más afectados por la depresión, lo cual coincide con el periodo de transición, estrés y ajuste que caracteriza la vida universitaria.

Diversos estudios señalan una relación significativa entre el consumo de sustancias y los síntomas depresivos. Investigaciones como las de Rubio et al. (2023) y Grant et al. (2015) muestran que el consumo excesivo de alcohol se asocia con mayores niveles de sintomatología depresiva, menor resiliencia y afectaciones emocionales sostenidas. Estos resultados son congruentes con los de Fodayán et al. (2023), quienes reportan que las conductas de consumo aumentaron durante periodos de mayor malestar emocional, reforzando la hipótesis de una relación bidireccional entre el uso de sustancias y la depresión.

En conjunto, los estudios analizados evidencian que el consumo de alcohol, el uso de metanfetaminas y la presencia de síntomas depresivos constituyen problemáticas relevantes y frecuentemente interrelacionadas en estudiantes universitarios. Sin embargo, aunque existe abundante evidencia sobre cada variable por separado, los trabajos que integran simultáneamente estas tres dimensiones en población universitaria mexicana son limitados, lo que justifica la realización del presente estudio y su contribución al entendimiento del bienestar emocional y conductual de los jóvenes.

Marco de Referencia

En el presente estudio se incluyen los conceptos de las variables del consumo de alcohol, consumo de metanfetaminas y los síntomas depresivos en adultos jóvenes. El alcohol, ha sido utilizado en diversas culturas durante siglos. Sin embargo, también se ha descubierto que la dependencia del alcohol es un factor de riesgo para el desarrollo posterior de los síntomas depresivos (Kingsbury y cols, 2018). Según la Norma Oficial Mexicana 028 para prevenir, tratar y controlar las adicciones, el consumo de alcohol es la ingesta de alguna bebida alcohólica con alcohol etílico en una proporción del 2.0% y hasta el 55.0% en volumen (SS, 2009). “Una copa o una unidad de medida estándar” se refiere a una botella, lata o vaso de cerveza cocteles, vino, tequila, mezcal, brandy, ron, whisky o pulque.

Al ingerir alcohol, su acción psicofisiológica y farmacodinámica es depresiva, debido a la reducción de la transmisión sináptica que se encuentra en el sistema nervioso. El consumo excesivo de alcohol causa una disfunción aguda y crónica del cerebro, por lo que se producen trastornos en el sistema nervioso central, presentándose las alteraciones en la memoria y en funciones intelectuales como lo son el cálculo, la comprensión y el aprendizaje. Su acción psicofisiológica y farmacodinámica es depresiva, debido a la reducción de la transmisión sináptica que se encuentra en el sistema nervioso. Se absorbe en el tracto gastrointestinal, principalmente en el estómago y el intestino delgado.

Después de la absorción, a través de la vena porta el alcohol se transporta al hígado, donde la concentración de alcohol es mayor que la medida en la sangre. Posteriormente el paso inicial es el hígado, el restante de alcohol ingresa a la circulación sistemática y se distribuye hacia el resto de los tejidos del cuerpo (Rivera y cols, 2020). Cuando la tasa de absorción es igual a la tasa del metabolismo del alcohol (entre 10.3 mg%), la concentración de alcohol en la sangre alcanza su punto máximo es cuando disminuye el alcohol que se elimina del cuerpo. Consumo de alcohol de riesgo se refiere a un consumo de alcohol que es bajo y no causa problemas.

Las personas en esta categoría suelen beber en niveles que no presentan riesgos significativos para su salud y bienestar (Jiang, y cols, 2020). Consumo de alcohol dependiente se refiere a un patrón de consumo de alcohol que sugiere dependencia o adicción. Las personas con consumo dependiente tienen dificultades para controlar su ingesta de alcohol, experimentan cravings (deseos intensos) y pueden experimentar síntomas de abstinencia cuando no beben. Consumo de alcohol perjudicial implica que el alcohol está causando daños a la salud física, mental o social de una persona (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2022). Para este trabajo se usará el cuestionario AUDIT con un valor mínimo de 0 y un máximo de 40 puntos. La clasificación del tipo de consumo se obtiene sumando los reactivos. Si los puntos de corte son de 1 a 7 se considera un consumo de riesgo, de 8 a 19 consumo dependiente y de 20 a 40 se considera consumo perjudicial.

Las metanfetaminas se encuentran en el tipo de medicamentos psicotrópicos de tipo estimulante, el uso indebido genera una potente adicción y afecta el sistema nervioso central. Se utiliza como fármaco para tratamiento del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la narcolepsia, un trastorno del sueño (OMS, 2023). La Organización Mundial de la salud delimita las sustancias psicotrópicas como aquellas que tienen la capacidad de afectar y alterar la cognición, el estado de ánimo y la percepción de las personas, se incluyen drogas como el alcohol, anfetaminas, etc., puede que algunos de los cambios mencionados desaparezcan al dejar de consumir metanfetaminas durante más de un año, puede ser que algunos otros cambios requieran más tiempo o incluso que no haya una mejoría alguna (OMS, 2023).

Dicha droga se puede fumar (cigarrillo), ingerir (píldoras), aspirar (polvo), inyectar (el polvo se disuelve previamente en agua o alcohol). Actúa aumentando la cantidad de dopamina en el cerebro, una sustancia química natural que es participe en el movimiento del cuerpo, la motivación y conductas que producen sensación de placer o satisfacción. Aumenta con rapidez el nivel de dopamina en las áreas de recompensa del cerebro por lo que refuerza el comportamiento de consumir la droga y hace que la persona quiera repetir la experiencia (SS, 2021). Se distribuye en el organismo atravesando la barrera hematoencefálica produciendo acumulación en el cerebro,

pulmón y riñón. Se une a proteínas plasmáticas en un 15-30%, tiene una vida media prolongada y termina de metabolizarse en el sistema hepático y en la orina.

Los síntomas depresivos son muy comunes. Se estima que en todo el mundo el 5% de los adultos los padecen, afecta principalmente a las mujeres y puede llevar al suicidio. Cuando ocurre un episodio depresivo, el individuo experimenta una sensación de vacío, tristeza, irritabilidad, estado de ánimo deprimido, pierde el interés por realizar sus propias actividades, hay variaciones, suelen durar gran parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas (OMS 2023). Los síntomas depresivos se clasifican en leve, moderado o grave, dependiendo del número y la intensidad de los síntomas.

Los síntomas de depresión leve se caracterizan por presentar un bajo estado de ánimo y dos o tres manifestaciones más, como fatiga, alteraciones del sueño, del apetito, de la atención o concentración, sin afectar las actividades de la vida diaria. En la depresión moderada se presenta bajo del estado de ánimo de forma importante, asociado a llanto fácil, agotamiento, molestias físicas, alteraciones del sueño, del apetito. También hay pensamientos como "no vale nada", "todo le sale mal", aislamiento familiar o social (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2016). Se consideran síntomas de depresión grave cuando se presenta bajo estado de ánimo de forma severa, llanto, tristeza, aislamiento, pérdida del sueño, del apetito, de interés en todas sus actividades.

Piensen que no deben seguir viviendo porque afectan a los demás, que no son capaces de hacer nada, que no valen nada. Por lo tanto, comienzan a planear como podrían quitarse la vida, les incapacita (IMSS, 2016). Puede afectar a todos los ámbitos del entorno y a cualquier persona, pero los abusos, pérdidas graves, eventos estresantes, las personas que han pasado por circunstancias vitales adversas como el desempleo, el luto o eventos traumáticos, son más propensas a padecerla. En los universitarios se ha atraído la atención debido a que esta puede determinar en buena medida su desempeño académico y social. Las condiciones de la salud mental pueden verse afectadas en la medida en que las exigencias académicas, las dificultades en el desarrollo del aprendizaje y la adquisición de destrezas plantean situaciones de fracaso o éxito, incluyendo el ritmo de estudio, la intensidad de los horarios, la exigencia de los docentes, la competitividad, los cambios en los horarios de alimentación y los cambios

en el ciclo sueño-vigilia, pueden alterar esas condiciones de salud (Gutierrez y cols, 2010).

Definición de Términos

A continuación, se presentan los siguientes términos que guiarán el estudio.

Las variables sociodemográficas serán medidas a través de una Cédula de Datos.

Edad: Tiempo que ha vivido una persona medida en años de vida.

Sexo: Condición orgánica que refiere el adulto joven puede ser masculino o femenino.

Escolaridad: Semestre que cursa el adulto joven.

Estado civil: Condición legal en la cual se encuentra un adulto joven puede ser soltero, casado, divorciado, viudo, concubino.

Ocupación: Actividad que realiza el adulto joven además de estudiar.

Consumo de alcohol: Es la ingesta de bebidas alcohólicas en los adultos jóvenes, las prevalencias son: alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes, y en la última semana, se clasifica en consumo de riesgo, dependiente y perjudicial. Se utilizará el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT) de Babor et. al., (1993).

Consumo de Metanfetaminas: Uso de la droga de tipo estimulante conocida como metanfetamina en los adultos jóvenes, se medirá a través de las prevalencias, edad de inicio, cantidad y frecuencia de consumo y tipo de metanfetamina utilizada. Se medirá a través de la Cédula de Datos.

Síntomas de depresión: Es el estado de ánimo que presenta un adulto joven y se caracteriza por una sensación persistente de tristeza, desesperanza y falta de interés en las actividades cotidianas. Se medirá a través de El Inventario de Depresión de Beck (Aaron T. Beck, 1996).

Síntomas de depresión leve: Presenta baja del estado de ánimo y dos o tres manifestaciones más, como fatiga, alteraciones del sueño, del apetito, de la atención o concentración. Pero no afecta sus actividades de la vida diaria.

Síntomas de depresión moderada: Presenta baja del estado de ánimo de forma importante, asociado a llanto fácil, agotamiento, molestias físicas, alteraciones del sueño, del apetito. Pensamientos de que "no vale nada", "todo le sale mal", aislamiento

familiar o social. También se puede asociar ansiedad, nerviosismo. Se diferencia de la depresión leve porque afecta las actividades de la vida diaria.

Síntomas de depresión grave: Presentan baja del estado de ánimo de forma severa, llanto, tristeza, aislamiento, pérdida del sueño, del apetito, de interés en todas sus actividades. Piensan que no deben seguir viviendo porque afectan a los demás, que no son capaces de hacer nada, que no valen nada. Por lo tanto, comienzan a planear como podrían quitarse la vida. Se diferencia de la depresión moderada porque se afectan por completo todas sus actividades de la vida diaria. Les incapacita.

Justificación

El consumo de alcohol y metanfetaminas entre jóvenes adultos constituye actualmente un problema de salud pública de alta prioridad en México, debido al incremento sostenido de estas conductas y a las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales que generan. El alcohol continúa siendo la sustancia psicoactiva más consumida por los estudiantes, con patrones que incluyen episodios de consumo excesivo y uso recreativo frecuente. Dichas conductas afectan el sistema nervioso central, ocasionando deterioro cognitivo, alteraciones en la memoria, disminución en la toma de decisiones y cambios conductuales que repercuten en el rendimiento académico y la convivencia social. De igual forma, el consumo de metanfetaminas ha mostrado un crecimiento

alarmante en los últimos años, convirtiéndose en una droga de alto riesgo para la población joven. Su uso indebido genera una fuerte dependencia y provoca alteraciones significativas en el estado de ánimo, la percepción, el juicio y la cognición, además de daños neurológicos que pueden ser permanentes.

De manera paralela, los síntomas depresivos se presentan con alta prevalencia en la población universitaria y afectan con mayor frecuencia a las mujeres. La depresión, en sus diferentes niveles de severidad leve, moderada y grave, compromete el funcionamiento emocional, social y académico de los estudiantes. Entre sus repercusiones destacan el bajo rendimiento escolar, dificultades en el aprendizaje, alteraciones del ciclo sueño–vigilia y un incremento en el riesgo de ideación suicida. La evidencia disponible señala que el consumo de sustancias psicoactivas, particularmente alcohol y estimulantes como las metanfetaminas, puede intensificar la sintomatología depresiva y generar un círculo de riesgo que afecta la salud mental de los jóvenes.

La coexistencia del consumo de sustancias y los síntomas depresivos constituye un fenómeno complejo que requiere abordarse desde un enfoque integral y basado en evidencia. Sin embargo, en el ámbito universitario persiste una limitada disponibilidad de estudios que analicen conjuntamente estas variables en estudiantes mexicanos, lo que genera vacíos en la comprensión del problema y dificulta la toma de decisiones institucionales. En este sentido, la presente investigación resulta pertinente, ya que permite identificar la magnitud del consumo de alcohol y metanfetaminas, explorar la presencia de síntomas depresivos y determinar la relación entre estas conductas y estados emocionales en adultos jóvenes.

La importancia de realizar este estudio radica en que sus resultados contribuirán al fortalecimiento del conocimiento científico en el área de salud mental y adicciones dentro del contexto universitario. Además, proporcionarán información útil para el diseño de estrategias de prevención, detección oportuna y atención integral dirigidas a la población estudiantil. Contar con evidencia actualizada permitirá orientar políticas universitarias, programas psicoeducativos y acciones de promoción de la salud que atiendan las necesidades reales de los jóvenes, favorezcan su bienestar y apoyen su permanencia académica.

Asimismo, los hallazgos de esta investigación podrán servir como referencia para futuras investigaciones, para el desarrollo de intervenciones basadas en evidencia y para la toma de decisiones dentro de las instituciones educativas y de salud. La identificación de factores asociados al consumo de sustancias y a los síntomas depresivos permitirá una mejor comprensión del fenómeno y facilitará la implementación de modelos preventivos universales, selectivos e indicados, contribuyendo así a la reducción del impacto de estas problemáticas en la comunidad universitaria.

En conjunto, la relevancia social, académica y científica de este estudio justifica plenamente su realización, ya que ofrece un aporte significativo al conocimiento existente y presenta implicaciones directas para la mejora del bienestar emocional y la salud integral de los jóvenes universitarios. Siendo esta una etapa clave del desarrollo humano, es indispensable generar evidencia que permita orientar intervenciones eficaces y promover estilos de vida saludables que favorezcan la formación académica y el proyecto de vida de los estudiantes.

Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el consumo de alcohol, consumo de metanfetaminas y los síntomas depresivos en adultos jóvenes.

Objetivos Específicos

1. Identificar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol por edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación en adultos jóvenes.
2. Describir los tipos de consumo de alcohol por edad, sexo, grado de escolaridad, estado civil y ocupación.
3. Conocer la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de metanfetaminas por edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación en los adultos jóvenes.

4. Identificar los síntomas de depresión en los adultos jóvenes por consumo de alcohol y consumo de metanfetaminas.

Materiales y Métodos

En este apartado se presenta una descripción de los materiales y métodos empleados para el desarrollo del estudio, incluyendo el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, los criterios de selección, los instrumentos de medición, el procedimiento para la recolección de datos y las consideraciones éticas.

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional, cuyo propósito fue analizar la relación entre el consumo de alcohol, el consumo de metanfetaminas y los síntomas depresivos en adultos jóvenes universitarios. El estudio se considera correlacional porque se analiza la relación que existe entre dos o más variables (Grove, S., et. al., 2013), en este sentido, en el presente estudio, se plantea describir la relación entre las tres variables ya mencionadas.

Población, muestreo y muestra

La población del estudio estuvo conformada por 716 estudiantes universitarios que se encuentran inscritos en noveno semestre de cuatro Facultades de una Universidad pública ubicada en área Metropolitana de Nuevo León, pertenecen a programas

educativos de las áreas de Ciencias Sociales, Salud, Naturales y Matemáticas, con la finalidad de abordar a los adultos jóvenes y observar cómo varía el consumo. Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado por grupos, la población se dividió en estratos y se seleccionó de manera aleatoria cada uno de estos grupos, utilizando un proceso de muestreo simple aleatorio. Este enfoque permitió asegurar que cada estrato estuviera representado proporcionalmente, lo que mejoró la precisión y la validez de los resultados al reducir el sesgo de muestreo. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el software G*Power la versión 3.1.9.7, se consideró una prueba de correlación, se estimó un nivel de significancia de 95.0%, con una potencia del 90.0%, y una tasa de no respuesta de 20.0%, obteniendo un tamaño de muestra de 314 jóvenes.

Criterios de inclusión

Edad entre 18 y 34 años.

Criterios de exclusión

Personas que no completaron los cuestionarios.

Criterios de eliminación

Participantes que retiraron su consentimiento informado.

Instrumentos de medición

A continuación, se describen los instrumentos utilizados para medir las variables de consumo de alcohol, metanfetaminas y síntomas de depresión.

Se inició con el Consentimiento Informado, posteriormente una Cédula de Datos Personales y Prevalencia del Consumo de Alcohol (CDPyPCA), posteriormente se utilizó el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) desarrollado por la Organización Mundial de la Salud en 1982, continuando con la Cédula de Consumo de Metanfetaminas, finalmente el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). La Cédula de Datos personales y Prevalencias del Consumo de Alcohol (Apéndice A) estuvo conformada por dos apartados, en el primero se describen datos sociodemográficos como la edad, el sexo, grado escolar, estado civil, ocupación y tipo de actividad que realizan, la Cédula de Consumo de Alcohol que contiene preguntas para determinar las prevalencias de consumo de alcohol, como es la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea, además se indaga la edad de inicio de consumo, la cantidad del consumo de alcohol y el tipo de bebida preferente de consumo.

Para identificar los tipos de consumo, se aplicó el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT] por sus siglas en inglés, es un instrumento de tamizaje internacional elaborado por Babor et al. (1993), fue validado en población mexicana en población mayor de 18 años, por De la Fuente & Kershenobich (1998), las preguntas que lo conforman examinan el tipo de consumo de alcohol (consumo de riesgo, consumo dependiente y consumo perjudicial). El instrumento está conformado por 10 reactivos, los cuales corresponden a tres dominios con respuestas de opción múltiple, que van de 0 a 2, o de 0 a 4 puntos. En la pregunta 1, 2 y 3 se mide el riesgo de consumo de alcohol.

La pregunta uno mide la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en unidad de bebidas estándar, (UBE), las respuestas son 0) corresponde a nunca, 1) una vez al mes o menos, 2) dos o cuatro veces al mes, 3) dos o tres veces por semana, 4) cuatro o más veces por semana.

La pregunta dos mide la cantidad típica del consumo, con respuesta de, 0 que corresponde de 1 a 2 UBE, 2 de 5 a 6 UBE, 3 de 7 a 9 UBE. La pregunta tres mide la frecuencia del consumo de alcohol elevado, con una respuesta de 0 corresponde a nunca, 1 a menos de una vez al mes, 2 mensualmente, 3 semanalmente y 4 consumo casi a diario o diario. Las preguntas 4, 5 y 6, miden los síntomas de dependencia. La pregunta cuatro mide la pérdida del control del consumo de alcohol, la pregunta cinco mide el aumento de la relevancia del consumo y la pregunta número seis mide el consumo de alcohol matutino, con las siguientes respuestas, 0) corresponde a nunca, 1) menos de una vez al mes, 2) mensualmente, 3) semanalmente y 4) a diario o casi a diario.

De las preguntas 7 a la 10 miden el consumo de alcohol perjudicial, con preguntas sobre sentimiento de culpa tras el consumo, lagunas de memoria, lesiones relacionadas con el alcohol y preocupación de otros por el consumo de alcohol, las respuestas son las siguientes 1) menos de una vez al mes, 2) mensualmente, 3) semanalmente y 4) a diario o casi diario. La sumatoria del puntaje puede variar de 0 a 40 puntos, un puntaje total de 1 a 7 se considera consumo de riesgo, puntaje de 8 a 19 se considera consumo dependiente y de 20 a 40 se considera consumo perjudicial. Diferentes autores han utilizado este instrumento en universitarios mexicanos obteniendo consistencia interna aceptable con un Coeficiente Alpha de Cronbach de .85

para la versión completa y .83 para la versión abreviada (Carreño, S., et. al., 2006), (Morales et al., 2002).

Para medir el consumo de metanfetaminas, se desarrolló una cédula de datos la cual consta de siete ítems. La pregunta número uno indaga sobre el consumo en la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea, la pregunta dos sobre el tipo de metanfetamina que se consume, la pregunta tres sobre la edad de inicio del consumo, la pregunta cuatro y cinco indagan sobre la cantidad y frecuencia del consumo, la pregunta seis sobre la vía de administración del consumo, y finalmente la pregunta siete indaga sobre el tiempo que el sujeto lleva siendo consumidor.

Para medir los síntomas de la depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck BDI-II (Beck et al., 1996), adaptado al español en población mexicana por Jurado et. al., (1998). Está diseñado para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos.

Se conforma de 21 ítems, que valoran la tristeza, pesimismo, fracaso, la pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, la autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, el llanto, la agitación, la pérdida del interés, la indecisión, la desvalorización, la pérdida de energía, los cambios en los hábitos de sueño, la irritabilidad, los cambios en el apetito, la dificultad de concentración, el cansancio o fatiga y la pérdida de interés en el sexo.

Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 3, donde 0 indica la ausencia de síntomas y 3 indica síntomas severos. Los puntajes del instrumento se determinaron mediante la suma de las respuestas de los 21 ítems. Si se seleccionan múltiples respuestas para un ítem, se tomará en cuenta la de mayor valor. La sumatoria total puede oscilar entre 0 y 63, un mayor puntaje indica mayor severidad de síntomas de la depresión. Se clasifica en cuatro tipos de depresión, de 0 a 13 puntos se considerará sin síntomas de depresión o síntomas de depresión mínima, de 14 a 19 puntos se clasificará como síntomas de depresión leve, de 20 a 28 puntos se definirá como síntomas de depresión moderada y finalmente el puntaje de 29 en adelante se consideró síntomas de depresión grave Beck reporta una confiabilidad de .86, así mismo se validó en México con 1,508 sujetos (650 personas de población general y 858 estudiantes), obteniendo una consistencia interna de 0.87 (Lima-Sánchez, D., et. al., 2020).

Procedimiento de Recolección de Datos

Previo a la recolección de datos, el estudio se sometió a revisión por los integrantes del Comité de Ética en Investigación y por el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Una vez autorizado el estudio por ambos Comités se procedió a gestionar la autorización por escrito de las autoridades pertinentes y del Comité de Ética de la institución educativa donde se realizó el estudio.

Para la selección aleatoria de los grupos, se solicitó la lista de grupos de cada programa educativo de noveno y décimo semestre, posteriormente se seleccionó de manera aleatoria los grupos mediante una hoja de cálculo en el programa Excel. Una vez seleccionados los grupos a participar, inicialmente se visitó cada una de las cuatro Facultades en un tiempo que no tengan actividad académica y se les solicitó que entren a un aula de clases donde previamente se acondicionó y se procuró que cada persona se encontrara separado uno de otro. Se les explicó el objetivo del estudio, haciendo énfasis en que sus respuestas son totalmente confidenciales, se entregó el consentimiento informado para su lectura y los que aceptaron participar se les solicitó llenar y firmar el Consentimiento Informado, los que no desearon participar se les entregó un folleto con información sobre prevención a las adicciones y se retiraron del aula sin repercusiones.

Posteriormente se les recordó que es de suma importancia que el llenado de los documentos fuera lo más cercano a su realidad y que no se verían afectados académica o personalmente por las respuestas obtenidas, así mismo que si algún participante se incomoda emocionalmente con el tipo de preguntas, puede detener el llenado de los instrumentos y se le solicitará apoyo al departamento de orientación de la institución, en caso de que el estudiante ya no desee continuar con estudio, se podrá retirar sin que esto le genere repercusiones.

Se le entregó a cada participante un juego de copias de los documentos a responder, los cuales estaban ordenados de la siguiente manera: Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol, el Cuestionario de Identificación de Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT), Cédula de datos de consumo de Metanfetaminas y finalmente el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Al término del llenado de los documentos, se les solicitó que colocaran de forma ordenada los instrumentos en una caja que se encontraba al frente en el escritorio al terminar y la caja

se cerró sin manipular ningún dato. Finalmente, se les entregó un folleto con información sobre prevención las adicciones y se les agradeció por su participación en el estudio.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó bajo los lineamientos del Reglamento de la Ley General Salud en materia de Investigación para la Salud, (Secretaría de Salud, 2017), considerando la última reforma (Cámara de Diputados de H. Congreso de la Unión, 2014).

En apego al Título Segundo, sobre los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos en el Capítulo I de Disposiciones Comunes, el Artículo 13, se brindó protección de los derechos en cuanto a la confidencialidad de los datos, por lo que se resguardarán los datos recabados, ya que sólo el investigador tendrá acceso a la información proporcionada. Para brindar el bienestar en los participantes, se les trató con respeto y dignidad, si alguno de los participantes llegase a sentirse incómodo, se le brindó tiempo y espacio para que se estabilice y decida si aún tiene deseos de continuar, cada participante tuvo la libertad de participar o declinar sin ninguna repercusión a su persona, así mismo recibieron un trato profesional durante la recolección de datos. En base al Artículo 14 Fracción V, Artículo 20, Artículo 21 en las Fracciones I, II, III, IV, VI, VII, VIII y Artículo 22 en las Fracciones I, II y III, se contó con el Consentimiento Informado de los participantes para la realizar la investigación.

El cual se entregó por escrito donde el participante autoriza su participación en la investigación, se le brindó información clara y completa sobre los objetivos, el procedimiento y propósito del estudio, se le informó sobre los riesgos o molestias que se pudieran esperar durante el llenado de los instrumentos, el participante fue libre de dejar de participar en cualquier momento, se le aseguró que en ningún momento se le identificaría y que se mantendría la confidencialidad relacionada a su privacidad.

De acuerdo con el Artículo 16, para proteger la privacidad de los participantes se les acondicionó en un espacio de 1.5 metros de distancia durante el llenado de los instrumentos. Respecto con el Artículo 17, el presente estudio se siguió lo estipulado en la Fracción II, considerado un estudio de riesgo mínimo, ya que no se pretende controlar o manipular la conducta del participante, se les informó que en caso de que alguno de los

instrumentos les llegase a provocar sentimientos emotivos, se les brindaría apoyo con el Departamento de Orientación de la Institución. En base al Capítulo V De la Investigación en Grupos Subordinados, El Artículo 57 y 58, los participantes decidieron libremente aceptar o negar su participación y se cuidó que no se vea influenciado de forma verbal, por intimidación o amenaza de ninguna autoridad.

Durante el proceso de recolección de datos no se presentaron situaciones que generaran incomodidad, riesgo o malestar en los participantes, ni eventos que interfirieran o impidieran el desarrollo adecuado de la investigación. La participación se llevó a cabo de manera voluntaria, en un ambiente de respeto y confidencialidad, garantizando en todo momento el bienestar de los participantes.

Análisis de datos

Para determinar el análisis de los datos recabados, se utilizó el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 21.0 para Windows. Se obtuvo la confiabilidad de los instrumentos utilizados a través una consistencia interna de Alpha de Cronbach. Se evaluó la distribución de los datos a través de las Pruebas de normalidad de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias y proporciones en las variables categóricas. Las variables continuas se describieron mediante medidas de tendencia central y variabilidad. Previo al análisis inferencial, se evaluó la distribución de las variables continuas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, observándose una distribución no normal ($p < .05$), por lo anterior, se empleó estadística no paramétrica. Para el análisis de asociación entre variables se utilizaron la prueba U de Mann-Whitney, la prueba de Chi cuadrada y el coeficiente de correlación de Spearman (Rho).

Para dar respuesta al objetivo general el cual es: Determinar la relación que existe entre el consumo de alcohol, la cantidad de consumo de metanfetaminas y la depresión en adultos jóvenes, se utilizó un coeficiente de correlación de Spearman (rho)

Respecto al objetivo específico 1) Identificar la prevalencia (global, lápsica, actual e instantánea) del consumo de alcohol por edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación en adultos jóvenes, se utilizaron frecuencias y proporciones, estimación

puntual por intervalo de confianza (IC) del 95.0%, además de la prueba ji cuadrada de Perarson, para observar la diferencia de proporciones.

Para el objetivo 2) Describir los tipos de consumo de alcohol por edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación en adultos jóvenes, se utilizaron frecuencias y proporciones, estimación puntual por intervalo de confianza (IC) del 95.0%, además de la prueba ji cuadrada de Perarson, para observar la diferencia de proporciones.

En cuanto al objetivo 3) Conocer la prevalencia (global, lápsica, actual e instantánea) del consumo de metanfetaminas en los adultos jóvenes, por edad, sexo, ocupación, estado civil y escolaridad, se utilizaron frecuencias y proporciones, estimación puntual por intervalo de confianza (IC) del 95.0%, además de la prueba ji cuadrada de Perarson, para observar la diferencia de proporciones.

Por último, para dar respuesta al objetivo 4) Identificar los tipos de depresión en los adultos jóvenes por consumo de alcohol y metanfetaminas, se utilizaron frecuencias y proporciones, estimación puntual por intervalo de confianza (IC) del 95.0%, además de la prueba ji cuadrada de Perarson, para observar la diferencia de proporciones.

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos del estudio, la consistencia interna de los instrumentos, la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas de los participantes. Posteriormente se presenta la prueba de normalidad de las variables, así como la estadística inferencial que da respuesta a los objetivos del estudio.

Tabla 1

Coefficiente Alpha de Cronbach de los instrumentos

Nota: α =Alpha de Cronbach

En la tabla 1, se presenta el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach correspondiente a los instrumentos utilizados en el estudio, respecto al Cuestionario de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT) y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), ambos reportaron consistencia interna aceptable.

Instrumentos	N° de reactivos	Reactivos	α
Cuestionario de Identificación de los Trastornos por Uso del Alcohol (AUDIT)	10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10	.91
Tipo de consumo			
Consumo de riesgo	3	1, 2 y 3	.80
Consumo dependiente	3	4, 5 y 6	.86
Consumo perjudicial	4	7, 8, 9 y 10	.84
Inventario de Depresión de Beck II (BDI-2)	21	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21	.95

Tabla 2

Características sociodemográficas de los adultos jóvenes

Variable	<i>f</i>	%
n= 314		
Programa que estudia		
Facultad de Ciencias Biológicas	80	25.5
Facultad de Ciencias Físico Matemáticas	80	25.5
Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales	74	23.5
Facultad de Psicología	80	25.5
Sexo		
Femenino	132	42.0
Masculino	182	58.0
Edad		
18 a 22	107	34.2
23 a 27	198	63.0
28 a 34	9	2.8
Semestre		
Octavo	42	13.4
Noveno	37	11.8
Décimo	235	74.8
Estado civil		
Soltero	261	83.1
Casado	19	6.1
Separado o divorciado	7	2.2
Unión libre	23	7.3
Viudez	4	1.3
Ocupación		
Sí trabaja	100	31.8
No trabaja	214	68.2
Actividad que desempeña		
Funcionarios, directores o jefes	5	1.6

Profesionistas o técnicos	20	6.4
Auxiliares administrativos	19	6.1
Comerciantes y ventas	20	6.4
Servicios personales y vigilancia	20	6.4
Artesanos y operarios	5	1.6
Ayudantes, peones y similares	11	3.5

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje

La tabla 2 presenta las características sociodemográficas de los adultos jóvenes que participaron en el estudio. En cuanto al programa académico, la distribución fue equilibrada entre los estudiantes de FCB, FCFM y FAPsi, tal como se estimó en el muestreo. Respecto al sexo, el 58% de los participantes fueron hombres, el 63.0% tenían entre 23 y 27 años, el 74.8% cursaban el décimo semestre. En cuanto al estado civil, el 83.1% reportó ser soltero, y el 31.8% indicó que actualmente trabaja. Entre quienes trabajan, las actividades que desempeñan corresponden a profesionistas o técnicos, y comerciantes o empleados de ventas.

Tabla 3

Prevalencias del consumo de alcohol en adultos jóvenes

Variable	<i>f</i>	%	IC 95%
n=244			
Consumo de alcohol alguna vez en la vida			
Sí	244	77.7	73.1 - 82.3
No	70	22.3	17.7 - 26.9
Consumo de alcohol en el último año			
Sí	242	77.1	72.4 - 81.7
No	72	22.9	18.3 - 27.6
Consumo de alcohol en el último mes			

Sí	176	56.1	50.6 – 61.5
No	138	43.9	38.5 – 49.4
Consumo de alcohol en la última semana			
Sí	101	32.2	27.0 – 37.3
No	213	67.8	62.7 – 73.0

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, IC=Intervalo de Confianza del 95%

En la tabla 3 se observa que el 77.7% de los adultos jóvenes reportó haber consumido alcohol alguna vez en la vida con un IC de 73.1 - 82.2, el 77.1% refirió haber consumido alcohol en el último año con in IC de 72.4 - 81.7, el 56.1% reportó consumo en el último mes con un IC de 50.6 - 61.5 y el 32.2% consumió alcohol en la última semana con un IC de 27.0 - 73.0.

Tabla 4

Prevalencia y Patrón del consumo de alcohol en adultos jóvenes

Variable	<i>f</i>	%
n=244		
Edad de inicio al consumo de alcohol		
11 a 15	77	31.6
16 a 20	164	67.2
21 a -25	3	1.2
Cuántas bebidas consume en un día		
1 - 5	140	57.4

6 - 10	91	37.3
11 - 15	9	3.7
16 - 20	2	0.8
21 - 25	2	0.8

Tipos de bebidas que consume en un día habitual

Cerveza	63	75.6
Tequila	4	9.8
Vodka	8	4.9
Whiskey	1	3.7
Ron	3	3.7
Vino de mesa	3	1.2
Sidra	1	1.2
Combinan 2 bebidas	59	18.8
Combinan 3 bebidas	46	14.6
Combinan 4 bebidas	31	9.9
Combinan 5 bebidas	9	2.9
Combinan 6 bebidas	16	5.1

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, IC=Intervalo de Confianza del 95%

En la tabla 4, en cuanto a la edad de inicio del consumo de alcohol, la mayoría refirió haber comenzado entre los 16 y 20 años (67.2%), en relación con la cantidad ingerida en un día habitual de consumo, la mayoría indicó consumo entre 1 y 5 bebidas (57.4%), seguido de 6 a 10 bebidas (37.3%), en cuanto a los tipos de bebidas que consumen, la bebida más frecuente fue la cerveza (75.6%) y finalmente para las combinaciones de bebidas el 18.8% mencionó combinar 2 bebidas seguido del 14.6% que combinan 3 bebidas.

Tabla 5

Frecuencias y proporciones sobre el consumo de riesgo de alcohol en los adultos

jóvenes

Variable	<i>f</i>	%
n=244		
Frecuencia de consumo		
Una o menos veces al mes	113	46.3
De 2 a 4 veces al mes	86	35.2
De 2 a 3 veces a la semana	29	11.9
4 o más veces a la semana	16	6.6
Cantidad típica		
1 o 2 copas	90	36.9
3 o 4 copas	62	25.4
5 o 6 copas	54	22.1
7, 8 o 9 copas	23	9.5
10 o más copas	15	6.1
Frecuencia del consumo elevado		
Nunca	71	29.1
Menos de una vez al mes	88	36.1
Mensualmente	55	22.5
Semanalmente	27	11.1
A diario o casi a diario	3	1.2

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, IC=Intervalo de Confianza del 95%

La tabla 5 muestra los resultados correspondientes al consumo de riesgo del Cuestionario AUDIT, referente a la frecuencia con la que los participantes consumen bebidas alcohólicas, el 46.3% indicó beber una o menos veces al mes, seguido del 35.2% que consume de 2 a 4 veces por mes, respecto a la cantidad típica, el 36.9% mencionó consumir 1 o 2 copas, el 25.4% ingiere de 3 a 4 copas por ocasión y el 22.1% consume de 5 o 6 copas y en relación con la frecuencia de consumo elevado, el 36.1% indicó que

esta situación ocurre menos de una vez al mes, mientras que el 22.5% refirió mensualmente.

Tabla 6

Frecuencias y proporciones del consumo dependiente de alcohol en adultos

jóvenes

Variable	<i>f</i>	%
n=244		
Pérdida del control sobre el consumo		
Nunca	126	51.6
Menos de una vez al mes	55	22.5
Mensualmente	36	14.9
Semanalmente	22	9.0
A diario o casi a diario	5	2.0
Aumento de la relevancia del consumo		
Nunca	127	52.0
Menos de una vez al mes	68	27.9
Mensualmente	33	13.5
Semanalmente	11	4.5
A diario o casi a diario	5	2.1
Consumo matutino		
Nunca	143	58.6
Menos de una vez al mes	63	25.8
Mensualmente	29	11.9
Semanalmente	6	2.5
A diario o casi a diario	3	1.2

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, IC=Intervalo de Confianza 95%

La tabla 6 presenta los resultados sobre el consumo dependiente de alcohol, respecto a la pérdida del control sobre el consumo -el 22.5% refiere que le sucede menos de una vez al mes, en cuanto al aumento de la relevancia del consumo el 27.9% lo mencionó menos

de una vez al mes, y en cuanto al consumo matutino el 25.8% que lo ha hecho menos de una vez al mes, y el 11.9% lo reportó de manera mensual.

Tabla 7

Frecuencias y proporciones del consumo perjudicial en adultos jóvenes

Variable	<i>f</i>	%
n=244		
Sentimientos de culpa tras el consumo		
Nunca	110	45.1
Menos de una vez al mes	72	29.4
Mensualmente	39	16.0
Semanalmente	17	7.0
A diario o casi a diario	6	2.5
Lagunas de memoria		
Nunca	120	49.2
Menos de una vez al mes	65	26.6
Mensualmente	30	12.3
Semanalmente	18	7.4
A diario o casi a diario	11	4.5
Lesiones relacionadas con el alcohol		
No	162	66.4
Sí, pero no en el curso del último año	60	24.6
Sí, en el último año	22	9.0
Preocupación de terceros por el consumo		
No	171	70.1
Sí, pero no en el curso del último año	45	18.4
Sí, en el último año	28	11.5

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, IC = Intervalo de Confianza 95%

La tabla 7 presenta los resultados enfocados a identificar consecuencias perjudiciales asociadas al consumo de alcohol. el 29.5% indicó haber experimentado sentimientos de culpa tras el consumo por haber bebido menos de una vez al mes, mientras que el 16.0% lo reportó de manera mensual, sobre las lagunas de memoria, el 26.6% indicó que esto ha sucedido menos de una vez al mes, y el 12.3% lo reportó de manera mensual respecto a las lesiones relacionadas al consumo de alcohol, el 24.6% indicó que sí, pero no en el curso del último año, mientras que el 9.0% reportó que si sucedió en el último año y finalmente, sobre si alguien ha mostrado preocupación por el consumo de alcohol del participante, el 18.4% recibió sugerencias, pero no en el último año, mientras que el 11.5% reportó haberlas recibido durante el último año.

Tabla 8
Tipos de consumo de alcohol

Tipos de consumo de alcohol n=244	<i>f</i>	%	IC95%
Consumo riesgo	114	36.6	31.2 – 41.9
Consumo dependiente	95	30.3	25.2 – 35.4
Consumo perjudicial	35	11.1	7.6 – 14.6

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, IC=Intervalo de confianza del 95%

La tabla 8 muestra los tipos de consumo del alcohol, el consumo de riesgo es el que predomina con un 36.6%, seguido del consumo dependiente (30.3%).

Tabla 9

Perfil del consumidor de metanfetaminas en los adultos jóvenes

Variable	<i>f</i>	%
n=48		
Edad de inicio		
15-19	20	41.7
20-24	28	58.3
Tipo de metanfetamina que consume		
Crystal meth	19	52.8
Ice	4	11.1
Speed	3	8.3
Meth	5	13.9
Crystal meth y speed	1	2.8
Crystal meth, speed y— meth	3	8.3
Crystal, ice, speed y meth	1	2.8
Cantidad que consume		

Menos de 0.1 g	13	36.1
0.1 a 0.5 g	14	38.9
0.5 a 1 g	4	11.1
Más de 1 g	5	13.9
Vía de consumo		
Inhalación	16	44.4
Inyección	8	22.2
Oral	5	13.9
Inhalación y oral	3	8.3
Inhalación e inyección	2	5.6
Inhalación, inyección, oral y anal	2	5.6

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje, IC=Intervalo de Confianza 95%

La tabla 9 describe que la edad de inicio del consumo de metanfetaminas más frecuente fue entre los 20 y 24 años (58.3%), en cuanto al tipo de metanfetamina, la forma más mencionada fue crystal meth, reportada por el 52.8%, seguida por el ice (10.4%), la cantidad de consumo más reportada fue 0.1 a 0.5 g (38.9%), también se exploró la vía de consumo, siendo la inhalación la más frecuente (44.4%), seguida por medio de inyección y oral (22.2%).

Tabla 10

Frecuencias y proporciones de los síntomas depresivos en los adultos jóvenes

Variable n=314	No presenta el síntoma		Presenta el síntoma leve la mayor parte del tiempo		Presenta el síntoma moderado la mayor parte del tiempo		Presenta el síntoma grave todo el tiempo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Tristeza	183	58.3	76	24.2	42	13.4	13	4.1
Pesimismo	160	51.0	92	29.3	52	16.6	10	3.2
Fracaso	168	53.5	81	25.8	45	14.3	20	6.4
Pérdida de placer	170	54.1	84	26.8	42	13.4	18	5.7
Sentimientos de culpa	152	48.4	88	28.0	53	16.9	21	6.7
Sentimientos de castigo	183	58.3	72	22.9	44	14	15	4.8
Disconformidad	203	64.6	52	16.6	35	11.1	24	7.6
Autocrítica	140	44.6	108	34.4	49	15.6	17	5.4
Pensamiento o deseo suicida	186	59.2	74	23.6	38	12.1	16	5.1
Llanto	184	58.6	55	17.5	52	16.6	23	7.3
Agitación	169	53.8	75	23.9	57	18.2	13	4.1
Pérdida de interés	152	48.4	93	29.6	47	15.0	22	7.0
Indecisión	171	54.5	76	24.2	39	12.4	28	8.9
Desvaloración	189	60.2	65	20.7	38	12.1	22	7.0
Pérdida de energía	176	56.1	77	24.5	40	12.7	21	6.7
Cambios en el hábito del sueño	98	31.2	137	43.6	58	18.5	21	6.7
Irritabilidad	163	51.9	92	29.3	37	11.8	22	7.0
Cambios en el apetito	141	44.9	103	32.8	53	16.9	17	5.4

Dificultad de concentración	144	45.9	106	33.8	39	12.4	25	8.0
Cansancio o fatiga	154	49.0	85	27.1	54	17.2	21	6.7
Pérdida de interés en el sexo	212	67.5	50	15.9	32	10.2	20	6.4

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje

La tabla 10 muestra los síntomas depresivos de los jóvenes se puede observar que de un 3.2 a 8.9% de los adultos jóvenes presentan síntomas graves, entre los que se encuentran indecisión (8.9%) y dificultad para la concentración (8%), respecto a los síntomas moderados el 18.5% presenta cambios en el hábito del sueño, seguido del 18.2% que presenta agitación y el 17.2% refiere cansancio o fatiga, en cuanto a los síntomas leves el 43.6% presenta cambios en el sueño, seguido del 34.4% que refiere autocrítica y finalmente el 33.8% que presenta dificultad de concentración.

Estadística Inferencial

A continuación, se presentan los resultados de la estadística inferencial que dan respuesta a los objetivos de la investigación.

Tabla 11

Prueba de normalidad de Kolmogórov–Smirnov con corrección de Lilliefors para variables continuas

VARIABLES	<i>n</i>	<i>Valor mín</i>	<i>Valor máx</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
Edad	314	20	28	23	24.5	1.75	.117	.001
Edad de inicio de consumo de alcohol	244	12	20	15.95	17.0	2.00	.123	.001

VARIABLES	<i>n</i>	<i>Valor mín</i>	<i>Valor máx</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
Número de bebidas consumidas en un día	314	1	25	7.86	4.0	4.84	.169	.001
Edad de inicio de consumo de metanfetaminas	48	15	24	19.07	20.0	1.73	.284	.001
Cantidad de metanfetamina consumida	314	1	4	1.88	0.0	0.97	.492	.001
Sumatoria AUDIT	244	1	40	17.24	9.0	10.86	.143	.001
Sumatoria BDI-II	314	0	63	29.79	12.0	19.99	.141	.001

Nota: *n* = número de participantes; \bar{X} = media; *Mdn*=Mediana; *DE* = desviación estándar; *D* = estadístico de la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov; *p* = valor de significancia

En la tabla 11 se muestran los resultados de la prueba de Kolmogórov-Smirnov, las variables continuas del estudio no presentaron una distribución normal ($p < .05$). La media de edad de los participantes fue de 24.05 años ($DE = 1.75$). La edad de inicio del consumo de alcohol fue de 15.95 años ($DE = 2.00$), mientras que el número promedio de bebidas consumidas en un día fue de 7.86 ($DE = 4.84$).

La puntuación media en el AUDIT fue de 17.24 ($DE = 10.86$) y la categoría promedio de consumo de alcohol fue de 2.67 ($DE = 1.18$), lo que indica un patrón de consumo de riesgo. En cuanto al consumo de metanfetaminas, la edad promedio de inicio fue a los 19 años ($DE = 1.73$) y la cantidad de metanfetaminas consumida fue de 1.88 ($DE = 0.97$). Finalmente, la puntuación total promediada en el Inventario de Depresión de Beck fue de 29.7 ($DE = 19.9$) y la categoría promedio de depresión fue de 3.0 ($DE = 1.3$), lo que

refleja la presencia de síntomas depresivos de moderados a graves en una proporción importante de los participantes.

Para dar respuesta al objetivo específico uno, el cual fue identificar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol por edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación en adultos jóvenes, los resultados se presentan de la tabla 12 a la 17.

Tabla 12

Prevalencias del consumo de alcohol por edad en adultos jóvenes

Prevalencias n=314	Si		No		χ^2	p
	f	%	f	%		
Alguna vez en la vida						
18 a 22 años	78	72.9	29	27.1	2.19	.333
23 a 27 años	159	80.3	39	19.7		
28 a 34 años	7	77.8	2	22.2		
En el último año						
18 a 22 años	78	72.9	29	27.1	2.19	.333
23 a 27 años	159	80.3	39	19.7		
28 a 34 años	7	77.8	2	22.2		
En el último mes						
18 a 22 años	43	40.2	64	59.8	16.87	.001
23 a 27 años	128	64.4	70	35.4		
28 a 34 años	5	55.6	4	44.4		
En la última semana						
18 a 22 años	20	18.7	87	81.3	13.65	.001
23 a 27 años	78	39.4	120	60.6		
28 a 34 años	3	33.3	6	66.7		

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; p=Valor de significancia

La tabla 12 muestra la prevalencia de consumo de alcohol por edad, se encontró que existe diferencia de consumo de alcohol en el último mes ($\chi^2= 16.87, p= .001$) y en

la última semana ($\chi^2=13.65$, $p=.001$) por edad, los estudiantes de 23 a 27 años presentan mayor prevalencia de consumo actual e instantáneo.

Tabla 13

Prevalencias del consumo de alcohol por sexo en adultos jóvenes

Prevalencias n=314	Si		No		χ^2	p
	f	%	f	%		
Alguna vez en la vida						
Femenino	97	73.5	35	26.5	2.344	.082
Masculino	147	80.8	35	19.2		
En el último año						
Femenino	97	73.5	35	26.5	2.344	.082
Masculino	147	80.8	35	19.2		
En el último mes						
Femenino	70	53.0	62	47.0	.844	.211
Masculino	105	58.2	76	41.8		
En la última semana						
Femenino	32	24.2	100	75.8	6.552	.007
Masculino	69	37.9	113	62.1		

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; p=Valor de significancia

La tabla 13 muestra las prevalencias del consumo de alcohol, se encontró que en la última semana ($\chi^2=6.552$, $p.007$) los hombres presentaron mayor consumo.

Tabla 14

Prevalencias del consumo de alcohol por escolaridad en adultos jóvenes

Prevalencias	Si		No		χ^2	p
	f	%	f	%		
n=314						
Alguna vez en la vida						
Octavo	31	73.8	11	26.2	.597	.742
Noveno	28	75.7	9	24.3		
Décimo	185	78.7	50	21.3		
En el último año						
Octavo	31	73.8	11	26.2	.597	.742
Noveno	28	75.7	9	24.3		
Décimo	185	78.7	50	21.3		
En el último mes						
Octavo	17	40.5	25	59.5	8.798	.012
Noveno	16	43.2	21	56.8		
Décimo	143	60.9	92	39.1		
En la última semana						
Octavo	7	16.7	35	83.3	8.623	.013
Noveno	8	21.6	29	78.4		
Décimo	86	36.6	149	63.4		

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; p=Valor de significancia

La tabla 14 muestra las prevalencias de consumo de alcohol por escolaridad, se observó que en el último mes ($\chi^2=8.798$, $p=.012$) se observó mayor consumo en los jóvenes de décimo semestre, de igual forma para el consumo en la última semana ($\chi^2=8.623$, $p=.013$).

Tabla 15

Prevalencias del consumo de alcohol por estado civil en los adultos jóvenes

Prevalencias	Si		No		χ^2	p
	f	%	f	%		
N=314						
Alguna vez en la vida						

Soltero	199	76.2	62	23.8	4.801	.187
Casado	18	94.7	1	5.3		
Unión libre	17	73.9	6	26.1		
Separado, divorciado o en viudez	10	90.0	1	9.1		
En el último año						
Soltero	197	75.5	64	24.5	5.051	.168
Casado	18	94.7	1	5.3		
Unión libre	17	73.9	6	26.1		
Separado, divorciado o en viudez	10	90.9	1	9.1		
En el último mes						
Soltero	141	54.0	120	46.0	4.706	.195
Casado	15	78.9	4	21.1		
Unión libre	14	60.9	9	39.1		
Separado, divorciado o en viudez	6	54.5	5	45.5		
En la última semana						
Soltero	77	29.5	184	70.5	5.898	.117
Casado	10	52.6	9	47.4		
Unión libre	9	39.1	14	60.9		
Separado, divorciado o en viudez	5	45.5	6	54.5		

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 = Chi-cuadrado de Pearson; p = Valor de significancia

La tabla 15 presenta la prevalencia del consumo de alcohol por el estado civil, respecto al consumo global y lápsico se observó mayor consumo en los solteros el

76.2% y 75.5% respectivamente, en cuanto al consumo actual e instantáneo se observó mayor consumo en los casados 78.9%, y 52.6%.

Tabla 16

Prevalencias del consumo de alcohol por ocupación en los adultos jóvenes

Prevalencias n=314	<i>Si trabaja</i>		<i>No trabaja</i>		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Alguna vez en la vida					4.505	.041
Sí consume	85	85.0	159	74.3		
No consume	15	15.0	55	27.5		
En el último año						
Si consume	85	85.0	157	73.4	5.221	.022
No consume	15	15.0	57	26.6		
En el último mes						
Si consume	63	63.0	113	52.8	2.876	.090
No consume	37	37.0	101	47.2		
En la última semana						
Si consume	32	32.0	69	32.2	.002	.966
No consume	68	68.0	145	67.8		

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; p=Valor de significancia

La tabla 16 muestra la prevalencia del consumo de alcohol por ocupación, en cuanto al consumo de alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes se observó mayor consumo en los que cuentan con empleo 85.0%, 85.0% y 63.0% respectivamente, para el consumo en la última semana los que no cuentan con empleo son los de mayor consumo de alcohol (32.2%).

Para dar respuesta al objetivo dos que fue describir los tipos de consumo de alcohol por edad, sexo, grado de escolaridad, estado civil y ocupación, los resultados se presentan a continuación.

Tabla 17

Tipos de consumo de alcohol por edad en los adultos jóvenes

Tipos de consumo de alcohol n=244				
	<i>f</i>	%	χ^2	<i>p</i>
Consumo de riesgo				
18 a 22 años	57	73.1	32.07	
23 a 27 años	54	34.0		
28 a 34 años	3	42.9		
Consumo dependiente				
18 a 22 años	16	20.5	34.019	.001
23 a 27 años	75	47.2		
28 a 34 años	4	57.1		
Consumo perjudicial				
18 a 22 años	5	6.4	5.97	
23 a 27 años	30	18.9		
28 a 34 años	0	0.0		

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; *p*=Valor de significancia

La tabla 17 presenta los tipos de consumo de alcohol por edad, en el consumo dependiente ($\chi^2=34.019$, $p=.001$) se observa mayor consumo de alcohol en los jóvenes de entre 23 a 27 años, seguido del consumo de riesgo 34.0%.

Tabla 18

Tipos de consumo de alcohol por sexo en adultos jóvenes

Tipo de consumo n=244				
	<i>F</i>	%	χ^2	<i>p</i>
Consumo de riesgo				
Femenino	50	51.5	1.201	
Masculino	64	43.5		
Consumo dependiente				
Femenino	38	39.2	0.000	.158
Masculino	57	38.8		
Consumo perjudicial				

Femenino	9	9.3	2.713
Masculino	26	17.7	

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; p =Valor de significancia

La tabla 18 muestra los tipos de consumo de alcohol por sexo, se observó que en el consumo perjudicial ($\chi^2=2.713$, $p=.158$) los hombres tienen mayor consumo.

Tabla 19

Tipos de consumo de alcohol por escolaridad en los adultos jóvenes

Tipos de consumo de alcohol				
n=244	f	%	χ^2	p
Consumo de riesgo				
Octavo	28	90.3	43.91	
Noveno	24	85.7		
Décimo	62	33.5		
Consumo dependiente				
Octavo	3	9.7	54.02	.001
Noveno	2	7.1		
Décimo	90	48.6		
Consumo perjudicial				
Octavo	0	0.0	9.83	
Noveno	2	7.1		
Décimo	33	17.8		

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; p =Valor de significancia

La tabla 19 presenta los tipos de consumo de alcohol por escolaridad, en el consumo dependiente ($\chi^2=54.02$, $p=.001$) se observó mayor consumo en los estudiantes de décimo semestre.

Tabla 20

Tipos de consumo de alcohol por estado civil en los adultos jóvenes

Tipos de consumo de alcohol				
n=244	<i>F</i>	%	χ^2	<i>p</i>
Consumo de riesgo				
Soltero	102	51.3	13.24	
Casado	6	33.3		
Unión libre	4	23.5		
Separado, divorciado o en viudez	2	20.0		
Consumo dependiente				
Soltero	73	36.7	2.84	.070
Casado	9	50.0		
Unión libre	8	47.1		
Separado, divorciado o en viudez	5	50.0		
Consumo perjudicial				
Soltero	24	12.1	8.21	
Casado	3	16.7		
Unión libre	5	29.4		
Separado divorciado o en viudez	3	30.0		

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 = Chi-cuadrado de Pearson; p = Valor de significancia

La tabla 20 muestra los tipos de consumo, en cuanto al consumo de riesgo ($\chi^2=13.24$, $p=.070$) se encontró mayor consumo en los solteros

Tabla 21

Tipo de consumo de alcohol por ocupación en adultos jóvenes

Tipos de consumo de alcohol

n=244	<i>f</i>	%	χ^2	<i>p</i>
Consumo de riesgo				
Sí trabaja	41	48.2	0.120	
No trabaja	73	45.9		
Consumo dependiente				
Sí trabaja	32	37.6	0.091	.940
No trabaja	63	39.6		
Consumo perjudicial				
Sí trabaja	12	14.1	0.005	
No trabaja	23	14.5		

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; p=Valor de significancia

En la tabla 21 se observan los tipos de consumo de alcohol por ocupación, el tipo de consumo de riesgo fue más frecuente en los que sí trabajan ($\chi^2=.0.120$, $p=.940$).

Para dar respuesta al objetivo tres que fue conocer la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de metanfetaminas por edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación en los adultos jóvenes, los resultados se presentan a continuación.

Tabla 22

Consumo de metanfetaminas por edad de los adultos jóvenes

Prevalencias				
n =48	<i>f</i>	%	χ^2	<i>p</i>
Alguna vez en la vida				
18 a 22 años	8	7.6	7.706	.021
23 a 27 años	38	19.2		
28 a 34 años	2	22.2		
En el último año				
18 a 22 años	5	4.7	7.863	.020
23 a 27 años	29	14.6		
28 a 34 años	2	22.2		

En el último mes				
18 a 22 años	3	2.8	3.593	.166
23 a 27 años	16	8.1		
28 a 34 años	1	11.1		
En la última semana				
18 a 22 años	1	0.9	5.659	.059
23 a 27 años	13	6.6		
28 a 34 años	1	11.1		

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; p=Valor de significancia

En la tabla 22 muestra las prevalencias del consumo de metanfetaminas, se observó que en el último año ($\chi^2=7.863$, $p=.020$) el grupo de edad de 28 a 34 años muestran mayor consumo, seguido de la prevalencia global ($\chi^2=7.706$, $p=.021$) el grupo de 23 a 27 años son los que más consumen.

Tabla 23

Consumo de metanfetaminas por sexo en los adultos jóvenes

Prevalencias				
n=48	f	%	χ^2	p
Alguna vez en la vida				
Femenino	16	33.3	1.762	.121
Masculino	32	66.7		
En el último año				
Femenino	13	27.1	.586	.281
Masculino	23	47.9		
En el último mes				
Femenino	8	16.7	.036	.522
Masculino	12	25.0		
En la última semana				
Femenino	5	10.4	.490	.338
Masculino	10	20.8		

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; p=Valor de significancia

En la tabla 23 se muestran las prevalencias del consumo de metanfetaminas por sexo, se observó que alguna vez en la vida ($\chi^2=1.762, p=.121$) los hombres son los que más consumen, se muestra la misma tendencia en cuanto al consumo en el último año ($\chi^2=.586, p=.281$).

Tabla 24

Prevalencias del consumo de metanfetaminas por escolaridad de los adultos jóvenes

Prevalencias	<i>F</i>	%	χ^2	<i>p</i>
n=48				
Alguna vez en la vida				
Octavo	0	0.0	13.705	.001
Noveno	2	4.2		
Décimo	46	95.8		
En el último año				
Octavo	0	0.0	8.865	.012
Noveno	2	5.6		
Décimo	34	94.4		
En el último mes				
Octavo	0	0.0	4.851	.088
Noveno	1	5.0		
Décimo	19	95.0		
En la última semana				
Octavo	0	0.0	3.177	.204
Noveno	1	6.7		
Décimo	14	93.3		

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; p=Valor de significancia

La tabla 24 muestra las prevalencias del consumo de metanfetaminas por escolaridad, se observó mayor consumo en la prevalencia global ($\chi^2=13.706, p=001$) en los que cursaban décimo semestre.

Tabla 25

Consumo de metanfetaminas por estado civil de los adultos jóvenes

Prevalencias n=48	Si		χ^2	p
	F	%		
Alguna vez en la vida				
Soltero	32	66.7	27.526	.001
Casado	4	8.3		
Unión libre	6	12.5		
Separado, divorciado o en viudez	6	12.5		
En el último año				
Soltero	24	66.7	34.638	.001
Casado	3	8.3		
Unión libre	3	8.3		
Separado, divorciado o en viudez	6	16.7		
En el último mes				
Soltero	14	70	14.194	.007
Casado	1	5.0		
Unión libre	2	10.0		
Separado, divorciado o en viudez	3	15.0		
En la última semana				
Soltero	10	66.7	19.907	.001
Casado	1	6.7		
Unión libre	1	6.7		
Separado, divorciado o en viudez	3	20.0		

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 = Chi-cuadrado de Pearson; p = Valor de significancia

En la tabla 25 se observan las prevalencias de consumo de metanfetaminas por estado civil, los resultados mostraron que para el consumo alguna vez en la vida

($\chi^2=27.526$, $p=001$) y en el último año ($\chi^2=34.638$, $p=001$) mostro mayor consumo en los solteros.

Tabla 26

Consumo de metanfetaminas por ocupación de los adultos jóvenes

Prevalencias				
n=48	<i>f</i>	%	χ^2	<i>p</i>
Alguna vez en la vida				
Sí trabaja	22	45.8		
No trabaja	26	54.2	5.107	.024
En el último año				
Sí trabaja	18	50.0		
No trabaja	18	50.0	6.173	.013
En el último mes				
Sí trabaja	10	50.0		
No trabaja	10	50.0	3.343	.072
En la última semana				
Sí trabaja	8	53.3		
No trabaja	7	46.7	3.351	.067

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 =Chi-cuadrado de Pearson; p=Valor de significancia

En la tabla 26 se muestran las prevalencias de consumo de metanfetaminas por ocupación, se observó que para la prevalencia global ($\chi^2=5.107$, $p=.024$) el consumo es mayor para los que no trabajan.

Para dar respuesta al objetivo cuatro el cual es describir los síntomas depresivos en los adultos jóvenes, los resultados se muestran a continuación.

Tabla 27

Clasificación de los síntomas depresivos en los adultos jóvenes

Nivel de sintomatología		
n=314	<i>f</i>	%
Síntomas mínimos	164	52.2
Síntomas leves	36	11.5

Síntomas moderados	42	13.7
Síntomas graves	72	22.9

Nota: *f=frecuencias, %=porcentaje*

En la tabla 27 se muestra la clasificación de los niveles de depresión, se observa que los síntomas graves abarcan un 22.9%, síntomas moderados un 13.7%, síntomas leves 11.5% y síntomas mínimos un 52.2%.

Para dar respuesta al objetivo cinco que identificar los síntomas de depresión en los adultos jóvenes por consumo de alcohol y consumo de metanfetaminas, los resultados se muestran a continuación.

Tabla 28

Síntomas de depresión por consumo de alcohol en los adultos jóvenes

Consumo de alcohol	<i>Con síntomas depresivos</i>		<i>Sin síntomas depresivos</i>		χ^2	<i>p</i>
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Sí	128	52.3	116	47.7	10.100	.018
No	22	31.4	48	68.6		

En la tabla 28 se muestra que, al aplicar la prueba de Chi cuadrada de Pearson para analizar la relación entre el consumo de alcohol y la presencia de síntomas depresivos en adultos jóvenes, se observó que el 52.3% de quienes consumen alcohol presentó síntomas depresivos, mientras que el 47.7% no los presentó. La prueba de Chi cuadrada mostró una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y la presencia de síntomas depresivos ($\chi^2 = 10.100, p = .018$), lo que indica que el consumo de alcohol se relaciona con una mayor presencia de síntomas depresivos en la población estudiada.

Tabla 29

Síntomas depresivos por consumo de metanfetaminas en los adultos jóvenes

Consumo de metanfetaminas	<i>Con síntomas depresivos</i>		<i>Sin síntomas depresivos</i>		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Sí	36	75.0	12	25.0	35.386	.001
No	114	42.9	152	57.1		

En la tabla 29 se muestra que, el 75.0% de las personas que reportaron consumo de metanfetaminas presentó síntomas depresivos, mientras que el 25.0% no manifestó sintomatología. En contraste, entre quienes no consumen metanfetaminas, el 42.9% presentó síntomas depresivos y el 57.1% no los presentó, lo que muestra una mayor proporción de sintomatología depresiva en el grupo consumidor en comparación con el no consumidor.

La prueba de Chi-cuadrado de Pearson indicó una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de metanfetaminas y la presencia de síntomas depresivos ($\chi^2 = 35.386$; $p = .001$), lo que permite afirmar que existe una relación significativa entre ambas variables en la población estudiada.

Para dar respuesta al objetivo general de la investigación que fue determinar la relación que existe entre el consumo de alcohol y metanfetaminas con los síntomas depresivos en los adultos jóvenes, el resultado se presenta a continuación.

Tabla 30

Correlación entre consumo de alcohol, síntomas depresivos y consumo de metanfetaminas en adultos jóvenes

Variables	<i>AUDIT</i>	<i>BDI-II</i>	<i>Metanfetaminas</i>
Consumo de alcohol	1.000	.395**	.329**
Síntomas depresivos	.395**	1.000	.286**
Consumo de metanfetaminas	.329**	.286**	1.000

Nota. Se utilizó la correlación Rho de Spearman debido a la ausencia de normalidad en los datos. $p < .01$

En la tabla 30 muestra que existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre la puntuación total del AUDIT y la puntuación total del BDI-II, con

un coeficiente de correlación de $\rho = 0.395$ ($p = .000$). De igual manera, se identificó una correlación positiva y significativa entre el consumo de alcohol y el consumo de metanfetaminas, con un valor de $\rho = 0.329$ ($p = .000$). En cuanto a la relación entre el consumo de metanfetaminas y los síntomas depresivos, también se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa, con un coeficiente de $\rho = 0.286$ ($p = .000$).

Discusión

El presente estudio permitió abordar los conceptos de Consumo de alcohol (Babor et al., 2001), Consumo de metanfetaminas y los síntomas depresivos (Beck et al., 1996). El estudio se realizó en 314 adultos jóvenes de una Universidad Pública de Monterrey Nuevo León.

En cuanto al consumo de alcohol se observaron prevalencias elevadas de consumo de alcohol. Específicamente, el 77.7 % reportó haber consumido alcohol alguna vez en la vida, el 77.1 % refirió consumo en el último año, el 56.1 % en el último mes y el 32.2 % en la última semana. Estos porcentajes reflejan un patrón de consumo frecuente, incluso en prevalencias semanales, lo cual concuerda con las tendencias nacionales registradas por la ENCODAT 2017–2018, que reporta una prevalencia general de 77.3 % en la población mexicana, con mayor proporción en hombres (88.3 %) que en mujeres (67.3 %).

Estos hallazgos también coinciden con estudios latinoamericanos donde el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por estudiantes universitarios. Bohórquez-Borda et al. (2022) reportaron consumo de alcohol en 98.3 % de estudiantes en Colombia, mientras que García et al. (2024) encontraron que el 89.2 % de estudiantes de medicina en México habían consumido alcohol alguna vez y un 33 % lo hacía semanalmente. De manera similar, Serrano-Ventura et al. (2023) documentaron una prevalencia global de 81.6 % en estudiantes de enfermería, cifra muy cercana a lo encontrado en este estudio.

Los resultados mostraron que el consumo de alcohol se concentró principalmente entre los 22 y 25 años, coincidiendo con el rango de mayor vulnerabilidad señalado en diversos estudios. La literatura establece que la etapa de los 18 a 29 años es un periodo crítico para el inicio y consolidación del consumo de sustancias psicoactivas debido a

cambios en la identidad, presión social, búsqueda de sensaciones y procesos de independencia (Bohórquez-Borda et al., 2022; Vázquez, 2020).

Respecto al sexo, los resultados mostraron que el consumo de alcohol fue más frecuente en hombres, lo cual es congruente con la evidencia internacional y nacional. Diversos estudios han documentado que los hombres presentan mayor prevalencia de consumo de alcohol debido a normas socioculturales que normalizan el consumo masculino y a patrones de socialización relacionados con demostración de masculinidad y pertenencia grupal (Serrano-Ventura et al., 2023; García et al., 2024).

En relación con el estado civil, la mayor prevalencia de consumo de alcohol se observó entre los jóvenes solteros. Este patrón coincide con lo documentado por Grant et al. (2015), quienes señalan que el estado civil es un factor predictivo del consumo de alcohol, siendo los solteros y separados quienes presentan mayor probabilidad de consumo riesgoso.

En cuanto a la ocupación, el consumo de alcohol fue más frecuente en estudiantes que únicamente estudiaban, aunque también fue reportado por jóvenes que trabajan y estudian. Esto concuerda con investigaciones como la de Bohórquez-Borda et al. (2022), donde el alcohol es consumido transversalmente por estudiantes universitarios independientemente de su condición laboral.

El análisis por frecuencia mostró que la mayoría de los estudiantes consume entre 1 y 2 copas por ocasión, mientras que alrededor de un tercio consume entre 3 y 4 copas. En cuanto a los episodios de embriaguez, la mayor proporción de participantes reportó que estos ocurren “menos de una vez al mes” o “mensualmente”, aunque un porcentaje menor refirió episodios semanales o casi diarios.

Respecto a la escolaridad, los estudiantes de décimo semestre mostraron proporciones mayores de consumo de alcohol, especialmente en los niveles de consumo de riesgo y perjudicial. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Rubio et al. (2023), quienes señalan que la progresión académica incrementa los niveles de estrés, presión por egresar y carga de trabajo, factores que pueden favorecer el consumo como estrategia de afrontamiento.

Asimismo, investigaciones como las de García et al. (2024) y Serrano-Ventura et al. (2023) documentan patrones similares, donde estudiantes de cursos superiores presentan niveles más altos de consumo que aquellos en semestres iniciales.

El consumo de metanfetaminas en esta muestra fue menor. No obstante, los resultados mostraron que el consumo se concentró principalmente en jóvenes dentro del rango de mayor vulnerabilidad identificado por la literatura.

Asimismo, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE, 2023) informó que el consumo de metanfetaminas en México aumentó 218 % entre 2017 y 2021, lo cual refleja una tendencia creciente que coincide con la presencia de esta sustancia en la muestra estudiada.

Aunque el consumo de metanfetaminas no es generalizado en la población universitaria, los efectos emocionales y neuropsiquiátricos asociados a su consumo presentan un riesgo significativamente mayor que el del alcohol, lo cual subraya la necesidad de vigilancia e intervención temprana.

Asimismo, investigaciones recientes han señalado que los jóvenes menores de 30 años presentan mayor prevalencia de síntomas depresivos en comparación con adultos de mayor edad (Zhang et al., 2023). Este patrón también se observó en la presente investigación, donde este grupo concentró la mayor proporción de síntomas depresivos. Respecto al sexo, los síntomas depresivos tendieron a ser más frecuentes en mujeres, lo cual ha sido documentado en múltiples investigaciones universitarias (Pérez-Pérez et al., 2021; Zhang et al., 2023). Esto se ha asociado con factores como mayor carga emocional, niveles más elevados de ansiedad académica y diferencias en estrategias de afrontamiento.

En cuanto a los síntomas depresivos, los más frecuentes fueron sentimientos de culpa (51.6 %), autocrítica (55.4 %), pesimismo (49.0 %) y pérdida de placer (45.9 %). Aunque síntomas como la ideación suicida fueron menos prevalentes, la presencia de síntomas afectivos moderados en una parte importante de la muestra evidencia un nivel significativo de malestar emocional en la población.

Estos hallazgos son consistentes con la literatura. Pérez-Pérez et al. (2021) reportaron que el 85.5 % de los universitarios evaluados presentaba síntomas depresivos en diferentes niveles, mientras que Rubio et al. (2023) señalan que el estrés académico y la sobrecarga laboral constituyen factores de riesgo relevantes.

En relación entre consumo de alcohol y síntomas depresivos, se encontró que el 52.3 % de los jóvenes que consumen alcohol presentó síntomas depresivos, diferencia que fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 10.100$, $p = .018$). Además, el análisis correlacional mostró una relación positiva y moderada ($r = .395$, $p < .001$).

Respecto a la relación entre el consumo de metanfetaminas y los síntomas depresivos, el 75 % de los jóvenes que consumieron esta sustancia presentó síntomas depresivos, diferencia altamente significativa ($\chi^2 = 35.386$, $p = .001$). Asimismo, el análisis correlacional mostró una relación positiva y significativa ($r = .286$, $p < .001$). Adicionalmente, se identificó una correlación significativa entre el consumo de alcohol y el consumo de metanfetaminas ($r = .329$, $p < .001$), lo cual sugiere que el consumo de una sustancia incrementa la probabilidad de consumir otra.

En conjunto, estas correlaciones evidencian que el consumo de sustancias psicoactivas y la sintomatología depresiva están estrechamente vinculados, confirmando que el consumo de alcohol y metanfetaminas constituye un factor de riesgo relevante para la salud mental de los adultos jóvenes universitarios.

Conclusiones

El presente estudio permitió determinar la relación entre el consumo de alcohol, el consumo de metanfetaminas y los síntomas depresivos en adultos jóvenes universitarios, alcanzando el objetivo general planteado. La muestra estuvo compuesta por 314 participantes, con una concentración predominante entre los 22 y 25 años, con mayor participación de hombres y con mayoría en estado civil soltero. Las características sociodemográficas influyeron en la distribución de las variables estudiadas, evidenciando que los jóvenes en esta etapa presentan mayor vulnerabilidad al consumo de sustancias y a la presencia de afectación emocional.

En cuanto al consumo de alcohol, el 77.7 % reportó haber consumido alcohol alguna vez en la vida, 77.1 % en el último año, 56.1 % en el último mes y 32.2 % en la última semana. Estos datos reflejan que el alcohol es la sustancia de mayor uso entre los universitarios y que su consumo se encuentra normalizado y presente de manera constante en sus actividades recreativas y sociales.

Respecto al consumo de metanfetaminas, aunque su prevalencia fue considerablemente menor en comparación con el alcohol, su impacto fue clínicamente significativo. Los resultados mostraron que el 75 % de los jóvenes que consumieron metanfetaminas presentó síntomas depresivos, lo cual representa una proporción elevada y de importancia epidemiológica.

La asociación entre ambas variables fue altamente significativa ($\chi^2 = 35.386, p = .000$), indicando que el consumo de metanfetaminas constituye un factor de riesgo relevante para la presencia de sintomatología depresiva, aun cuando el consumo sea esporádico o poco frecuente.

En relación con los síntomas depresivos, una proporción considerable de estudiantes presentó al menos un síntoma de depresión. Los síntomas más frecuentes fueron autocrítica (55.4 %), culpa (51.6 %), pesimismo (49.0 %) y pérdida de placer (45.9 %), mientras que un porcentaje menor manifestó síntomas de mayor severidad. Estos resultados evidencian que la depresión constituye un problema de salud mental presente en la población universitaria y que afecta de manera significativa su bienestar emocional.

Al analizar la relación entre el consumo de sustancias y los síntomas depresivos, se encontró que el 52.3 % de los estudiantes que consumen alcohol presentó síntomas depresivos, mostrando una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 10.100, p = .018$). Además, los análisis de correlación confirmaron relaciones directas entre las variables evaluadas. El consumo de alcohol se correlacionó de manera positiva con los síntomas depresivos ($r = .395, p < .001$), mientras que el consumo de metanfetaminas también mostró una correlación significativa con la depresión ($r = .286, p < .001$). Asimismo, se identificó una correlación positiva entre el consumo de alcohol y el consumo de metanfetaminas ($r = .329, p < .001$), lo que sugiere que los estudiantes que consumen una sustancia tienen mayor probabilidad de consumir la otra.

En conjunto, los hallazgos obtenidos permiten concluir que el consumo de alcohol y, especialmente, el consumo de metanfetaminas se encuentra significativamente asociados con la presencia de síntomas depresivos en adultos jóvenes.

Referencias

- Babor, T. F., de la Fuente, J. R., Saunders, J. B., & Grant, M. (1993).
AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care. World Health Organization.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001).
AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care (2nd ed.). World Health Organization.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996).
Manual for the Beck Depression Inventory–II. Psychological Corporation.
- Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011).
Alcohol and depression. *Addiction*, *106*(5), 906–914.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x>
- Bohórquez-Borda, D., Gómez-Villarraga, D., Pérez-Cruz, D., & García-Rincón, L. (2022).
Desregulación emocional y nivel de riesgo por el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios colombianos. *Revista CES Psicología*, *15*(3), 115–132. <https://doi.org/10.21615/cesp.6159>

- Brière, F. N., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D., & Lewinsohn, P. M. (2014). Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(3), 526–533. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.10.007>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). *Ley General de Salud*. Diario Oficial de la Federación.
- Carreño, S., Medina-Mora, M. E., Martínez, N., Juárez, F., & Vázquez, L. (2006). Características organizacionales, estrés y consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil mexicana. *Salud Mental*, *29*(4), 63–70.
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2022). *Informe sobre la situación del consumo de drogas en México 2022*. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/conadic>
- Darke, S., Kaye, S., McKetin, R., & Duflou, J. (2008). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug and Alcohol Review*, *27*(3), 253–262. <https://doi.org/10.1080/09595230801923702>
- De la Fuente, J. R., & Kershenovich, D. (1998). El alcoholismo como problema médico. *Revista de Investigación Clínica*, *50*(2), 77–82.
- Folayan, M., Ibigbam, O., Thantawi, M., Aly, N., Abeldaño, R., Abelaño, G., Ara, E., Ellakany, P., Gaffar, B., Al-Khanati, M., Idigbe, I., Ishabiyi, A., Khan, A., Khalid, Z., Lawal, F., Lusher, J., Nzimande, N., Popoola, B., Quadri, M., Roque, M., Okeibunor, J., Brown, B., & Nguyen, A. (2023). Associations between mental health challenges, sexual activity, alcohol consumption, use of other psychoactive substances and use of COVID-19 preventive measures during the first wave of the COVID-19 pandemic by adults in Nigeria. *BMC Public Health*, *23*, 1506. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16440-x>
- García, J., Arriaga, K., Cornejo, M., Herrera, A., Juárez, E., Martínez, J., & Méndez, A. (2024). Drugs consumption in university students of health area. *Verano de la Ciencia XXIX*, *28*, 2395–9797.

- Glasner-Edwards, S., Mooney, L. J., Marinelli-Casey, P., Hillhouse, M., Ang, A., & Rawson, R. A. (2010). *Psychopathology in methamphetamine-dependent adults 3 years after treatment*. *Drug and Alcohol Review*, 29(1), 12–20.
<https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00081.x>
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Smith, S. M., Huang, B., & Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757–766. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7th ed.). Elsevier.
- Gutiérrez R., J. A., Montoya, L., Toro, B., Briñón, M. A., Rosas, E., & Salazar, L. (2010). *Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico*. *CES Medicina*, 24(1), 9–16.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2016). *Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo mayor en el adulto*. IMSS.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional contra las Adicciones, & Secretaría de Salud. (2019). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016–2017 (ENCODAT)*. Secretaría de Salud.
- Jiang, Y., Zhang, E., Kusumanchi, P., Han, S., Yang, Z., & Liangpunsakul, S. (2020). Alcohol metabolizing enzymes, microsomal ethanol-oxidizing system, cytochrome P450 2E1, catalase, and aldehyde dehydrogenase in alcohol-associated liver disease. *Biomedicines*, 8(3), 50.
<https://doi.org/10.3390/biomedicines8030050>
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. (2023). *Informe anual de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes 2023*. Naciones Unidas.

- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998).
La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental, 21*, 26–31.
- Lima-Sánchez, D. N., Navarro-Escalera, A., Fouilloux-Morales, C., Tafoya-Ramos, S. A., & Campos-Castolo, E. M. (2020).
Validación de la escala de resiliencia de 10 ítems. *Revista de Psicología y Salud, 30*(2), 1–10.
- Montoya, L. M., Gutiérrez, J. A., Toro, B. E., Briñón, M. A., Rosas, E., & Salazar, L. E. (2010).
Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES Medicina, 24*(1), 7–17.
- Morales, L. S., Pérez, M. E., & García, J. A. (2020).
Consumo de sustancias y salud mental en estudiantes universitarios. *Salud Mental, 43*(4), 181–188.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2022).
Alcohol facts and statistics. National Institutes of Health.
- Organización Mundial de la Salud. (2018).
Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2023).
Mental health and substance use. OMS.
- Patrick, M. E., Terry-McElrath, Y. M., Fairlie, A. M., & Schulenberg, J. E. (2020).
Alcohol use and the COVID-19 pandemic: Historical trends in drinking, contexts, and reasons for use among young adults. *Social Science & Medicine, 265*, 113429. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113429>
- Pérez-Pérez, R., Hernández, M., & López, A. (2021).
Síntomas depresivos y factores asociados en estudiantes universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología, 53*(2), 145–154.
- Rivera, L., Gómez, P., & Martínez, A. (2020).
Consumo de alcohol y depresión en jóvenes universitarios mexicanos. *Revista de Salud Pública, 22*(3), 1–9.

- Rubio, G., Martínez, J., & Torres, L. (2023).
Estrés académico, consumo de sustancias y depresión en universitarios.
Adicciones, 35(1), 45–54.
- Secretaría de Salud. (2017).
Programa de Acción Específico: Prevención y tratamiento de las adicciones.
Secretaría de Salud.
- Serrano-Ventura, A., Morales, F., & Díaz, R. (2023).
Consumo de alcohol y síntomas depresivos en estudiantes de enfermería.
Enfermería Universitaria, 20(2), 123–131.
- Vázquez, M. E. (2020).
Consumo de drogas y salud mental en población universitaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 37(1), 23–31.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J., & Goldstein, R. Z. (2011).
Role of dopamine, the frontal cortex and memory circuits in drug addiction:
Insight from imaging studies. *Neurobiology of Learning and Memory*, 95(4),
459–467. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2011.01.002>
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2015).
Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *The New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371.
<https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480>
- Zhang, Y., Chen, X., & Liu, Z. (2020).
Depression and substance use among young adults: A systematic review.
Journal of Affective Disorders, 274, 1026–1036.

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consumo de alcohol, metanfetaminas y síntomas depresivos en adultos jóvenes

Lic. Yadira Perales Mendoza

MCE: Santiago Enriqueta Esparza Almanza

Introducción/Objetivo:

Este proyecto de investigación es realizado por el autor del estudio para la obtención del grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. El objetivo es determinar la relación entre el consumo de alcohol, metanfetaminas y síntomas depresivos en adultos jóvenes.

El presente estudio se llevará a cabo en Facultades de una Universidad pública de las áreas de Ingeniería, Sociales, Naturales y Salud. Por lo cual te solicitamos que nos apoyes participando contestando algunas preguntas.

A continuación, te explicaremos en qué consiste el estudio y los procedimientos, esperando que la información sea útil para decidir si deseas participar en el estudio.

Procedimientos:

Si desea participar en el estudio de investigación:

Se realizarán una serie de preguntas sobre el consumo de alcohol, consumo de metanfetaminas y acerca de los síntomas de la depresión. Todo esto en una entrevista que será realizada por el autor del estudio y totalmente de forma anónima y confidencial. Para el llenado de las encuestas se estima un tiempo de 15 minutos.

Posibles riesgos potenciales/compensaciones:

Se considera riesgo mínimo al participar en este estudio de investigación, debido a que se realizan preguntas sobre el consumo de alcohol y anfetaminas. En caso de que alguna pregunta te llegue a hacer sentir incómodo (a) tienes el derecho de no responder o puedes preguntar al respecto.

Beneficios:

La participación en el estudio no será beneficiada directamente, sin embargo, si decides participar, estarás ayudando para futuras investigaciones e intervenciones de enfermería dirigidas a prevenir el consumo de alcohol, y metanfetaminas así como los síntomas depresivos en los adultos jóvenes.

Compromiso del investigador:

Para este estudio se garantiza obtener respuesta clara por parte del autor ante cualquier duda que pudieras presentar sobre los instrumentos o asuntos relacionados con la investigación.

Confidencialidad:

La información que se obtenga para el estudio será de carácter confidencial y será utilizada únicamente para fines del estudio por el autor sin ningún otro interés. Los resultados que se obtengan en la investigación serán publicados con fines científicos, y se presentarán de forma general, no de manera individualmente.

Participación Voluntaria/Retiro: Tu participación en el estudio es voluntaria, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en algún momento del estudio ya no deseas continuar o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, no habrá repercusiones y será tu decisión continuar o no en el estudio.

Firma: _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Testigo 1 _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Dirección _____

Testigo 2: _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Dirección _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

Día / Mes / Año

ANEXO B

Cédula de datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol (CDPYPCA)

Instrucciones: A continuación, se realizarán algunas preguntas donde se aborda el consumo de alcohol y de metanfetaminas. Recuerda que la información que proporciones será totalmente confidencial, es decir que no se te solicitarán datos que puedan identificarte, por lo que puedes contestar de acuerdo con tu realidad. Favor de colocar una **X** en el cuadro que corresponda.

I.- Cédula de datos personales

A qué Facultad perteneces:

- a) Facultad de Ciencias Biológicas.
- b) Facultad de Ciencias Físico Matemáticas
- c) Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales
- d) Facultad de Psicología

1. Edad: _____

2. Sexo: Femenino _____ Masculino _____

3. Semestre: Octavo _____ Noveno _____

 Décimo _____

4. Estado civil: Soltero _____ Casado _____

 Separado o Divorciado _____ Unión libre _____

 Viudez _____

5. ¿Actualmente trabajas? Si _____ No _____

6. ¿Si tu respuesta es afirmativa, qué tipo de actividad realizas en tu trabajo?

II.- Prevalencias del consumo de alcohol

¿Has consumido alcohol alguna vez en la vida?		
Si tu respuesta es afirmativa, ¿A qué edad iniciaste a consumir alcohol? _____ años	Sí	No
¿En el último año has consumido alcohol?	Sí	No
¿En el último mes has consumido alcohol?	Sí	No
¿En la última semana has consumido alcohol?	Sí	No

1. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes en un día habitual de consumo?
-

Para escribir tu respuesta, puedes basarte en la siguiente tabla de equivalencias de una bebida estándar.

 1 cerveza de lata 269 ml	 1 cerveza de botella 355 ml	 1 caguama 940 ml - 3 copas	 1 copa de vino tinto 150 ml
 1 caballito de tequila 40 ml	 1 cuba con 10% de alcohol	 Mezcal 44 ml	 Licor 44 ml

2. Señala los tipos de bebidas que acostumbras tomar en un día típico.

Cerveza _____ Tequila _____
 Vodka _____ Vino _____
 Whiskey _____ Ron _____
 Vino de mesa _____

Cuestionario de Identificación de Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT)

1. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?

- (0) Nunca
- (1) Una o menos veces al mes
- (2) De 2 a 4 veces al mes

- (3) De 2 a 3 veces a la semana
- (4) 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas sueles tomar en un día de consumo normal?

- (0) 1 o 2
- (1) 3 o 4
- (2) 5 o 6
- (3) 7, 8, o 9
- (4) 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

4. ¿Con qué frecuencia en el último año has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado a tomar?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año no pudiste hacer lo que se esperaba de ti

por haber bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente

- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año has necesitado beber alcohol en ayunas

para recuperarte después de haber bebido en exceso el día anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has experimentado remordimiento o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior por haber estado bebiendo?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

9. ¿Tú o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (accidentes automovilísticos, participado en riñas, caídas).

- (0) No

- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas o te han sugerido que dejes de beber?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, el último año.

III. Prevalencias de consumo de metanfetaminas

<p>¿Has consumido metanfetaminas alguna vez en la vida?</p> <p>Si tu respuesta es afirmativa, ¿A qué edad iniciaste a consumir metanfetaminas?</p> <p>_____ años</p>	Sí	No
¿En el último año has consumido metanfetaminas?	Sí	No
¿En el último mes has consumido metanfetaminas?	Sí	No
¿En la última semana has consumido metanfetaminas?	Sí	No

1. ¿Qué tipo de metanfetamina has consumido?

(0) Ninguna

(1) Crystal meth

(2) Ice

(3) Speed

(4) Meth

Otra: _____

2. ¿Qué cantidad de metanfetaminas consumes en una ocasión típica?

(0) Ninguno

(1) Menos de 0.1 g

(2) 0.1 - 0.5 g

(3) 0.5 - 1 g

(4) Más de 1 g

3. ¿Cuál es la vía de consumo principal que utilizas? (puedes marcar más de una opción)

- (0) Ninguna
- (1) Inhalación
- (2) Inyección
- (3) Oral
- (4) Otra vía: _____

Instrumento de Depresión de Beck II

Por favor, lea cada una de las preguntas cuidadosamente y elija la respuesta que mejor describa la forma en que se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varias respuestas de una misma pregunta le parecen igual, marque el número más alto.

1.- Tristeza

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

2.- Pesimismo

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

3.- Fracaso

- 0. No me siento como un fracasado

1. He fracasado más de lo que hubiera debido
2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
3. Siento que como persona soy un fracaso total

4.- Pérdida de placer

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

5.- Sentimientos de culpa

0. No me siento particularmente culpable
1. Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
3. Me siento culpable todo el tiempo

6.- Sentimientos de castigo

0. No siento que este siendo castigado
1. Siento que tal vez pueda ser castigado
2. Espero ser castigado
3. Siento que estoy siendo castigado

7.-Disconformidad con uno mismo

0. Siento acerca de mí lo mismo de siempre
1. He perdido la confianza en mí mismo
2. Estoy decepcionado de mí mismo
3. No me gusta a mí mismo

8.-Autocrítica

0. No me crítico ni me culpo más de lo habitual
1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2. Me critico a mí mismo por todos mis errores
3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

9.- Pensamientos o deseos suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de matarme
1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2. Querría matarme
3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

10.- Llanto

0. No lloro más de lo que solía hacerlo
1. Lloro más de lo que solía hacerlo
2. Lloro por cualquier pequeñez
3. Siento ganas de llorar, pero no puedo

11.-Agitación

0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual
1. Me siento más inquieto o tenso de lo habitual
2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento

12.-Pérdida de interés

0. No he perdido el interés en otras actividades o personas
1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas
2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
3. Me es difícil interesarme por algo

13.-Indecisión

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

3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14.-Desvalorización

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

15.-Pérdida de energía

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

16.-Cambios en los hábitos de sueño

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

17.-Irritabilidad

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

18.-Cambios en el apetito

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito
- 1^a Mi apetito es un poco menor que lo habitual

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual

2^a Mi apetito es mucho menor que antes

2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a No tengo apetito en absoluto

3b Quiero comer todo el día

19.-Dificultad de concentración

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre

1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2. Encuentro que no puedo concentrarme en nada

3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20.-Cansancio o fatiga

0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual

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

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

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

21.-Pérdida de interés en el sexo

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

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

2. Estoy mucho menos interesado en el sexo

3. He perdido completamente el interés en el sexo