

002. CONSUMO DE ALCOHOL EN UNIVERSIDADES DEL ECUADOR. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO NACIONAL

Autores:

Byron Bustamante, Mgr - Universidad Técnica Particular de Loja, Loja, Ecuador;
Docente Investigador- e-mail: bfbustamante@utpl.edu.ec

Carla López, PhD - Universidad Loyola Andalucía, Sevilla, España;
Profesor Ayudante Doctor- e-mail: clopezn@uloyola.es

Pablo Ruisoto, PhD - Universidad de Salamanca, Salamanca, España;
Profesor Ayudante Doctor - e-mail: ruisoto@usal.es

Rafael Sánchez Puertas, Mgtr. Universidad Técnica Particular de Loja, Ecuador;
Docente Investigador - e-mail: rnsanchez@utpl.edu.ec

RESUMEN

El consumo problemático de alcohol países con un nivel de ingresos bajo y mediano sigue sin estudiarse y necesita más investigación. El objetivo de este estudio fue explorar el efecto del género, el financiamiento institucional y el área geográfica en el nivel de consumo de alcohol en una gran muestra de universidades en Ecuador. Una muestra de 4474 hombres y 4987 mujeres fueron encuestados usando la Prueba de Identificación de trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT, versión de autoinforme): 7905 estudiantes, 902 profesores y 654 administrativos de 10 universidades de Ecuador clasificadas en tres regiones geográficas principales (costa oeste, cordillera central y al región oriental). 1) Los hombres reportaron un nivel significativamente más alto de consumo de alcohol que las mujeres en todas las regiones geográficas para ambos: público o privado. 2) Los estudiantes reportaron niveles significativamente más altos de consumo de alcohol que los profesores o el personal administrativo. Curiosamente, el mayor nivel de consumo de alcohol fue reportaron por estudiantes en universidades privadas ubicadas en la Sierra, y el menor nivel de consumo de alcohol fue reportaron por profesores de universidades privadas en la costa de Ecuador. 3) Las universidades ubicadas en la sierra de Ecuador o en el oriente, reportaron un nivel significativamente mayor de consumo de alcohol que las de la costa. 4) La fuente de financiación de la universidad no tuvo ningún efecto en el consumo de alcohol reportaron por estudiantes, profesores o personal administrativo.

Palabras claves: Alcohol, Universidades, Género, Región, Financiamiento.

ABSTRACT

Problematic alcohol consumption in low- and middle-income countries remains understudied and needs further research. The aim of this study was to explore the effect of gender, institution funding and geographic area in the level of alcohol consumption in a large sample of universities in Ecuador. A sample of 4474 men and 4987 women were surveyed using Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, Self-report version): 7905 students, 902 professors, and 654 administrative staff from 10 universities from Ecuador classified into three main geographic regions (coast, center mountain range and east). 1) Men reported significantly higher level of alcohol consumption than women across every geographic regions for both: public or private. 2) Students reported significantly highest levels of alcohol consumption than professors or administrative staff. Interestingly, the highest level of alcohol consumption was reported by students in private universities located in the mountain range of Ecuador, and the lowest level of alcohol consumption was reported by professors of private universities in the west coast of Ecuador. 3) Universities located in the mountain range of the center of Ecuador or in the east region, reported significantly higher level of alcohol consumption than those in the coast. 4) Source of funding of the university had no effect in the reported alcohol consumption of neither students, professors or administrative staff.

Key Words: Alcohol, University, Gender, Region, Financing

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias representa un grave problema de salud pública en la actualidad. Los datos indican que al menos 1 de cada 20 adultos consume anualmente alcohol, tabaco u otras drogas ilegales o de prescripción médica (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2016) y, además, que 29 millones de consumidores padecen trastornos relacionados con el abuso de sustancias. En concreto, el alcohol sigue siendo la droga más consumida y con mayores costes personales y sociales asociados en el mundo occidental (McLellan, Lewis, O'Brien, y Kleber, 2000; Rehm et al., 2009). La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018), manifiesta que actualmente 3,3 millones de muertes anuales en el mundo se deben al consumo nocivo de alcohol (5,9% de las muertes globales), representando un incremento considerable en los últimos nueve años.

Teniendo en cuenta los efectos para la salud de cada tipo de sustancia, el alcohol es especialmente perjudicial para el córtex cerebral, el cerebelo y la mayoría de los órganos del cuerpo (Nutt, King, y Phillips, 2010; Molnar et al., 2018). Se trata de una droga depresora del sistema nervioso central (SNC) que disminuye la capacidad de autocontrol, la coordinación motora o la facilidad para asociar ideas (Nutt et al., 2010). Un reciente estudio demuestra que el consumo de alcohol sigue siendo uno de los problemas de salud pública en Reino Unido (Birch et al., 2018). E incluso se ha demostrado que a edades avanzadas se puede evidenciar la influencia del patrón de consumo y frecuencia de consumo que se ha mantenido durante la juventud (Holahan et al., 2017).

El consumo temprano de alcohol es un problema muy grave especialmente durante la adolescencia ya que afecta a la memoria y el aprendizaje, interfiere en el proceso de desarrollo madurativo y se considera un predictor significativo del futuro desarrollo de la dependencia al alcohol u otras sustancias a lo largo de la vida (Das, Salam, Arshad, Finkelstein, y Bhutta, 2016; Lechner, Day, Metrik, Leventhal, y Kahler, 2017). El consumo abusivo de alcohol durante esta etapa se ha asociado con un bajo rendimiento escolar, problemas de salud (incluida la salud mental), accidentes, suicidio y criminalidad, y por ello su abordaje representa uno de los retos de salud pública más importantes en la actualidad (Das et al., 2016; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2014). No es extraño, por tanto, que el consumo de alcohol se relacione en el conjunto de la población con el padecimiento de más de 200 enfermedades y trastornos, representando el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad, siendo la población de entre 20 a 39 años la más afectada pues en ella una de cada cuatro muertes está relacionada con la ingesta de alcohol (OMS, 2018). Estas consecuencias negativas también adquieren relevancia a nivel económico, ya que un 4,6% de los años de incapacidad ajustados a nivel mundial se deben al abuso de esta sustancia, significando en un impacto económico del 1% del PIB mundial (Rehm et al., 2009).

Los datos aportados hasta el momento reflejan la necesidad de establecer programas que mitiguen los impactos y que reduzcan el consumo problemático de alcohol en la población, especialmente en la población juvenil. La OMS (2018) propone al menos siete estrategias a nivel mundial, siendo una de ellas “poner en práctica programas de tamizaje e intervenciones breves para disminuir el consumo peligroso y nocivo de bebidas alcohólicas” (párr. 32). En este sentido, la edad de inicio también es un factor de riesgo relevante. A pesar de que no todos los jóvenes que experimentan con el consumo de drogas desarrollan problemas relacionados con el abuso de sustancias, cuanto menor es la edad de comienzo del consumo, mayor será el riesgo de desarrollar un trastorno adictivo en la etapa adulta (Lynskey et al., 2003). De ahí la importancia de desarrollar programas preventivos eficaces para minimizar y/o erradicar el impacto del consumo de sustancias desde etapas tempranas (Chakravarthy, Shah, y Lottipour, 2013).

Una de las poblaciones en las que más se ha evaluado el consumo de alcohol es la población universitaria (Ruisoto, Cacho, López-Goñi, Vaca, y Jiménez, 2016). Hasta el momento, los datos de investigaciones previas indican que los patrones abusivos de consumo de alcohol y las problemáticas asociadas en otros sectores de la población también se pueden presentar en el ámbito universitario (Jiménez-Muro, Belmonte, Marqueta, Gargallo, y Nerín, 2009), de forma que es importante conocer esta realidad con el propósito de diseñar estrategias de prevención e intervención ajustadas a esta población. Este hecho es especialmente relevante teniendo en cuenta que el consumo de alcohol representa una puerta de entrada para el consumo de tabaco y otras sustancias. Además, el consumo de alcohol podría afectar negativamente al proceso de aprendizaje y memoria en esta población, especialmente en mujeres (Vinader-Caerols, Talk, Montañés, Duque, y Monleón, 2017) y tiene impacto en el inicio de problemas de salud mental en los universitarios (Tembo, Burns, & Kalembo, 2017).

Por otro lado, investigar el consumo de alcohol en el ámbito universitario tiene sentido a la luz de la importancia social de este grupo poblacional, en quienes se depositan elevados recursos de inversión pública para hacer sustentable el desarrollo de los estados. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en América Latina en el 2012 había una tasa de matrícula universitaria siendo mayor la tasa en mujeres (48,3) que en hombres (37,8). La mayoría de los universitarios corresponden a los quintiles más altos por ingreso, al punto que tan solo 1,3% de los varones y el 1,4% de las mujeres pertenecen al quintil más bajo por ingreso económico y se ha reducido del sustancialmente la inversión en educación superior entre 2002 y 2012 (Trucco, 2015). Estos datos reflejan la proporción poblacional que está cursando estudios universitarios y posibles problemáticas asociadas a la reducción presupuestaria, que implicaría la necesidad de diseñar estrategias de intervención psicosocial basada en evidencias para enfrentar los problemas de salud mental de este grupo en particular el consumo de alcohol y otras drogas.

El III estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en población universitaria de la región Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú), realizado por la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC] (2017) reportó una prevalencia anual de consumo de alcohol en el 70% en las universidades, siendo 1,9% menor que lo reportado en 2012, siendo mayor la reducción en hombres (2,8% menos), aunque aún está la prevalencia anual en el 75,6%, en el caso de las mujeres la reducción fue menor (1,2%) y se sitúa en el 64,7% de prevalencia anual. Por otro lado, la tasa de consumo riesgoso o perjudicial está en el 28,3%, y por países solo Bolivia supera el promedio regional (32,5%- Bolivia; Ecuador, 27,0%; Colombia; 20,5% - Perú); finalmente la tasa de estudiantes con signos de dependencia al alcohol estaría en el 12,1% (15,2% - Bolivia; 11,4% - Colombia; 12,8% - Ecuador; 8,9%- Perú). Estas prevalencias implican que al menos un tercio de la población universitaria de la región andina necesitaría estrategias de intervención de nivel secundario, aunque sumado con los problemas de reducción presupuestaria y baja tasa de profesionales de salud mental en los países en desarrollo, la estrategia a abordar debería implicar los niveles primarios para reducir al máximo los impactos del consumo de alcohol.

Por otro lado, la comunidad universitaria no solo está compuesta por estudiantes, existen al menos dos colectivos adicionales que son los docentes y administrativos. En relación al consumo de sustancias en Ecuador se ha publicado dos estudios recientes sobre el consumo de alcohol en una universidad privada, en estas se reporta que la prevalencia total de consumo de alcohol en los estudiantes fue del 92,24% en varones y 82,86% en mujeres, mientras que la tasa de consumo problemático fue del 49,73% en hombres y el 23,80% en mujeres (Ruisoto, Cacho, López-Goñi, Vaca, y Jiménez, 2016), mientras que en docentes se reportaron menores índices de consumo problemático de alcohol (13,1%) en forma general y también en función del género (hombres 19,1% y mujeres 6,8%) (Ruisoto, Vaca, López-Goñi, Cacho, y Fernández-Suárez, 2017). Hasta el momento no se han reportado datos sobre consumo de alcohol en administrativos universitarios, aunque se podría suponer que los resultados serán similares a los obtenidos en docentes debido a posible influencia de factores etéreos o al estatus de trabajador que resulta un factor que reduce las posibilidades de ser laboralmente funcional y tener consumo problemático de sustancias.

Afortunadamente, en los últimos años, se avanzado en el desarrollo de marcos teóricos que nos permiten entender los mecanismos subyacentes al consumo problemático de alcohol como un trastorno del sistema de recompensa (Koob, 2013). Además de intervenciones breves en el ámbito de atención primaria (O'donnell, et al., 2014) y a nivel de políticas públicas (Moodie et al, 2013).

En Ecuador, la salud se considera una prioridad, no obstante, los estudios no han estado dirigidos hasta el momento a evaluar una comunidad universitaria completa de forma integral, incluyendo variables asociadas al consumo de alcohol y salud mental. Los dos estudios llevados a cabo en Ecuador (presentados anteriormente) suponen un punto de partida para la focalización del estudio del consumo de alcohol en otros

ámbitos no evaluados. La investigación previa se ha realizado en una universidad particular, sin embargo, es necesario explorar cuál es la realidad que se presenta también en las universidades públicas. Además, dicha universidad pertenece a la región sierra sur de forma que es prioritario analizar cuál es el consumo de alcohol y sus problemáticas asociadas en otras regiones geográficas del Ecuador: costa (oeste), Sierra (cordillera central) y la región oriental. Por otro lado, es necesario conocer más sobre cuál es el consumo de alcohol en la población universitaria que no sean estudiantes (es decir, administrativos y profesores), con el propósito de ofrecer una visión global del consumo de alcohol en la comunidad universitaria y que se puedan generar programas de prevención e intervención concretos en este ámbito. Es por ello que el objetivo principal de este estudio fue explorar el efecto del género, el financiamiento institucional y el área geográfica en el nivel de consumo de alcohol en una gran muestra de universidades en Ecuador que incluía tanto a estudiantes como a profesores y personal administrativo.

DESARROLLO

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 4474 hombres y 4987 mujeres que fueron entrevistados utilizando el instrumento AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test; Self-report version*). En dicha muestra se incluyeron 7905 estudiantes, 902 profesores y 654 administrativos de 10 universidades diferentes de Ecuador que pertenecían a las tres regiones geográficas más importantes del país (costa, sierra y oriente). En la Tabla 1 aparecen las diferencias en edad media y desviación típica por región o localización de la universidad de procedencia, tipo de financiación, rol u ocupación en la universidad, y sexo de los participantes.

Tabla 1.

Descriptivos de edad (media, mediana y desviación típica) por región, rol, y género.

			n	M	DT	Mdn
Costa	Estudiante	Hombre	850	20.53	3.46	20.00
		Mujer	1281	20.88	4.30	20.00
	Profesor	Hombre	178	42.90	9.87	41.50
		Mujer	109	40.82	9.12	39.00
	Administrativo	Hombre	36	34.86	11.51	30.50
		Mujer	87	36.40	9.68	36.00
Sierra	Estudiante	Hombre	2469	22.36	3.75	22.00
		Mujer	2549	21.55	3.45	21.00
	Profesor	Hombre	339	41.56	10.86	41.00
		Mujer	233	38.79	9.12	37.00
	Administrativo	Hombre	225	37.78	10.94	35.00
		Mujer	252	36.06	9.73	34.00
Oriente	Estudiante	Hombre	337	20.86	2.51	21.00
		Mujer	419	20.48	2.61	20.00
	Profesor	Hombre	19	40.95	12.75	37.00
		Mujer	24	37.21	9.90	35.00
	Administrativo	Hombre	21	35.05	6.92	34.00
		Mujer	33	34.45	10.74	32.00

Los participantes del grupo de estudiantes tienden a ser mayoritariamente mujeres en las tres regiones del Ecuador, algo similar sucede en el rol de administrativos, mientras que en el segmento de docentes se ve una tendencia invertida en la que la mayoría son hombres. Los promedios de edad en los estudiantes están dentro de los rangos esperados (20 a 21 años), a excepción de los estudiantes varones de la región Sierra que tienen un promedio de más de 22 años. El segmento de trabajadores presenta que los administrativos tanto hombres como mujeres son menores a los docentes universitarios, las mujeres docentes de la región sierra y oriente tienen promedios de edad menores, lo que podría reflejar el creciente ingreso de la mujer al ámbito académico especialmente de las nuevas generaciones.

Medidas e instrumentos:

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) (Self-report version). Evalúa el consumo problemático de alcohol, entendido como un patrón de consumo desadaptativo (APA, 2013). Se utilizó la versión modificada de 3 ítems del AUDIT original de Babor, Higgins-Biddle y Monteiro (2001), la cual está compuesta por 3 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (a= nunca, b= menos de un mes, c= 2 a 4 veces al mes, d= 2 a 3 veces a la semana, e= 4 o más veces a la semana), donde un mayor puntaje corresponde a patrones de consumo peligrosos o excesivos. La escala demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha=89$) y

validez concurrente de 0.86 con el estudio coreano-americano (Kriston, Holzel, y Weiser, 2008).

UCLA Loneliness Scale Revised-Short. Evalúa la sensación subjetiva de soledad, entendida como la percepción de una menor disponibilidad de relaciones significativas, especialmente referida al apoyo emocional (Morejon y García-Boveda, 1994) Se utilizó la versión española de *Short Scale for Measuring in Large Surveys* (Hughes, Waite, Hawkley, y Cacioppo, 2004) compuesta por los ítems 2, 11 y 14 de la escala original. El formato de respuesta consta de una escala tipo Likert de cuatro puntos (1 = nunca, 2 = rara vez, 3 = a veces, 4 = siempre), una mayor puntuación corresponde a mayor percepción de soledad. La escala demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha = 75$, test-retest $r = 70$), y validez concurrente de 0.90 con la versión completa (Morejon y García-Boveda, 1994).

Type A Behavior Scale. Evalúa personalidad tipo A definida por un complejo acción-emoción caracterizado por tendencia a la competitividad, intensa motivación de logro, hostilidad, agresividad, impaciencia y un sentido de urgencia exagerado (Haynes y Baker, 1982). Se utilizó la versión traducida de Type A Behavior Scale Haynes y Baker (1982) cual está compuesta por 10 ítems, los 5 primeros con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (muy bien = 1, bastante = 0,67, en parte 0,33 y nada = 0) y los cinco últimos con un formato de respuesta dicotómica (Sí = 1 y No = 0). Una puntuación mayor a 0.50 corresponde a personalidad tipo A y una puntuación menor a 0.50 corresponde a personalidad tipo B. La escala demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha = 84$, test-retest $r = 88$), y validez predictiva que indica 6 veces mayor probabilidad de desarrollar enfermedad coronaria (Haynes y Baker, 1982).

Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7). Evalúa flexibilidad/inflexibilidad psicológica entendida como la persistencia de un pensamiento o comportamiento desadaptativo que se relaciona con un amplio rango de trastornos psicológicos que afectan la calidad de vida de la persona (Bond et al., 2011). Se utilizó la versión española de Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) de Hayes (2004). La escala está compuesta por 7 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos (1= nunca, 2= muy rara vez, 3= rara vez, 4= algunas veces, 5=frecuentemente, 6=casi siempre y 7 = siempre), donde una mayor puntuación corresponde a mayor nivel de inflexibilidad psicológica. La escala demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha = 71$, test-retest $r = 88$), y validez concurrente de 0.97 con la escala AAQ-I (Ruiz, Langer, Luciano., Cangas, y Beltrán, 2013).

Life Engagement Test (Test de compromiso vital). Evalúa el compromiso vital, entendido como el grado en el que la persona está comprometida en actividades que son valiosas para sí misma (Scheier et al., 2006) Se utilizó la versión traducida de *Life Engagement Test* de Scheier et al. (2006) la cual está compuesta por 6 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1= totalmente en desacuerdo, 2= en

desacuerdo, 3= neutral, 4= de acuerdo, 5= totalmente de acuerdo), donde una mayor puntuación corresponde a mayor o menor grado de compromiso vital. La escala demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha=80$, test-retest $r= .61$), y validez concurrente de 0.73 con *The Purpose in Life Scale* (Scheier et al., 2006).

Test de Fagerström. Evalúa el consumo problemático de tabaco. Se utilizó la versión revisada del test Fagerström original (Fagerström, 1978), la cual está compuesta por 6 ítems con un formato de respuesta dicotómica (ítem 2, 3, 5) y numérica (ítem 1, 4). Los puntos de corte son 4 y 7, donde menos de 4 corresponde a dependencia baja, entre 4 y 7 a dependencia moderada y más de 7 a dependencia alta. La escala demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha=61$) y validez concurrente de 0,65 con Scale mean MSA=0.65 (Heatherton, Kozlowski, Frecker, y Fagerstrom, 1991).

Brief Resilience Scale (BRS). Es un instrumento que evalúa la capacidad de las personas de adaptarse al estrés (Smith et al., 2008). Consta de 6 ítems dirigidos a evaluar el grado de resiliencia o capacidad de las personas de adaptarse al estrés y situaciones adversas. Los sujetos responden en una escala tipo Likert de 5 puntos, siendo 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = neutral, 4 = de acuerdo, 5 = muy de acuerdo. Los análisis psicométricos una consistencia interna que oscila entre .80 y .91. La fiabilidad test-retest es .69 al mes de administrar el test y .62 a los tres meses.

Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4). Evalúa depresión y ansiedad asociados con deterioro social y bajas presentes en las últimas 2 semanas (Löwe et al., 2010). Se utilizó la versión española de 'Generalized Anxiety Disorder-7' scale (GAD-7) and the 'Patient Health Questionnaire-8' (PHQ-8) de Kroenke, Spitzer, Williams, y Lowe (2009), compuesta por los ítems 1, 2, 3 y 4 de la escala original. El formato de respuesta consta de una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). Una mayor puntuación corresponde a mayores niveles de depresión y ansiedad. La versión española de la escala demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha= .78$, test-retest $r= .64$), y la validez de constructo fue respaldada por intercorrelaciones con otras escalas de autoinforme PHQ-2 y GAD-2 y con factores de riesgo demográficos para la depresión y la ansiedad (Löwe et al., 2010).

Satisfaction Life Question (LSQ). Evalúa la satisfacción vital, entendida como la valoración del bienestar subjetivo del individuo (Helliwell, Layard, y Sachs, 2012). Se utilizó la versión europea del World Happiness Report la cual está compuesta por una pregunta con formato de respuesta tipo likert de 11 puntos (0 = extremadamente insatisfecho, 10 = extremadamente satisfecho), donde una mayor puntuación corresponde a niveles más altos de satisfacción con la vida. La escala demostró una

adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha = 0,98$, test-retest $r = 0,96$), y validez concurrente de 0,92 con la encuesta social europea.

Diseño y procedimiento

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de corte transversal, previa aprobación del Comité de Ética de Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) (Vaca, Bustamante, Jiménez, Ruisoto, y Pineda, 2015) la universidad. Además, todos los participantes completaron antes de su evaluación un consentimiento informado de acuerdo con los principios establecidos por la Declaración de Helsinki (UTPL_CB_2014_001). Todos los participantes de la investigación (profesores, estudiantes y administrativos) recibieron una invitación vía email para participar de una forma anónima en el estudio. Tras ello, se invitó a los participantes a completar una encuesta informatizada durante el mes de noviembre de 2015. Aquellas personas que participaron en dicha evaluación recibieron un breve informe posterior con sus resultados personales (sin revelar información personal), con el propósito de promover el compromiso y la honestidad en todas las respuestas. Cabe destacar que la participación en la investigación fue confidencial y completamente anónima.

Análisis de datos

Los datos se analizaron utilizando el paquete de análisis estadístico SPSS v 21.0 para Mac. Se realizaron análisis descriptivos (media, desviación típica y mediana). El efecto del sexo, localización de la universidad y tipo de financiación sobre el consumo de alcohol se analizó a partir de análisis multivariadas de varianza. Para el análisis de comparaciones post-hoc se utilizó la prueba Tukey. El nivel de significación fue $p < 0,05$.

RESULTADOS

En las Tablas 2, 3 y 4 se describen las diferencias en consumo de alcohol y características psicológicas entre estudiantes, profesores y personal de administración y servicios.

Tabla 2.

Consumo de alcohol y características psicológicas en estudiantes.

	profesores					
	hombre			mujer		
	M	DT	Mdn	M	DT	Mdn
Consumo de alcohol (AUDIT)	4.47	4.52	4.00	2.66	3.07	2.00
Soledad (UCLA)	5.81	2.13	6.00	6.20	2.31	6.00
Personalidad tipo A (PTA)	5.50	1.61	5.67	5.51	1.63	5.66
Inflexibilidad psicológica (AAQ II)	15.83	8.16	14.00	17.61	9.94	15.00
Compromiso Vital (TCV)	26.94	3.69	28.00	26.47	4.31	28.00
Dependencia a la nicotina (TFDN)	.15	.59	.00	.10	.53	.00
Resiliencia (BRS)	22.37	4.79	23.00	20.85	4.98	21.00
Salud (PHQ-4)	2.20	2.48	1.00	2.92	3.26	2.00
Satisfacción vital (LSQ)	8.00	1.84	8.00	7.80	1.94	8.00

En el grupo de estudiantes los hombres presentan promedios más altos de consumo de alcohol y tabaco, al igual que en personalidad tipo A; por otro lado, las mujeres tienen promedios superiores en ansiedad-depresión, percepción de soledad e inflexibilidad psicológica, y medias menores que los hombres en resiliencia y satisfacción con la vida.

Tabla 3.

Consumo de alcohol y características psicológicas en profesores.

	estudiantes					
	hombre			mujer		
	M	DT	Mdn	M	DT	Mdn
Consumo de alcohol (AUDIT)	8.51	6.37	7.00	4.96	4.80	4.00
Soledad (UCLA)	6.35	2.27	6.00	6.76	2.22	7.00
Personalidad tipo A (PTA)	5.65	1.69	5.99	5.50	1.62	5.67
Inflexibilidad psicológica (AAQ II)	19.77	9.84	18.00	22.85	10.64	21.00
Compromiso Vital (TCV)	24.85	4.81	26.00	24.85	4.69	26.00
Dependencia a la nicotina (TFDN)	.22	.82	.00	.06	.39	.00
Resiliencia (BRS)	20.45	4.53	20.00	19.04	4.46	19.00
Salud (PHQ-4)	3.08	2.90	3.00	3.70	2.98	4.00
Satisfacción vital (LSQ)	7.30	2.22	8.00	7.10	2.22	8.00

En el grupo de docentes los hombres presentan promedios más altos de consumo de alcohol y tabaco, compromiso vital, resiliencia y satisfacción con la vida; por otro lado, las mujeres tienen promedios superiores en ansiedad-depresión, percepción de soledad e inflexibilidad psicológica.

Tabla 4.

Consumo de alcohol y características psicológicas en personal de administración y servicios.

	personal de administración y servicios					
	hombre			mujer		
	M	DT	Mdn	M	DT	Mdn
Consumo de alcohol (AUDIT)	4.14	3.84	4.00	2.44	2.76	1.50
Soledad (UCLA)	5.51	2.01	5.00	5.68	2.19	5.50
Personalidad tipo A (PTA)	4.86	1.63	4.67	5.04	1.71	5.49
Inflexibilidad psicológica (AAQ II)	14.63	6.74	13.00	15.24	8.21	12.50
Compromiso Vital (TCV)	27.29	3.46	29.00	27.90	3.14	29.50
Dependencia a la nicotina (TFDN)	.31	1.05	.00	.04	.20	.00
Resiliencia (BRS)	21.89	4.32	22.00	22.18	4.12	22.00
Salud (PHQ-4)	1.77	2.44	1.00	1.78	1.82	2.00
Satisfacción vital (LSQ)	7.91	1.65	8.00	7.90	1.76	8.00

En el grupo de administrativos los hombres presentan promedios más altos de consumo de alcohol y tabaco; por otro lado, las mujeres tienen promedios superiores en ansiedad-depresión, resiliencia, soledad, personalidad tipo A, compromiso vital, e inflexibilidad psicológica.

En la Figura 1 se describe el efecto del sexo sobre el consumo de alcohol. En concreto, se encontró un efecto significativo del sexo sobre el consumo de alcohol ($F_{2, 9443} = 28,02, p < 0,001$), siendo superior en hombres que en mujeres. Y un efecto significativo del rol de los participantes ($F = 69, 07, p < 0,001$), siendo muy superior en estudiantes. Finalmente, se encontró una interacción entre el efecto del sexo y del rol de los participantes ($F_{2, 9443} = 5,18, p < 0,01$). Los estudiantes hombres bebieron significativamente más que las estudiantes mujeres. Sin embargo, las diferencias se atenuaron en profesores y personal de administración y servicios.

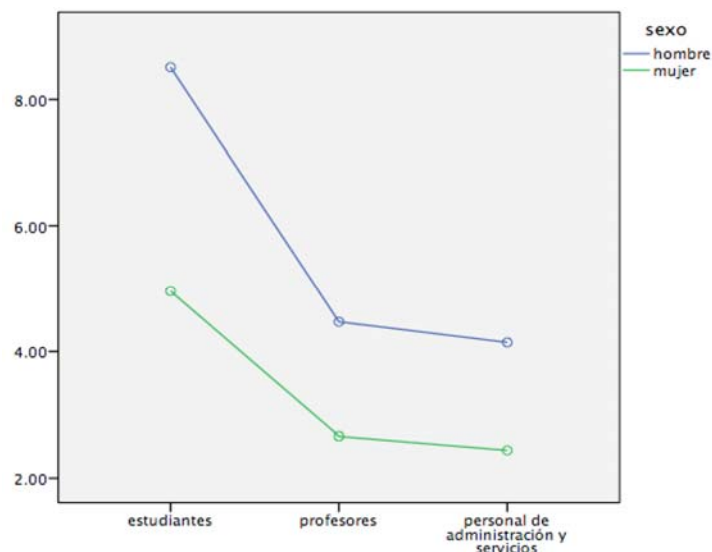


Figura 1. Efecto del sexo sobre el consumo de alcohol

En las Figuras 2 y 3 se describen los efectos de la localización geográfica sobre el consumo de alcohol en hombres y mujeres respectivamente. El efecto de la región o localización de la universidad tuvo un efecto significativo sobre el consumo de alcohol tanto en hombres como en mujeres. Se encontró una interacción entre la región y la ocupación de los participantes sobre el consumo ($F = 3,21, p < 0,05$). La interacción entre sexo y región no resultó significativa ($F = 1,74, p > 0,05$). Los estudiantes de la sierra y oriente reportaron consumir significativamente más alcohol que en la costa. Los hombres siempre consumieron más que las mujeres independientemente de la región.

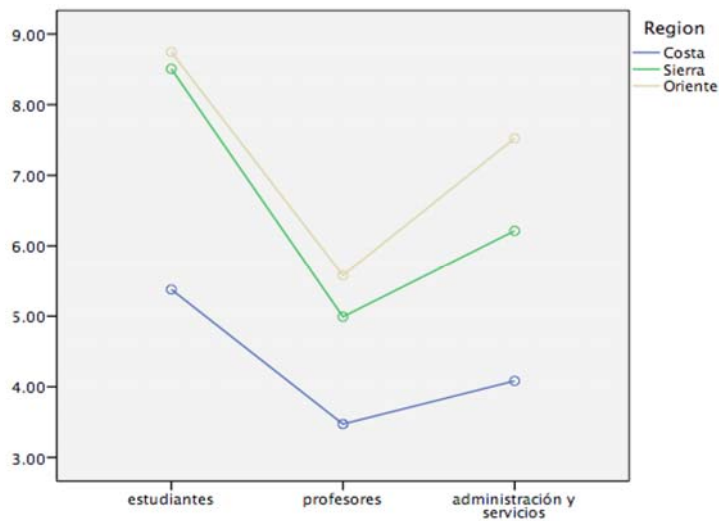


Figura 2. Diferencias en el consumo de alcohol según la región o localización de la región en hombres.

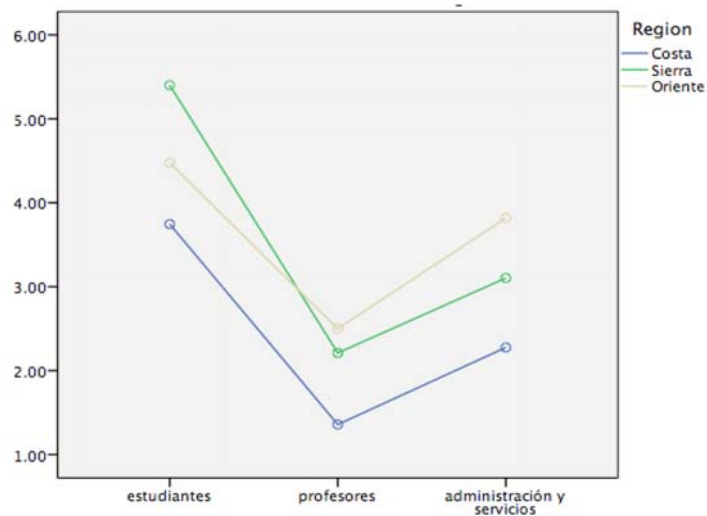


Figura 3. Diferencias en el consumo de alcohol según la región o localización de la región en mujeres.

Finalmente, en las Figuras 4 y 5 se describen los resultados del análisis del efecto de la fuente de financiación sobre el consumo de alcohol en hombres y mujeres respectivamente. En este caso, la fuente de financiación de la universidad no tuvo ningún efecto sobre el consumo de alcohol reportado por los estudiantes, profesores o personal administrativo ni en hombres ni en mujeres.

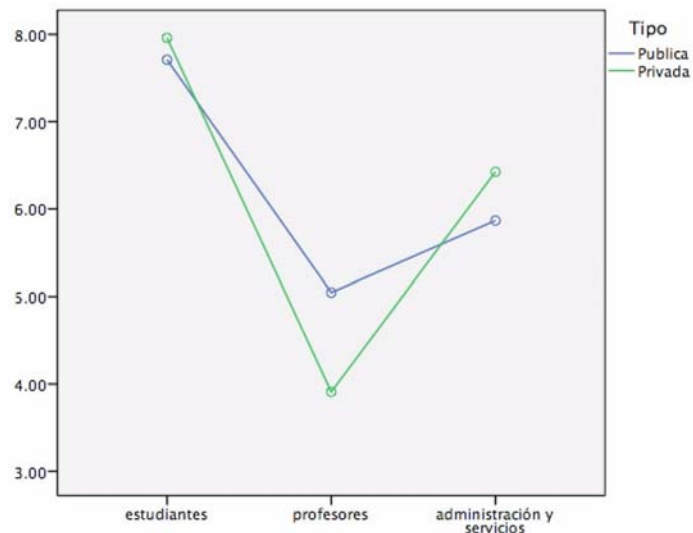


Figura 4. Diferencias en el consumo de alcohol según el tipo de financiación de la institución en hombres.

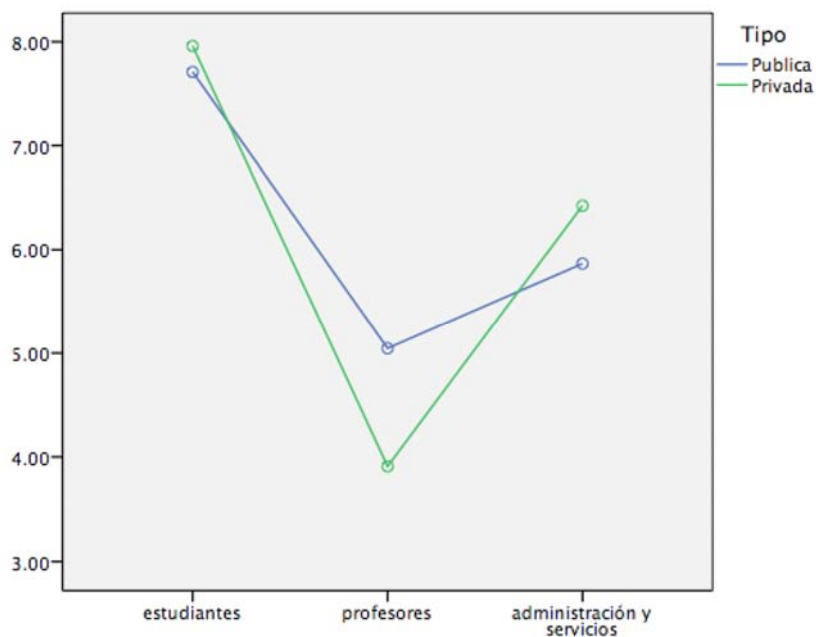


Figura 5. Diferencias en el consumo de alcohol según el tipo de financiación de la institución en mujeres.

CONCLUSIONES

Los hombres reportaron un nivel significativamente más alto de consumo de alcohol que las mujeres en todas las regiones geográficas (costa, cordillera central y región oriental) para ambos: público o privado.

Los estudiantes reportaron niveles significativamente más altos de consumo de alcohol que los profesores o el personal administrativo. El mayor nivel de consumo de alcohol fue reportado por los estudiantes de universidades privadas ubicadas en la cordillera de Ecuador, y el menor nivel de consumo de alcohol fue informado por profesores de universidades privadas en la costa oeste de Ecuador.

Las universidades ubicadas en la cordillera del centro de Ecuador o en la región este reportaron un nivel significativamente mayor de consumo de alcohol que las universidades de la costa.

La fuente de financiación de la universidad no tuvo ningún efecto sobre el consumo de alcohol reportado por los estudiantes, profesores o personal administrativo.

Finalmente, los resultados de este estudio ponen de relieve la necesidad de diseñar, implementar y monitorizar programas dirigidos a la reducción del consumo de alcohol, especialmente en estudiantes universitarios, y especialmente en la población masculina. El perfil de variables psicológicas asociadas al consumo podría ayudar a la detección de grupos de riesgo y personalización de los programas de intervención.

REFERENCIAS

- Babor, T., Higgins-Biddle, J., y Monteiro, M. (2001). *Audit. The Alcohol use disorders identification test*. World Health Organization.
- Birch, J., Petty, R., Hooper, L., Bauld, L., Rosenberg, G., Vohra, J. (2018). Clustering of behavioural risk factors for health in UK adults in 2016: a cross-sectional survey, *Journal of Public Health*, doi: 10.1093/pubmed/fdy144
- Bond, F., Hayes, S. C., Baer, R., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H., y Zettle, R. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
- Chakravarthy, B., Shah, S., y Lotfipour, S. (2013). Adolescent drug abuse-awareness y prevention. *The Indian journal of medical research*, 137, 1021. Recuperado de <http://www.ijmr.org.in/>
- Cohen, S., y Janicki-Deverts, D. (2012). Who's Stressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006, and 2009. *Journal of applied social psychology*, 1320-1334, doi: 10.1111/j.1559-1816.2012.00900.x
- Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Finkelstein, Y., y Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health*, 59(4), S61-S75. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.06.021
- Fagerström, K. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 235-241. Doi: 10.1016/0306-4603(78)90024-2
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35, 639-665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Haynes, S., y Baker, E. (1982). Type A behavior and ten year incidence of coronary heart disease in the Framingham heart study. *Activitas Nervosa Superior*, 57-77. Recuperado de <https://link.springer.com/journal/41470>
- Heatherton, T., Kozlowski, L., Frecker, R., y Fagerstrom, K. (1991). The Fagerström Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- Helliwell, J., Layard, R., y Sachs, J. (2012). *World Happiness Report*. New York: Sustainable Development Solutions Network
- Holahan, C. J., Brennan, P. L., Schutte, K. K., Holahan, C. K., Hixon, J. G., y Moos, R. H. (2017). Late-Life Drinking Problems: The Predictive Roles of Drinking Level vs. Drinking Pattern. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78, 435-441. doi: 10.15288/jsad.2017.78.435

- Hughes, M., Waite, L., Hawkey, L., y Cacioppo, J. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys. *Research in aging*, 26, 655-672. doi: 10.1177/0164027504268574
- Jiménez-Muro Franco, A. Belmonte San Agustín, A., Marqueta Baile, A., Gargallo Valero, P., y Nerín de la Puerta, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21, 21-28. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones>
- Koob, G.F. (2013). Theoretical frameworks and mechanistic aspects of alcohol addiction: alcohol addiction as a reward deficit disorder. *Current topics in behavioral neurosciences*, 13, 3-30. doi: 10.1007/7854_2011_129
- Kriston, L., Holzel, L., y Weiser, A. (2008). Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? *Annals of internal Medicine*, 149, 879-888. Recuperado de <http://annals.org/aim/pages/about-us>
- Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J., y Lowe, B. (2009). An ultrabrief screening scale for anxiety and depression: the PQH-4. *Psychosomatics*, 50, 613-621. doi: 10.1176/appi.psy.50.6.613.
- Lechner, W. V., Day, A. M., Metrik, J., Leventhal, A. M., y Kahler, C. W. (2017). Effects of alcohol-induced working memory decline on alcohol consumption and adverse consequences of use. *Psychopharmacology (Berl)*, 233, 83-88. doi: 10.1007/s00213-015-4090-z
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., ...y Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122, 86-95. doi:10.1016/j.jad.2009.06.019
- Lynskey, M.T., Heath, A.C., Bucholz, K.K., Slutske, W.S., Madden, P.A.F., Nelson, E.C., ...y Martin, N.G. (2003). Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls. *Journal of American Medical Association*, 289, 427-33. doi: 10.1001/jama.289.4.427
- McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P., y Kleber, H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of American Medical Association*, 284, 1689-1695. Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jama>
- Molnar, S., Beaton, L., Happer, J., Holcomb, L., Huang, S., Arienzo, D., y Marinkovic, K. (2018). Behavioral and Brain Activity Indices of Cognitive Control Deficits in Binge Drinkers. *Brain Sciences*, 8(1), 9. doi: 10.3390/brainsci8010009
- Moodie, R., Stuckler, D., Monteiro, C.F., Sheron, N., Neal, B., Thamarangsi, T., Lincoln, P., & Casswell, S. (2013). Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet*, 381 9867, 670-9.
- Morejon, A. y García-Boveda, R. (1994). RULS: Escala de soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *Revista de psicología de la salud*, 6, 45-54. doi: 10.21134/pssa.v6i1.1224

- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion>
- Nutt, D. J., King, L. A., y Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376, 1558-1565. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6
- O'donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B.A., Schmidt, C., Reimer, J.C., & Kaner, E.F. (2014). The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol and alcoholism*, 49, 66-68. doi: 10.1093/alcalc/agt170
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2017). *III estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en población universitaria de la región Andina*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/2017/Octubre/Informe_Universitario_Regional.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Alcohol*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., y Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373, 2223–2233. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60746-7
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of European Spanish version of the Perceived stress scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 86-93. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/journals/spanish-journal-of-psychology>
- Ruisoto, P., Cacho, R., López-Goñi, J. J., Vaca, S., y Jiménez, M. (2016). Prevalencia y perfil de consumo de alcohol en estudiantes universitarios en Ecuador. *Gaceta Sanitaria*, 30, 370–374. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.02.008
- Ruisoto, P., Vaca, S. L., López-Goñi, J. J., Cacho, R., y Fernández-Suárez, I. (2017). Gender differences in problematic alcohol consumption in university professors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 1069. doi:10.3390/ijerph14091069
- Ruiz, F., Langer, A., Luciano., Cangas, A., y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the acceptance and action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25, 123-129. doi:10.7334/psicothema2011.239
- Scheier, M., Wrosch, C., Baum, A., Cohen, S., Martire, L., Matthews, K., . . . Zdaniuk, B. (2006). The life engagement test: Assessing purpose in life. *Journal of behavioral medicine*, 29, 291-298. doi: 10.1007/s10865-005-9044-1
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of behavioral medicine*, 15, 194-200. doi: 10.1080/10705500802222972.

- Tembo, C., Burns, S., & Kalembo, F. (2017). The association between levels of alcohol consumption and mental health problems and academic performance among young university students. *PLOS ONE*, *12*(6), e0178142. doi: 10.1371/journal.pone.0178142
- Trucco, D. (2015). *Desafíos para la educación superior en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile. Retrieved from http://conferencias.cepal.org/reforma_universitaria/ppt/pdf/03TRUCCO.pdf
- Vaca, S., Bustamante, B., Jiménez, M., Ruisoto, P., y Pineda, N. (2015). Identificación de la distribución del consumo problemático y otros indicadores de Salud mental en la comunidad universitaria del Ecuador- Estudio Piloto del CONSEP.Loja: EDILOJA.
- Vinader-Caerols, C., Talk, A.C., Montañés, A., Duque, A., & Monleón, S. (2017). Differential Effects of Alcohol on Memory Performance in Adolescent Men and Women with a Binge Drinking History. *Alcohol and alcoholism*, *52*, 610-616. doi: 10.1093/alcalc/agx040
- Wingenfeld, K., Schneider, A., & Brahler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient health questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal Affective Disorders*, *122*, 86-95. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.019