



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

OFICINA DE POSTGRADOS

Tema:

**DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES
DE SUSTANCIAS**

**Proyecto de Investigación previo a la obtención del título en Magister
en Psicología Clínica, con mención en Psicoterapia Infantil y de
adolescentes**

Línea de Investigación

Vida digna y salud integral

Autor:

José Antonio Fernández Guartambel

Director/a

PHD. Gina Alexandra Pilco Guadalupe

AMBATO – ECUADOR

Marzo 2022

**PONTIFICA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE
AMBATO**

HOJA DE APROBACIÓN

TEMA:

DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE
SUSTANCIAS

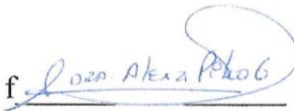
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Vida digna y salud integral

AUTOR:

José Antonio Fernández Guartambel

Gina Alexandra Pilco Guadalupe, PhD.

f. 

CALIFICADOR

Sandra Elizabeth Santamaria Guisamana, Mg.

f. 

CALIFICADOR

Mario Santiago Poveda Ríos, Mg.

f. 

CALIFICADOR

Juan Carlos Acosta Teneda, P, PhD.

f.  Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
OFICINA DE POSTGRADOS

DIRECTOR DE POSTGRADOS

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr.

f.  Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA

SECRETARIO GENERAL PUCESA

AMBATO – ECUADOR

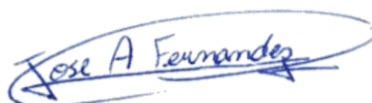
Marzo 2022

DECLARACIÓN AUTENTICIDAD Y AUTORIZACIÓN

Yo, **JOSÉ ANTONIO FERNÁNDEZ GUARTAMBEL**, con CC. **010546139-6**, autor del trabajo de graduación intitulado: “**DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS**”, previo a la obtención del título profesional de **Magister en Psicología Clínica, mención en psicoterapia infantil y de adolescentes**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitios web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad

Ambato, Marzo 2022



JOSE ANTONIO FERNANDEZ GUARTAMBEL

CI. 010546139-6

DEDICATORIA

A mi hermana, por ser la luz que alumbro mi vida, en aquella soledad y oscuridad en la que me encontraba. Por brindarle un objetivo y dirección a esta existencia carente de sentido. Por haber suavizado mi corazón hasta el punto de decir te quiero.

A mi madre, por haberme transmitido el principio de la perseverancia. Con el desarrollo de tu vida me has enseñado que no existen objetivos inalcanzables, sino personas que no se esfuerzan lo suficiente.

A la Doctora Ligia Rojas, quien fue un pilar importante en mi vida. Gracias por todo lo que significó y sigue significando para mi vida.

AGRADECIMIENTO

A la vida por siempre haberme puesto las cosas tan difíciles y haberme transmitido los mejores aprendizajes.

Al doctor Saúl Pacurucu por brindarme la oportunidad de formar parte de su prestigiosa institución y seguir mi preparación personal y profesionalmente.

Muchas gracias.

Resumen

La presente investigación tiene como propósito analizar los niveles de depresión y riesgo suicida en adolescentes consumidores y adolescentes no consumidores. La investigación tiene un diseño no experimental con un alcance descriptivo-comparativo y un corte transversal. Para la elección de la muestra se usó el método no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo formada por 86 adolescentes, de los cuales, 41 corresponden al grupo de consumidores y 45 al grupo de no consumidores. Para la recolección de la información se utilizó como instrumento una ficha sociodemográfica, el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer, y Brown, 2006) y la Escala de orientación Suicida (ISO 30) (Liporace y Casullo, 2006). En los resultados se encontró que existe mayor frecuencia de depresión y riesgo suicida en adolescentes que ingieren drogas que en aquellos que no lo hacen. Además, se logró determinar que no existen diferencias significativas en los niveles de depresión y riesgo suicida entre ambos grupos.

Palabras clave: Adolescencia, Consumo de drogas, Depresión y riesgo suicida

Abstract

The purpose of this research is to analyze the levels of depression and suicidal risk in consumer and non-consumer adolescents. This research has a non-experimental design with a descriptive-comparative scope and a cross section. For the selection of the sample, the non-probabilistic method was used for convenience. The sample consisted of 86 adolescents, of which 41 correspond to the consumer group and 45 to the non-consumer group. For data collection, a sociodemographic record, the Beck Depression Inventory (Beck, Steer, & Brown, 2006) and the Suicidal Orientation Scale (ISO 30) (Liporace & Casullo, 2006) were used as instruments. As a result, it was found that there is a higher frequency of depression and suicidal risk in adolescents who take drugs than in those who do not. In addition, it was possible to determine that there are no significant differences in the levels of depression and suicidal risk between both groups.

Key words: Adolescence, Drug use, Depression and suicide risk

INDICE DE CONTENIDOS

HOJA DE APROBACIÓN	iii
DECLARACIÓN AUTENTICIDAD Y AUTORIZACIÓN	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Introducción	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	8
1.1. Adolescencia	8
1.2. Consumo de drogas	14
1.3. Depresión	19
1.4. Suicidio	23
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	29
2.1. Paradigma, modalidad y alcance	29
2.2. Instrumentos	30
2.3. Participantes y muestra	32
2.4. Características de la muestra	32
2.5. Procedimiento	33
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	35
3.1. Análisis descriptivo	35
3.2. Análisis inferencial	39
3.3. Propuesta de intervención	41
3.4. Discusión	49
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	68
Anexo 1. Consentimiento informado	68
Anexo 2. Ficha sociodemográfica	70
Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck	71
Anexo 4. Inventario de orientación suicida	75

DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS

Introducción

El uso de sustancias se encontró presente desde el inicio de la existencia del ser humano y es muy probable que su utilización continúe en el futuro (Ruiz y Valladolid, 2002), sin embargo, hace no mucho tiempo se convirtió en un problema serio para el sistema sanitario (Peruaga, Rincon y Selin, 2002). El abuso de las drogas genera impacto a nivel “sanitario, social, económico, legal y político” (Ruiz y Valladolid, 2002, p. XVII). Además, en la esfera personal suele venir acompañado de problemas orgánicos e intrapsíquicos (Barragán et al., 2012) y conductuales (Soler y Ros, 2001).

Lo mencionado en el párrafo anterior, se vuelve preocupante, pues en la actualidad la ingesta de sustancias psicotrópicas es cada vez más común en los jóvenes, de igual manera, la edad, en la cual, las personas comienzan a usar sustancias ha disminuido progresivamente (Saiz et al., 2020). La problemática del abuso de drogas se complica cuando coexiste con un trastorno depresivo o riesgo suicida, pues las publicaciones sugieren una correlación entre dichas patologías (Cruz, Gómez y Rincón, 2018).

En el estudio realizado por Serrano et al., (2017), se encontró una relación significativa entre el abuso de sustancias, la depresión y el riesgo suicida. En esta misma línea investigativa se halló que la sintomatología depresiva tiene una estrecha relación con la ideación suicida (Siabato, Forero y Salamanca, 2017; Gómez, Núñez, Agudelo y Grisales; 2020; Vázquez y De Haro, 2018)

El presente estudio busca conocer si los adolescentes consumidores de drogas presentan mayores niveles de depresión y de riesgo suicidio que aquellos que no consumen, pues las investigaciones sugieren una relación entre el consumo, la depresión y el riesgo suicida. No obstante, en la literatura revisada no se encuentra estudios que comparen grupos de adolescentes que usan drogas con aquellos que no ingieren sustancias.

A continuación, se detallan los trabajos más relevantes realizados a nivel internacional y nacional, dichas investigaciones abordan el tema del consumo de sustancias en asociación con la depresión o con la ideación suicida, las mismas que sirven de sustento al presente estudio.

En Colombia, Cruz et al. (2018), emprendieron una investigación con el fin de identificar las enfermedades psiquiátricas que acompañan con mayor frecuencia a la ingesta de drogas. Su estudio estuvo constituido por 408 participantes, con una edad mínima de 12 y máxima de 17 años. A los examinados se les evaluó con el CIDI-CAPI y el Assist. Entre los resultados se halló que de los jóvenes que presentaron un trastorno mental en la vida, alrededor de un 44% ingirió como mínimo una droga. En cambio, de los participantes que reportaron trastornos depresivos, cerca del 50% ,én uso sustancias. En conclusión, los autores indican que los jóvenes con trastornos en la esfera del afecto tienen un riesgo mayor de ingerir drogas.

En México, Terrero, Cisneros, Almanza y Facundo (2017), realizaron un estudio con el objetivo de encontrar si existe asociación entre el trastorno depresivo y la ingesta de alcohol. La muestra estuvo constituida por 327 adolescentes tanto mujeres como hombres. A los sujetos del estudio se les aplicó una ficha sociodemográfica y de uso de alcohol, así como, la escala de depresión de Beck (BDI). Entre los resultados más llamativos se encontró que de los investigados un 40% ingirió alcohol como mínimo una vez en el curso del año, un 10% un mes antes de esta investigación y un 13% en la semana anterior a esta investigación. Además, aproximadamente un 33% de los consumidores puntuaron con depresión en sus distintos niveles.

En Ecuador, Narváez (2020) en su proyecto de titulación, investiga si existe correlación entre el alcoholismo y el cuadro depresivo. Para alcanzar dicho objetivo evaluó a 147 jóvenes de secundaria tanto del sexo masculino como femenino, a quienes aplicó el test de depresión de Zung y el AUDIT. En los resultados se halló que alrededor de un 38% poseía un riesgo entre leve y alto para recurrir al alcohol, de igual forma, aproximadamente un 65% presentó síntomas depresivos entre leve y grave. Al aplicar el estadístico de coeficiente de correlación de Spermán se obtuvo un valor de 0.457, lo cual, implica una relación débil entre la variable alcoholismo y cuadro depresivo.

En esta misma línea, Mendieta (2016), emprendió un estudio para conocer la presencia de alcoholismo y depresión en adolescentes. La muestra del estudio estuvo conformada por 60 participantes de secundaria, los mismos que se dividen en 30 hombres y 30 mujeres, a los cuales, se les aplicó la Escala de Depresión de Beck, el Assist y una entrevista semiestructurada. En los resultados se halló que, alrededor del 50% de los

adolescentes evaluados abusa del alcohol, además, de este grupo de consumidores, aproximadamente un 77% presenta depresión.

Por otra parte, Campo, Suárez y Caballero (2020) realizaron un estudio en Colombia, con el objetivo de conocer si el uso de marihuana, la depresión y el riesgo suicida, están relacionadas. Para ello trabajaron con 1462 estudiantes menores de edad, los mismos que correspondían a distintas instituciones educativas. Los participantes fueron evaluados con un cuestionario para la depresión (WHO5) y una escala para el riesgo suicida (CES-D), también, se indagó acerca de la ingesta de marihuana y datos sociodemográficos. En los resultados se identificó que de los participantes un 11.6% había consumido cannabis al menos una vez en su vida, además, el 13.6% presentó un alto riesgo suicida. Mediante la prueba de regresión logística razón de oportunidad o riesgo relativo se encontró que el consumo de cannabis incrementó el riesgo de presentar depresión en 2.19 veces e ideación suicida en 2.37 veces.

Otro estudio desarrollado por Serrano et al. (2017), tuvo como fin hallar asociaciones entre las variables uso de sustancias, trastornos mentales y pensamientos suicidas. Los participantes fueron 530 adolescentes hombres y 496 adolescentes mujeres. Entre los resultados se encontró una correlación significativa entre la ingesta de sustancias y la presencia de ideación suicida. De igual forma, mediante un análisis de regresión logística se identificó que la sintomatología depresiva y las tentativas de suicidio tienen una alta capacidad para predecir conductas suicidas.

Restrepo et al. (2018) realizaron una investigación, con el propósito de determinar si, el abuso de sustancias (alcohol y marihuana), el cuadro depresivo y las ideas suicidas tienen algún grado de correlación. En dicho estudio participaron 477 alumnos universitarios, con una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 25 años. Los participantes fueron evaluados con el Inventario de Depresión de Beck (BDI), una escala para identificar pensamientos suicidas y un test para conocer sobre el abuso de cannabis y alcohol. En los resultados se reportó que no existe relación entre estas variables.

Para finalizar, en Cuenca Ecuador, Bravo y Cassinelli (2020) emprendieron un estudio con adolescentes mujeres hospitalizadas en un centro de tratamiento para adicciones. Entre sus objetivos se buscó conocer los niveles de depresión y riesgo suicida en consumidores. En los resultados se reportó que un 80% de las examinadas presentaron

sintomatología depresiva, de igual forma se identificó que alrededor de un 57% de los evaluados reportaron riesgo suicida. Los estudios espuestos, tanto a nivel Internacional como Nacional, permiten apreciar la estrecha relación entre la ingesta de drogas, la depresión y el riesgo suicida en la adolescencia.

Los antecedentes revisados nos permiten afirmar que, en las diferentes sociedades se aprecia que la ingesta de sustancias se ha vuelto una práctica muy frecuente en los jóvenes, además, se aprecia una reducción progresiva en la edad que se inicia dicho consumo (Saiz et al., 2020; Martínez, Facundo, Cárdenas, Castillo y García, 2017; Vega y Zumarraga, 2018). En el contexto ecuatoriano, en la encuesta nacional para conocer sobre la ingesta de sustancias psicotrópicas, en estudiantes de educación media, se encontró que, en promedio, a los 12.8 años es cuando los adolescentes experimentan los primeros acercamientos a las diferentes drogas (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, 2013). Lo antes mencionado nos permite afirmar que el uso de drogas en adolescentes es una problemática actual en Ecuador, que necesita ser abordada no solo en el plano preventivo sino, también, en el plano investigativo para conocer sus diferentes implicaciones.

Para el tratamiento de consumo de sustancias, el modelo cognitivo conductual es el enfoque psicoterapéutico que mayor eficacia muestra en las distintas investigaciones, por lo cual, es usado principalmente en el abordaje de este trastorno (Becoña y Cortes, 2016), sin embargo, se hace importante mencionar que, los centros que brindan tratamiento para esta problemática, al centrarse en la conducta adictiva, suelen dejar de lado trastornos comórbidos.

Cabe recalcar que diferentes investigaciones ponen de explícito la estrecha relación entre los trastornos adictivos y el cuadro depresivo (Rodríguez et al., 2005; Rodríguez, Herrera y Londoño, 2013). Por un lado, la depresión aumenta la posibilidad de que los individuos usen drogas con el objetivo de experimentar emociones placenteras o modificar sentimientos displacenteros (Varela, Salazar, Cáceres y Tovar, 2007; Apaza, 2021). Por otro lado, el consumo y las consecuencias del mismo influiría en la aparición de síntomas depresivos (Apaza, 2021).

En base a lo expuesto, es posible concluir que, en el contexto ecuatoriano, la problemática del consumo en adolescentes se hace más frecuente, por lo cual, el tratamiento en este

ámbito es indispensable, sin embargo, los centros de tratamiento para adicciones suelen centrarse exclusivamente en la terapéutica de la conducta adictiva, con un programa bien estructurado, pero, dichas instituciones carecen de programas para el abordaje de trastornos depresivos e ideación suicida, pues no se toma en consideración la estrecha relación entre estos trastornos. Lo ya mencionado lleva, de una u otra manera, al descuido en las intervenciones de patologías asociadas al consumo de sustancias, lo cual, repercutiría a corto o mediano plazo en el mantenimiento de la recuperación.

En base a la problemática planteada esta investigación parte de la hipótesis de que los adolescentes consumidores de drogas tienen mayores niveles de depresión y de riesgo suicida que aquellos adolescentes que no consumen sustancias. Para llevar a cabo este estudio, se realizó una investigación de tipo no experimental con un enfoque cuantitativo, además, se utilizó un alcance descriptivo-correlacional con un corte transversal. La muestra estuvo conformada por adolescentes consumidores y no consumidores de la ciudad de Cuenca. Es importante mencionar que, con este proyecto de investigación se pretende alcanzar los siguientes objetivos:

Objetivo general.

Analizar los niveles de depresión y riesgo suicida en adolescentes consumidores y adolescentes no consumidores

Objetivos específicos

1. Identificar los niveles de depresión en adolescentes consumidores y no consumidores de sustancias
2. Señalar los niveles de riesgo suicida en adolescentes consumidores y no consumidores de sustancias
3. Comparar los niveles de depresión y de riesgo suicida entre adolescentes consumidores y no consumidores de sustancias
4. Proponer un plan de intervención para reducir la depresión en jóvenes consumidores de sustancias

Los objetivos planteados en el presente proyecto, permiten aseverar que esta investigación es importante, pues busca contribuir a la generación de conocimiento científico en el ámbito del consumo de sustancias y en la depresión. Cabe mencionar que la adolescencia al ser una etapa de vulnerabilidad tanto psicológica como biológica, coloca a la persona en una posición de riesgo para presentar, ya sean problemáticas asociadas a la ingesta de drogas o dificultades en el afecto, mismas que suelen estar acompañadas de ideación suicida; motivo, por el cual, profundizar en la investigación de esta temática y en este grupo etario, es posible que motive el emprendimiento de intervenciones focalizadas a esta población por parte de los investigadores y de los propietarios de los centros para tratamientos de adicciones.

Este proyecto de investigación tiene, además, de la importancia teórica, una relevancia práctica, pues luego de conocer los niveles de depresión de los adolescentes consumidores, se busca construir una propuesta de intervención focalizada hacia la depresión, en este grupo etario.

Cabe mencionar que los beneficiarios directos de este estudio serán, en primer lugar, las instituciones o centros de atención para consumidores adolescentes, pues contar con una propuesta de intervención focalizada a la depresión facilita el abordaje psicológico de dicho trastorno mental. En segundo lugar, los usuarios de dichas instituciones, se verán beneficiados, pues el recibir asistencia psicológica en el área afectiva, disminuye la probabilidad de que la depresión se convierta en un factor de riesgo para futuras recaídas.

Además, el conocimiento resultante de esta investigación sienta las bases teóricas para posteriores proyectos o líneas de investigación relacionadas con esta temática, así como, para la elaboración de propuestas de intervención y posterior evaluación de la misma.

Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación, se ha dividido en tres capítulos, los cuales, se mencionan a continuación:

En el capítulo I. Estado del arte y práctica, se detalla los conceptos básicos sobre el consumo de sustancias en adolescentes, la depresión y el riesgo suicida. La información recolectada corresponde a fuentes científicas.

En el capítulo II. Diseño metodológico, se describe el enfoque, corte y alcance que en esta investigación se usó. De igual forma se detallan las técnicas y herramientas de evaluación usadas, además, se menciona la validez y confianza de cada instrumento. Por último, se señala los participantes y el procedimiento metodológico.

En el capítulo III. Análisis de los resultados de la investigación, se expone los resultados de la investigación mediante el uso de tablas y párrafos interpretativos de las tablas, para de esta forma facilitar la comprensión del lector. También, se procede a plantear la propuesta de intervención

Para finalizar se añade un apartado con discusión, conclusiones y recomendaciones, en las cuales, se detalla los hallazgos más sobresalientes de la investigación, sugerencias para futuras líneas de investigación y comparación de los resultados con los hallados en otros estudios.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Adolescencia

La palabra adolescencia tiene una etimología latina y proviene del término “adolescere” (Güemes, Ceñal y Hidalgo, 2017), la misma que está conformada de dos palabras “ad” y “oleré”, que significa “hacia” y “crecer”, respectivamente; el término en conjunto se traduce como crecimiento (Monroy y de Velasco, 2002). Esta etapa es considerada como un periodo de transición entre la infancia y la adultez, sin embargo, debido a las distintas formas de ver esta fase de la vida (por ejemplo, desde la psicología, sociología, economía, etc.), la conceptualización y por supuesto su comprensión se complejiza (Borrás, 2014).

Desde el punto de vista legislativo, en Ecuador, se considera adolescentes, tanto a hombres como a mujeres que tengan entre 12 y 18 años (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2003), claramente esta forma de ver a la adolescencia es reduccionista, puesto que no hace referencia a ninguno de los cambios que el ser humano experimenta en esta etapa, ya sean internos (ej. cognitivos, biológicos, etc) o externos (ej. relacionales, nuevos roles, etc).

Desde la perspectiva sociología, la adolescencia está constituida por un conjunto de demandas sociales que provienen de un contexto sociocultural, las mismas que se encuentran vinculadas a la asunción o adopción de ciertos roles que corresponden con esta etapa del ciclo vital y que la comunidad demanda que sean asumidas (Dávila, 2004).

Además, del plano legislativo y social, en la literatura se encuentra la perspectiva biológica, la misma que afirma que la pubertad da inicio al periodo conocido como adolescencia, y termina cuando la persona alcanza su madurez reproductiva (Florenzano, 1997).

Las definiciones antes expuestas, sobre la adolescencia, permite resaltar la existencia de un espacio de tiempo para esta etapa (dicho lapso temporal varía según la perspectiva teórica que se adopte), así como, la adquisición de roles y cambios biológicos, sin embargo, una reflexión más profunda permite afirmar que dichas conceptualizaciones excluyen aspectos importantes que ocurren en esta etapa del ciclo vital. Como ejemplo de los elementos que no se toman en consideración en las definiciones mencionadas se

encuentran los cambios cognitivos, emocionales o incluso de aquellos procesos de construcción de la identidad.

La Organización Mundial de la Salud, brinda una aproximación más completa sobre la adolescencia, definiéndola como una fase del ciclo vital que se encuentra entre la niñez y la adultez, entre los 10 y los 19 años, la misma que se caracteriza por el desarrollo fisiológico, sexual, cognitivo y social, así como, de la construcción de una identidad y de una autonomía personal tanto en la esfera afectiva como económica (World Health Organization, 2003).

En esta etapa del ciclo vital, llena de cambios, a nivel biológico surge el desarrollo de los caracteres sexuales tanto primarios como secundarios. Los caracteres sexuales primarios hacen referencia a los órganos genitales, ya sean internos o externos; en el sexo masculino se da el crecimiento y desarrollo del pene, testículos y glándulas seminales; en el sexo femenino se da igualmente la maduración de los ovarios y otros órganos asociados al sistema reproductor (Papalia, Olds y Feldman, 2001).

En conjunto con la madurez de los órganos reproductores primarios, aparecen otras modificaciones a nivel corporal, conocidas como características secundarias. En el sexo masculino se observan modificaciones en la tonalidad voz, crecimiento de la musculatura, vello facial y púbico; y en el sexo femenino se desarrollan los senos y vello púbico, de igual manera se aprecian modificaciones en los pezones y la cadera. Es importante indicar que, el conjunto de cambios biológicos dados en este periodo de tiempo se encuentra guiados por el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal (Florenzano, 1997).

Los cambios del desarrollo, ya mencionados, no se dan al mismo tiempo en todos los adolescentes, por lo cual, se toma como punto medio de inicio los 12 años, sin embargo, se ha observado que hay personas que inician su desarrollo antes e incluso otras que comienzan este proceso luego de los 12 años, estas variaciones generan efectos positivos o negativos en los individuos (Coleman y Hendry, 2003).

Graber, Lewinsohn, Seeley y Brooks (1997) en sus investigaciones encontraron que las niñas que maduran antes que el promedio, presentan sentimientos de tristeza, un autoconcepto desfavorable y riesgo de conducta suicida. En cambio, las niñas que maduran de forma tardía presentan rasgos de personalidad evitativa y se proyectan metas

escolares altas. Con respecto a los niños encontró que, aquellos que maduran de forma temprana tienen intensos sentimientos de tristeza, así como comportamientos eufóricos; también, se halló que los jóvenes que se desarrollan de forma tardía tienen una serie de cogniciones con tinte negativo, pobres habilidades para hacer frente a los problemas y problemas académicos.

La maduración biológica viene acompañada de cambios en la esfera cognitiva, misma que determina una nueva manera de relacionarse con el entorno y consigo mismo. Inhelder y Piaget (1985), mencionan en su libro que, la forma de pensar de los adolescentes salta del pensamiento concreto al formal o abstracto. El pensamiento operacional formal tiene 3 características principales:

- 1) Razonamiento hipotético deductivo: el mismo que trabaja con supuestos o representaciones mentales que permiten llegar a conclusiones, mismas que son susceptibles a ser puestas a prueba (Inhelder y Piaget, 1985).
- 2) Lógica de proposiciones: implica la capacidad del pensamiento para manejar proposiciones y realizar la mayor cantidad de combinaciones entre ellas (Inhelder y Piaget, 1985).
- 3) Operaciones a la segunda potencia: hace referencia a manipular proposiciones de proposiciones (Inhelder y Piaget, 1985).

Como es posible inferir, el pensamiento formal permite la abstracción, la manipulación de representaciones mentales tanto de primer como de segundo orden, así como su combinación, lo cual, promueve y facilita la resolución de problemas. Cabe indicar que Kohlberg (1992) afirma que no todos los seres humanos son capaces de alcanzar el nivel lógico formal y otros solo experimentan una aproximación incompleta a dicho razonamiento.

Elkind (1967) considera que, mientras el adolescente cursa la etapa de las operaciones formales, se constituye, al mismo tiempo, un egocentrismo propio de esta fase. El desarrollo de su mente le permite conceptualizar su pensamiento, también, le facilita tomar conciencia de que los otros tienen sus propias ideas, sin embargo, al encontrarse excesivamente centrado en sí mismo, asume que los otros están igualmente obsesionados

con él, ya sea en su forma de vestir o actuar. El autor propone que esta fase egocéntrica se caracteriza por:

1) Una audiencia imaginaria: el adolescente considera que es el centro de atención y que los otros lo observan como el mismo se conceptualiza (ya sea de forma positiva o negativa), y tiende a reaccionar en base a cómo piensa que los demás lo miran. En otras palabras, está preocupado en cómo lo otros lo observan y lo juzgan. Esta forma de pensar permitió afirmar a Elkind (1967) que el afecto que más perturba en esta etapa es la vergüenza.

2) Fabula personal: el adolescente construye la creencia de que es un ser especial, además, de invulnerable, es decir, piensa que las cosas negativas no le van a pasar a él, por ejemplo, enfermedades, etc.

Según Elkind (1967), las características egocéntricas explicarían varios de los comportamientos de riesgo en la etapa de la adolescencia. Es necesario indicar que, posteriormente, el autor consideró que tanto la audiencia imaginaria como la fábula personal son expresiones de un pensamiento inmaduro, además, añadió cuatro características más, a dicha forma de pensar:

1) Idealismo y tendencia a criticar, la persona construye mentalmente un ideal del mundo, el mismo que es distante del mundo en el que vive, esto genera rechazo hacia las figuras adultas y a cualquier figura de autoridad, debido a que ellos han creado esa realidad y, por lo tanto, se vuelven críticos de ellos.

2) Tendencia a discutir, a través de la discusión reafirman y defienden sus creencias y posiciones personales referente a diversos temas.

3) Indecisión, presentan dificultades para escoger sobre diferentes opciones, tanto en temas complejos como sencillos.

4) Aparente hipocresía, no se dan cuenta que muchos de sus actos están en incongruencia con los ideales que defienden (Elkind, 1967).

Por otra parte, Kohlberg (1992) asevera que existe una relación entre el desarrollo del pensamiento lógico y el desarrollo del razonamiento moral, es decir, si una persona se

encuentra en la fase de operaciones concretas, es seguro que su pensamiento moral este menos desarrollado que aquel individuo que se encuentre en la fase de operaciones abstractas. El autor describe, en su teoría, que las personas pasan a través de 6 estadios morales, los mismos que se encuentra ubicados en tres categorías:

1. El nivel uno se denomina preconvencional, se encuentra formado por dos subetapas: 1) Moralidad heteronoma, en la que la persona cumple las normas dadas en el contexto social, con el fin de evadir las consecuencias negativas; 2) Propósito instrumental, se acata las reglas únicamente cuando contribuyen a la satisfacción de las necesidades. Aparentemente este nivel se extiende hasta los 10 años.
2. El nivel dos se llama fase convencional, la cual, está constituida por: 1) Expectativas interpersonales, en esta subetapa el sujeto actúa en base a lo que se espera de él; 2) Preocupación social y conciencia, los individuos introyectan la normativa social existente, y buscan que se cumpla incluso al entrar en discordia con otros deberes sociales. Este nivel se extiende desde los 10 años hasta los 16 años.
3. El nivel tres llamado postconvencional, está conformado por: 1) Contrato social, las personas reconocen que existen una variedad de valores y por ende son relativos a un grupo, sin embargo, acatan las normas porque son el resultado del consenso social, además, se resalta que, también, existen derechos que no dependen de la relatividad y que deben respetarse, por ejemplo, el derecho a la vida; 2) Principios éticos propios, la persona ha interiorizado principios (por ejm, igualdad) y actúa movlizado por estos, en caso de que la ley o normativa entre en discordia con los principios, los individuos actúan en base al principio. Según el autor existen personas que no alcanzan este nivel (Kohlberg, 1992).

Los adolescentes, a la vez que se encuentran en el pensamiento de operaciones formales, comenzarán a transitar por la fase del desarrollo moral denominada convencional. Es importante indicar que el desarrollo adecuado de estos dos elementos facilita la adaptación a los distintos contextos sociales en los que se desenvuelva el individuo.

De igual forma en esta etapa del ciclo vital, la persona se encuentra en lo que Erikson (2000) denomina una crisis dialéctica, la misma que corresponde al estadio denominado “identidad versus confusión”, la correcta solución de este conflicto permite la consolidación de un adecuado sentido del self, lo cual, da lugar al surgimiento de la cualidad de la fidelidad. En cambio, si la crisis no se resuelve de forma correcta surge el rechazo al rol, esto consolida una identidad negativa, formada por aquellos componentes que no son aceptados a nivel social.

Marcia (1967) describe que los seres humanos al afrontar la crisis de la identidad en la adolescencia, adoptan cuatro estilos diferentes, a los que denominó estados de identidad, los mismos que se estructuran a partir de la existencia de la crisis y del establecimiento de compromisos en el área ocupacional e ideológica, dichos estados son:

1. Identidad lograda: estas personas tras enfrentar la crisis desarrollan un fuerte compromiso con oficios u ocupaciones, así como con sus objetivos (Orlofsky, Marcia y Lesser, 1973).
2. Moratoria: en este estado, el sujeto a pesar de enfrentarse a la crisis, no establece compromisos claros, no obstante, persiste la búsqueda de los mismos (Marcia, 1967).
3. Estado hipotecario: el individuo no cursó la crisis, sin embargo, acepta y se compromete con proyectos elaborados por otras personas (Orlofsky et al., 1973).
4. Difusión de identidad: los adolescentes en este estado no han presentado la crisis y tampoco tienen compromisos en el plano ocupacional e ideológico (Marcia, 1967).

En conclusión, es posible aseverar que la adolescencia es una etapa compleja, en la cual, se da una serie de cambios biopsicosociales, los mismos que al ser aceptados, asimilados y afrontados de forma pertinente, determinarán el correcto funcionamiento psicológico y adecuado ajuste al medio social, por ej. la aceptación del desarrollo de las características sexuales influye en la autoestima y esta a su vez en la interacción con pares (Arias, 2019).

1.2. Consumo de drogas

Las drogas han estado presentes a lo largo del desarrollo de la humanidad y en sus distintas civilizaciones, fueron y son utilizadas con diferentes propósitos tanto en el plano personal (promover emociones placenteras), social (ritos de transición) y espiritual; sin embargo, en la actualidad la ingesta de estas sustancias aumentó drásticamente (Glockner, 2011; Kramer, Cameron y World Health Organization, 1975), lo cual, genera problemas en el sistema salud (Ahumada, Gámez y Valdez, 2017).

El problema del abuso de sustancias se complejiza al hacerse cada vez más frecuente en los adolescentes, pues al encontrarse en desarrollo son más susceptibles a los efectos de las drogas y a sus consecuencias (Molero, Carmen, Gázquez y Barragan, 2017)

1.2.1. Las drogas y su clasificación

Al hablar sobre el consumo de sustancias, en la literatura, se encuentran conceptos que en muchas ocasiones generan confusión y en algunas ocasiones son tomados como similares (uso, abuso y dependencia), razón, por la cual, se hace necesario definir ciertos términos.

Se entiende por droga o sustancia psicoactiva, cualquier sustancia que al interactuar con un organismo modifica su esfera afectiva, cognitiva, perceptual y conductual. Si bien es cierto, dentro de esta definición, es posible incluir a los medicamentos, las drogas, a las cuales, se hace mención, a diferencia de los fármacos, no buscan fines benéficos para las personas, además, tienen principios psicoactivos que son adictivos (Gisbert, 1981; Kramer, Cameron y World Health Organization. 1975).

Ahora bien, dentro del contexto del consumo de drogas, el termino *uso* hace referencia a la ingesta de una sustancia, de manera ocasional, sin que esta genere problemas o dificultades sobre el individuo y su entorno. En cambio, por *abuso*, se comprende que la persona realiza un uso prolongado de la droga a pesar de los efectos negativos que resultan del consumo de dicha sustancia (Becoña y Cortés, 2016). Por otro lado, Barrionuevo (2013), define la dependencia como un estado psicofísico provocado por la repetida interacción entre una droga y un organismo, estado que se acompaña de un deseo inmanejable por ingerir la sustancia y un comportamiento orientado hacia la búsqueda compulsiva de la misma.

En esta misma forma de pensar, la Organización Mundial de la Salud (1964) considera que la dependencia es el estado del organismo que resulta de la intoxicación reiterada con una sustancia psicoactiva, mismo que se caracteriza por: dependencia física y psicológica, aparición de síntomas de abstinencia, tolerancia y alteraciones en el comportamiento.

Como se observa en el párrafo anterior, la OMS, menciona dos tipos de dependencia, sin embargo, Martin y Lorenzo (1998) en sus investigaciones señalan la existencia de un tercer tipo de dependencia asociada al ámbito social. Estos autores definen los tipos de dependencia de la siguiente manera:

- 1) La dependencia fisiológica como un fenómeno neuroadaptativo, en el cual, el organismo de un individuo se adaptó a funcionar con la sustancia psicotrópica y cuando se interrumpe el uso de dicha droga se producen síntomas asociados a la abstinencia.
- 2) La dependencia psíquica como un deseo incontrolable de usar la droga con el objetivo de producirse placer o evadir sensaciones displacenteras provocadas por la ausencia de la sustancia.
- 3) Dependencia social, implica la tendencia a utilizar las drogas como una manera de formar parte del círculo social. Evidentemente en esta situación, se consume como una forma de vincularse, integrarse e incluso mimetizarse con el grupo de pares (Martin y Lorenzo, 1998).

Una vez expuesto los conceptos básicos sobre esta temática, se pasa a abordar las distintas drogas que provocan dependencia. Si bien es cierto, existe una amplia diversidad de sustancias psicoactivas, con el propósito de favorecer su comprensión han sido clasificadas por distintos autores de diferentes formas, entre dichas categorizaciones se encuentran tipologías que hacen referencia a la condición de legalidad, a la procedencia e incluso según la peligrosidad (Gálligo, 2007).

En 1971, Laporte propone clasificar las sustancias psicoactivas según los efectos que generan sobre el sistema nervioso, de esta manera expone tres tipos:

- 1) Depresoras: son aquellas que enlentecen el funcionamiento del sistema nervioso central (SNC), entre las sustancias que pertenecen a este grupo se señalan los opiáceos, la morfina, el alcohol, sedantes, etc.
- 2) Estimulantes: se refiere a las drogas que aumentan o aceleran el SNC, a este grupo pertenece la cocaína, amfetamina, cafeína y tabaco.
- 3) Alteradoras de la percepción: como su nombre lo indica, son aquellas que generan modificaciones en la sensopercepción y llegan a generar alucinaciones en las distintas modalidades sensoriales, en este subgrupo se menciona la mescalina, LSD (dietilamida del ácido lisérgico), marihuana, dietilamida, hongos, etc.

Otra clasificación se basa en la premisa de que las drogas activan el sistema de recompensa de una manera más intensa de lo normal, lo cual, posibilita que las personas presenten conductas adictivas (Erazo y Torres, 2020). A partir de esta idea, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) plantea que existen diez tipos de drogas que poseen el potencial de generar una respuesta alta del circuito de recompensa, estas son: “el alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias” (pág. 253).

Desde esta clasificación del tipo de drogas, el DSM V elabora la clasificación de los trastornos por consumo de sustancias, las mismas que son útiles con respecto al establecimiento de un diagnóstico (APA, 2014).

1.2.2. La adicción y el sistema nervioso central

La adicción se considera una enfermedad del cerebro, pues involucra modificaciones y alteraciones en el sistema nervioso central. A nivel de estructura se observan modificaciones anatómicas, en cambio en su funcionamiento se identifica alteraciones en los neurotransmisores (Guerras, 2020; Barreto, Arias y Acosta, 2017; DPA Internacional, 2019). Cabe mencionar que, a diferencia de los adultos, los adolescentes son más vulnerables a las drogas, puesto que su cerebro aún se encuentra en proceso de desarrollo, razón, por la cual, las sustancias psicoactivas generan cambios más o menos perdurables en el circuito cerebral, lo cual, repercute de una u otra forma en su funcionamiento (Pérez, 2019).

A nivel cerebral los estudios han permitido identificar que el sistema de recompensa está asociado a las conductas adictivas, este circuito cerebral está relacionado al aprendizaje de comportamientos que producen placer y por supuesto a la evitación de aquellos que producen displacer. El circuito de recompensa está formado por el área ventral, la misma que al activarse produce dopamina (neurotransmisor asociado al placer), sustancia que se proyecta al núcleo accumbens, amígdala y corteza prefrontal. Por lo general, el área ventral se activa cuando se ejecutan actividades gratificantes, pero, la ingesta de drogas genera que esta área se active de forma intensa, esto ocasiona que aumente la probabilidad de que ocurran las conductas de consumo (Méndez, Torres, Morelos, Ruíz y Próspero, 2017).

En un primer momento, la ingesta de sustancias genera una gran cantidad de dopamina en el sistema de recompensa, sin embargo, al repetirse la conducta de consumo de forma reiterativa, genera que dicho sistema se modifique y en consecuencia se desarrolle insensibilidad a la dopamina (Guerras, 2020). Es por esta razón que las personas con adicciones cada vez experimentan menos efectos placenteros al usar drogas (Cassiani, 2018), además, pierden el interés por aquellas actividades que en el pasado les generaban placer (Guerras, 2020).

Posteriormente, la ingesta de drogas provoca modificaciones en la amígdala, lo cual, vuelve dicha estructura hipersensible a las emociones displacenteras y al estrés. Este exceso de sensibilidad influye en el hecho de que, el individuo con problemas de consumo de sustancias no soporta o tolera los periodos de abstinencia, de esta manera se da una transición del uso de drogas para conseguir placer a un consumo que busca aliviar afectos negativos (Guerras, 2020).

En las zonas prefrontales del cerebro, se describe que, como resultado del abuso de las drogas, como una medida de protección, se eliminan o inhiben los receptores de dopamina, esto da lugar a problemas cognitivos o ejecutivos (Erazo y Torres, 2020). Como consecuencia de la disminución del funcionamiento del córtex prefrontal, la persona presenta dificultades en capacidades como: tomar decisiones, autorregularse e inhibir comportamientos asociados a la ingesta de sustancias (Guerras, 2020).

Filardi, Momparler, Santiago, Méndez y Girbés, (2018) describieron que, las drogas no solo generan cambios a nivel de estructura y funcionamiento cerebral, sino, también,

provocan mayores riesgos de presentar hemorragias cerebrales, infartos isquémicos, infecciones y atrofas, lo cual, deriva en complicaciones psiquiátricas.

1.2.3. Factores de riesgo y protectores para el consumo

Las investigaciones sugieren que los consumidores adolescentes se encuentran rodeados de un conjunto de situaciones de riesgo que les predisponen a la ingesta de sustancias, entre estos se mencionan los siguientes: abandono paterno, padres abusadores de sustancias, baja autoestima, pobre establecimiento de normas y límites (Carmona y Lever, 2017), aceptación social, fácil acceso, expectativas positivas hacia las drogas, conflicto familiar, pares consumidores (Klimenko, Hurtado, Ocampo y Velásquez, 2018), desempeño académico pobre, destrezas sociales deficientes, sexo masculino, problemas académicos asociados a relaciones maestro-estudiante y emociones displacenteras (Trujillo y Pérez, 2017).

De igual forma, existen ciertos factores protectores que previenen la ingesta de sustancias psicotrópicas en adolescentes, entre las más estudiadas se encuentran las siguientes: una alta autoestima, ausencia de alteraciones afectivas, autorregulación del comportamiento, buen rendimiento académico, funcionalidad familiar (Klimenko, Hurtado, Ocampo y Velásquez, 2018), relaciones familiares afectuosas, capacidad de resiliencia alta, emociones positivas, sensación de bienestar (Carmona y Lever, 2017), alto riesgo percibido, ser competente socialmente y ser del sexo femenino (Trujillo y Pérez, 2017).

Es claro que tanto los factores de riesgo como los protectores mencionados, es posible agruparlos en tres categorías, factores personales, sociales y familiares, además, se hace evidente que el contexto en el que se desenvuelve el adolescente juega un papel primordial en el uso de drogas.

1.2.4. Etapas del cambio para el comportamiento de consumo

La problemática de la drogodependencia o adicción dio lugar al desarrollo de una basta cantidad de intervenciones psicoterapéuticas orientadas a modificar el comportamiento adictivo. Dos de los modelos que mayor eficacia han demostrado son, la terapia cognitiva conductual (Tobar, 2017) y la llamada Entrevista motivacional (EM), además, las investigaciones sugieren que, al combinarse ambos modelos, aumenta su nivel de eficacia (Delgado, 2019).

La EM describe que las personas pasan por una serie de etapas para cambiar sus conductas problemáticas y la motivación juega un papel fundamental en dichas modificaciones (Gutierrez y Meza, 2019). Este modelo utiliza en su fundamentación teórica el modelo transteórico (MTT) de etapas del cambio.

El MTT fue desarrollado por DiClemente y Prochaska (citado en Cevallos, 2018), quienes proponen que, las personas para cambiar sus comportamientos adictivos pasan por distintas etapas, las mismas que se describen a continuación:

1. Precontemplación: en esta fase las personas no poseen la intencionalidad de modificar su consumo, pues desconoce las consecuencias de su comportamiento y consideran que no tienen un problema (Cevallos, 2018).
2. Contemplación: La persona comienza a darse cuenta de aquellas consecuencias negativas que provoca su consumo, motivo, por el cual, comienza a contemplar entre sus posibilidades abandonarlas (Cevallos, 2018).
3. Preparación: En esta etapa los sujetos se encuentran listos para modificar su conducta, incluso ya han realizado pequeños cambios orientados a reducir o abandonar el consumo (Cevallos, 2018).
4. Acción: En esta etapa se da la modificación del comportamiento y se logra suspender el hábito de ingerir sustancias (Cevallos, 2018).
5. Mantenimiento: La persona intenta mantener los cambios conseguidos, es decir, evita posibles recaídas (Cevallos, 2018).

Cabe indicar que, cuando una persona intenta modificar un comportamiento problemático, este no sigue de una forma secuencial las etapas mencionadas, más bien suele haber una serie de progresos y retrocesos (Cevallos, 2018).

1.3. Depresión

La depresión, considerada como uno de los trastornos más peligrosos a nivel mundial (Sánchez y Santos, 2019), es un padecimiento mental que se convirtió en un problema del sistema de salud pública, pues presenta un alto grado de incidencia en diferentes partes del mundo (Navarro y Moscoso, 2017). Las estadísticas sugieren que alrededor de 100

millones de personas, a nivel mundial, se encuentran afectadas por este padecimiento, además, se estima que la prevalencia en adultos oscila entre el 15% y 25% (Ezpeleta y Toro, 2014).

Como se observa, la incidencia de la depresión es alta en la población adulta. Las cifras mencionadas invitan a estos investigadores a preguntarse ¿Qué pasa en la población infanto-juvenil con respecto a la depresión?

En el siglo anterior, durante la década de los 30, se negó el hecho de que los niños, niñas y adolescentes presentaran depresión, pues se partió de la premisa de que, al no estar desarrollada completamente su psique no presentarían tales problemas, sin embargo, gracias a investigadores como Bowlby y Spitz se pudo desestructurar esta idea y dar paso a la investigación en esta población (Sanz y García, 2020).

En la actualidad se conoce que, en la niñez existe una prevalencia del 2% de presentar depresión y en la adolescencia aumenta hasta bordear un 7%. Cabe señalar que alrededor del 50% de las depresiones en la etapa de la adolescencia quedan sin diagnosticar, puesto que suelen pasar desapercibidas, razón, por la cual, se afirma que, con los casos no diagnosticados, la prevalencia en este grupo etario llegaría a alcanzar un 12%. De igual manera, los estudios indican que las mujeres son más vulnerables a presentar depresión que los hombres (Ezpeleta y Toro, 2014).

1.3.1. Manifestaciones de la depresión y criterios diagnósticos

La depresión no se expresa de igual forma en todos los individuos, más bien la manera en cómo se manifiesta depende en gran medida de la edad de las personas, además, los síntomas depresivos en el grupo etario de niños y adolescentes, es principalmente una reacción a acontecimientos de su contexto. De esta manera, Ezpeleta y Toro (2014) describen que, en la niñez, entre los 0 y 12 años, la depresión se expresa a través de somatizaciones y se considera que dicho padecimiento está vinculado al círculo familiar, la capacidad para ajustarse al ámbito escolar y la habilidad para generar relaciones sociales. En cambio, en la adolescencia son capaces de expresar su afecto deprimido mediante comportamientos exteriorizados (ej. oposición, agresividad etc.) o interiorizados (ej. ansiedad, rumiación, etc.).

Es claro que la depresión se manifiesta de formas muy variadas, motivo por lo cual, Yapko (1997) realiza una descripción general de los síntomas que se expresan en las distintas esferas del ser humano, las mismas que se describen a continuación:

- 1) En la esfera fisiológica: las personas experimentan alteraciones en el sueño, disminución o aumento del apetito y del peso corporal, cansancio, pérdida del deseo sexual, somatizaciones y ansiedad.
- 2) En la esfera cognitiva: presentan pensamientos negativos sobre el futuro, ideas autodesvalorizantes, ideas de muerte, rumiación sobre el pasado, distorsiones negativas marcadas por un sesgo pesimista, disminución en la concentración y dificultades para decidir.
- 3) En la esfera conductual: suele presentarse comportamientos agresivos, llanto, intentos de quitarse la vida, agitación o retraso psicomotriz y un tono de voz bajo acompañado de un discurso enlentecido.
- 4) En la esfera afectiva: Surge anhedonia, apatía, ánimo decaído, sentimientos de culpa, ira, pérdida de motivación y ausencia de humor.
- 5) En la esfera relacional: tendencia al aislamiento social, en muchas ocasiones adoptan la posición de víctima, búsqueda de aceptación, al igual que dependencia y límites muy difusos (Yapko, 1997).

Las manifestaciones de la depresión son diversas, lo cual, complejiza su identificación, sin embargo, con el fin de facilitar su diagnóstico, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) realizó una descripción de los criterios fundamentales para su identificación, los cuales, es posible resumirlos de la siguiente manera:

Las personas tienen que presentar “cinco o más de los siguientes síntomas (...) ánimo deprimido o irritable en niños (...), disminución importante del interés (...), pérdida de peso (...), insomnio o hipersomnia (...), alteración o retraso psicomotriz (...), fatiga (...), culpabilidad (...), pensamientos de muerte” (APA, 2014, pag.160-161).

Cabe mencionar que los síntomas mencionados tienen que estar presentes durante un mínimo de dos semanas, la mayor parte del tiempo y no pueden atribuirse al uso de alguna sustancia o la existencia de otro trastorno mental (APA, 2014).

1.3.2. Factores de riesgo

Los estudios realizados hasta el momento actual no encuentran la causa de la depresión, sin embargo, se encontró que existen ciertos factores de riesgo que contribuyen a la aparición de este trastorno, los mismos que se agrupan en factores personales, familiares y sociales (Ezpeleta y Toro, 2014).

A nivel personal: Entre los principales componentes de riesgo se encuentran los factores genéticos; alteraciones en ciertas estructuras cerebrales como, por ejemplo, un lóbulo frontal pequeño, hipoactividad de la amígdala; en el funcionamiento bioquímico se observa reducción de los neurotransmisores como son la serotonina, noradrenalina, melatonina y tiroxina; un temperamento caracterizado por baja actividad se vincula con el trastorno depresivo, al igual que una personalidad neurótica; también, se vinculó el sexo, la baja autoestima y una visión negativa de sí mismo con este trastorno (Ezpeleta y Toro, 2014).

A nivel familiar: el vínculo de apego con sus figuras paternas brinda estabilidad emocional o sienta la base para problemas emocionales; el tener padres con depresión se vuelve un elemento de riesgo importante puesto que la influencia es por vía genética y por aprendizaje; las interacciones familiares negativas acompañadas de carencia de afecto juegan un papel importante (Ezpeleta y Toro, 2014).

A nivel social: en esta esfera entre los principales elementos de riesgo se mencionan los problemas académicos, dificultad para relacionarse con pares, la enfermedad de personas queridas, fallecimiento y escaso apoyo social (Ezpeleta y Toro, 2014).

1.3.3. Tratamiento psicológico para la depresión

Con el propósito de tratar el trastorno depresivo, los estudios sugieren que, el tratamiento psicofarmacológico y la intervención psicológica son las opciones con mayor eficacia (Pérez, 2017; Álvarez, Pereira y Ortuño, 2017). Con respecto al abordaje psicológico, la evidencia señala la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) tiene mejores resultados que

otros enfoques, como, por ejemplo, la terapia interpersonal (Sosa y Sosa, 2019). Además, al comparar la TCC con el primer tratamiento farmacológico se encontró un nivel de eficacia similar entre ambas formas de intervenir, no obstante, la psicoterapia no produce efectos adversos como la medicación, lo cual, le brinda mayor valor al momento de seleccionar las intervenciones (Pérez y Sánchez, 2019)

Dentro del enfoque de Terapia Cognitivo Conductual se encontró la terapia cognitiva (TC) para la depresión, la misma que fue desarrollada por Beck y colaboradores. Este modelo parte del supuesto de que las personas que tienen depresión presentan un conjunto de pensamientos negativos de sí mismos, el futuro y el mundo, este patrón de pensamiento se denomina triada cognitiva (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010).

De igual forma, los autores indican que las personas deprimidas tienen una serie de distorsiones cognitivas, entre las cuales, se han descrito las siguientes: Inferencia arbitraria: que es la tendencia a llegar o extraer conclusiones precipitadas, sin el suficiente fundamento para sostener dicha conclusión; Abstracción selectiva: en la cual, se selecciona la información que coincide con el esquema cognitivo propio de ver el mundo y se excluye el resto de la información que no concuerda con dicho esquema mental; Generalización: la persona generaliza las conclusiones de ciertos eventos aislados a otras situaciones inconexas; Maximización: tendencia engrandecer los hechos; Minimización: inclinación a desvalorizar la magnitud de los sucesos; Personalización: sesgo cognitivo en, el cual, la persona piensa que los eventos externos están asociados a él; Pensamiento dicotómico: en el que la persona tiende a oscilar entre categorías extremas (Beck et al., 2010).

La Terapia Cognitiva tiene como fin modificar la forma de pensar de las personas, pues en este componente se encuentra la base de la depresión. Para lograr dicho objetivo se utiliza una serie de estrategias como son la programación de actividades, entrenamiento en estrategias de afrontamiento, registro de pensamientos, reestructuración cognitiva, etc (Beck et al., 2010).

1.4. Suicidio

Como fenómeno, el suicidio ha estado presente en todos los lugares y épocas de la historia. Al respecto existen diferentes concepciones sociales, culturales y políticas. En términos generales, puede establecerse que la conducta suicida consiste en una acción que

conduzca a un individuo a provocarse una lesión, cuya finalidad es la muerte propia, efectuada de forma deliberada por la víctima y con plena conciencia de la consecuencia del acto (Piedrahita, Paz y Romero, 2012).

Al igual que en los ámbitos conceptualizados previamente en el basamento teórico de esta investigación, una aproximación a la cuestión del suicidio implica establecer diversos matices y múltiples factores a tener en cuenta para lograr una comprensión integral al mismo. Al abordar su fenomenología, se establece que el suicidio comienza a formarse con lo que la literatura concibe como *ideación suicida*, que consiste en la aparición de pensamientos que revelan la voluntad de auto eliminarse, independientemente de que se conciba un plan concreto o algún método. Derivado de este primer momento, es posible que el individuo presente *amenazas suicidas*, que consisten en expresiones, verbales o no, que evidencian la posibilidad de que la persona termine con su vida (Cañón y Carmona, 2018; Stengel, 1987).

Estos hechos, devendrían en un *intento suicida*, conceptualizado como una conducta destructiva hacia uno mismo que tiene la finalidad de autoeliminarse, misma que tendría un final no fatal (en este caso se hablaría de un *parasuicidio*, que, sin embargo, produciría lesiones en la víctima) o dar con un resultado fatal (un *suicidio consumado*). Hay que aclarar, también, que no todas las conductas de autolesión representan tentativas de suicidio (Chávez y Leenaars, 2010; Stengel, 1987).

Hoy en día, según la OMS (2019), el suicidio representa la tercera causa de muerte entre los adolescentes de entre 15 y 19 años. En 2016, fue la segunda entre los jóvenes que van de los 15 a los 29 años alrededor del mundo, hecho que incide negativamente sobre la esperanza de vida de este segmento de la población, además, de provocar fuertes impactos sociales, económicos y familiares. Los datos de proporción mundial permiten conocer que la ideación suicida fluctúa entre el 10 y el 35%, mientras que los intentos suicidas, van del 5 al 15% de la población (Cañón y Carmona, 2018). Por este motivo, se lo concibe a nivel político y sanitario como una problemática de salud pública, prevenible siempre y cuando existan intervenciones oportunas que atiendan la integralidad del problema, cuestión en la que se ahonda en futuros párrafos.

1.4.1. Factores que influyen en el riesgo suicida

Los factores de riesgo consisten en características o rasgos que elevan la posibilidad de que un individuo sufra una patología o lesión (Cañón y Carmona, 2018). Existe una amplia literatura que evidencia cómo la ideación e intentos suicidas, y las muertes provocadas por suicidio, están relacionadas con una multiplicidad de factores de riesgo, que no implican sólo al sujeto, sino, también, a su contexto (Cañón y Carmona, 2018; Serrano y Olave, 2017; Silva et al., 2017). Estos serían caracterizados en cuatro grandes grupos que interactúan entre sí de forma interconectada, a saber: factores demográficos, rasgos personales psicológicos y psicopatológicos, factores familiares e interpersonales, y factores económicos y laborales.

a) Factores Demográficos: por una parte, está la variable género, si bien las fantasías y tentativas de suicidio se presentan en mayor medida entre las mujeres, la consumación del suicidio es un hecho más frecuente entre los varones. Esto se relaciona con los métodos utilizados, en ellas, es más común el uso de fármacos u otros agentes químicos, mientras que, en el grupo masculino, se recurre a las armas de fuego, o al ahorcamiento, entre otros métodos de considerable contundencia (Serrano y Olave, 2017).

Por otra parte, la edad, también, juega un rol importante, a nivel global el riesgo suicida es más elevado en población que se encuentra en la adolescencia o los primeros años de la juventud, para comenzar a decrecer en períodos posteriores de la adultez. Ejemplos de esto son el caso de Portugal, en donde la edad promedio de muertes por suicidio es de 20,23 años; en Colombia estos eventos se concentran en personas de entre 20 y 29 años; o Taiwán, donde los intentos de autolisis predominan en mujeres de entre 25 y 44 años (Cañón y Carmona, 2018; Serrano y Olave, 2017).

El riesgo suicida es mayor entre la población latina a comparación de la norteamericana, factor que guardaría relación con el hecho de que este tipo de muerte es más frecuente en países de escasos o medianos ingresos (Organización Mundial de la Salud, 2019; Silva, et al., 2017).

b) Factores psicológicos y psicopatológicos: diversos estudios han apuntado a establecer lo que se llamaría el retrato psicológico de las personas suicidas. En el ámbito cognitivo, se caracterizarían como personas con un esquema negativo de la vida; desesperanzados,

pesimistas en su visión de sí mismos y del futuro. Perciben sus problemas como imposibles de resolver al carecer de habilidades para enfrentarlos y tener poca tolerancia a la frustración, o en otros casos tienden a la impulsividad. También, suele encontrarse en estas personas una marcada rumiación y una alta frecuencia de pensamientos suicidas (Cañón y Carmona, 2018; Serrano y Olave, 2017; Silva et al., 2017).

En lo afectivo, predominan estados de tristeza, enojo, desaliento, evasión o venganza, acompañados muchas veces por sentimientos de soledad. Quien considera quitarse de en medio, probablemente experimenta sus emociones de un modo difuso y desequilibrado, hecho que dificulta la comprensión y la regulación de las mismas. En lo conductual, una alarma importante consiste en un historial previo de intentos suicidas (para la OMS, este es el principal criterio de riesgo), también, es posible observar descuidos de la propia integridad y búsqueda del riesgo (Cañón y Carmona, 2018; Organización Mundial de la Salud, 2019; Serrano y Olave, 2017; Silva et al., 2017).

Aunque las conductas autolíticas no son inherentes sólo a los individuos que padecen cuadros psicopatológicos, es altamente probable hallar en ellos estados de ansiedad o depresión (nótese como muchos de los indicadores mencionados son similares a los síntomas depresivos ya revisados). En menor medida, se presentan trastornos de la conducta alimentaria, rasgos disociales o bipolaridad. En otro sentido, el riesgo suicida es mayor en individuos no heterosexuales, (por ej. en mujeres bisexuales éste se cuadruplica), puesto que la estigmatización a la que los grupos LGBT están sujetos los hace blanco de hostilidad, rechazo y agresiones (Silva et al., 2017).

De la misma manera, acontecimientos vitales estresantes como experiencias de abuso sexual tienen una relevancia destacable: estos eventos interrumpen el equilibrio psicológico de una persona, y por ende, existe la posibilidad que provoquen o intensifiquen el riesgo suicida. De especial interés para fines de esta investigación, se conoce, también, que el consumo de sustancias psicoactivas en general (y el tabaquismo en particular), forma parte de los factores personales de susceptibilidad frente al espectro del suicidio (Cañón y Carmona, 2018; Serrano y Olave, 2017; Silva et al., 2017). Otras fuentes encuentran a la depresión y al consumo de sustancias presentes en el 90% de los casos (Moreno, Díaz, Soler, Brossard, y Carbonell, 2012).

c) Factores familiares e interpersonales: los adolescentes que tienden al suicidio, además, de carecer de una relación constructiva consigo mismos, normalmente proceden de entornos familiares marcados por el conflicto. Se ha evidenciado dificultades en sus progenitores para conectar con las necesidades inherentes a la etapa vital que sus hijos atraviesan y comprenderlos, de esta forma toman parte en el estado psíquico descrito en los párrafos anteriores. Esto cobra mayor relevancia cuando se trata del estilo de crianza autoritario, que limita el desarrollo afectivo y de las habilidades sociales, al negar la importancia de que el menor se sienta acompañado afectivamente y escuchado, de esta manera queda relegado a lidiar con unos criterios y normas impuestas (Cañón y Carmona, 2018; Pérez et al., 2013).

Así, también, dentro del círculo familiar hay otras problemáticas que están relacionadas con el riesgo suicida, como la existencia de violencia, sea física, verbal o sexual entre los padres, entre padres e hijos o entre hermanos, o experiencias de divorcio, negligencia, ausencia o abandono de los progenitores (Silva et al., 2017). Serrano y Olave (2017) observan que más que la estructura, es la funcionalidad de las familias lo que determina el riesgo suicida. Como producto, existiría un desapego respecto al hogar, con vivencias de soledad, incomprensión, culpa y autoestima baja. Estas incomunicaciones, significarían para el adolescente el buscar en las tendencias autodestructivas un vehículo de transmisión para sus necesidades y frustraciones.

En otros casos, las familias de estos adolescentes presentan antecedentes psicopatológicos o ideaciones y episodios de suicidio (Cañón y Carmona, 2018). Sea que se trate de alguno de estos escenarios, o de la combinación de varios de éstos, los problemas con el círculo del hogar se extienden hacia la colectividad en forma de problemas con los iguales o con las parejas sentimentales. Esta inadaptación, conecta con una percepción de recibir menores apoyos sociales, hecho que refuerza el riesgo suicida (Cañón y Carmona, 2018; Serrano y Olave, 2017; Silva et al., 2017).

d) Factores económicos y laborales: la posibilidad y la decisión del suicidio están, también, atravesadas por situaciones de exclusión social y económica, que responden al orden estructural de la sociedad contemporánea. Muchos adolescentes y jóvenes que encuentran en la muerte una solución, provienen de hogares cuyos miembros se encuentran desempleados, endeudados o su condición económica es en general baja. Otro

factor que se ha propuesto tiene que ver con el elemento educativo, es así que el riesgo es superior cuando se trata de adolescentes que están fuera del sistema educativo (Campo y Herazo, 2015).

Este círculo de exclusión conduce a estas personas a quedar al margen del sistema de atención sanitaria, y muchas de las tensiones y violencias existentes al interior de estos hogares, tienen como precursor las dificultades económicas (Serrano y Olave, 2017)

La interacción entre la amplitud de estos factores, conduce los esfuerzos que buscan la prevención del riesgo suicida, a promover la escucha activa y a la estructuración de redes sociales de apoyo entre familiares, amistades, pares de estudio/ trabajo, docentes y demás personas involucradas en la cotidianidad de los adolescentes que corren este riesgo (Cañón y Carmona, 2018). Más allá de las iniciativas de los sistemas de salud, adicionalmente se requiere de la intervención de entes sociales y gubernamentales que incidan sobre la reducción de las brechas de desigualdad en el acceso a oportunidades para lograr la inclusión educativa, laboral y el acceso al goce pleno de derechos.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

En el presente capítulo, se describe la metodología de la esta investigación, en la cual, se detalla aspectos relacionados con el paradigma, el diseño y alcance de este proyecto investigativo. De igual manera, se menciona las técnicas y herramientas utilizadas para la recolección de la información. Así mismo se detalla las características de la población, muestra, método y procedimientos realizados en este estudio.

2.1. Paradigma, modalidad y alcance

La investigación aplicada se refiere a usar el conocimiento para aplicarlo en beneficio de los individuos que participaron en la investigación o a la sociedad. La SEP propone una clasificación de los tipos de investigación aplicada, entre los cuales, menciona las investigaciones prácticas enfocadas en el diagnóstico. Este tipo de investigación consiste en la recolección de información mediante diferentes herramientas y a partir de esa evaluación se establece el diagnóstico. Posteriormente se brindan lineamientos específicos, producción de herramientas y propuestas de intervención (Cordero, 2009).

Bajo esta perspectiva, es posible afirmar que esta investigación es aplicada, pues los resultados son el sustrato para la elaboración de una propuesta de intervención para el grupo de adolescentes consumidores.

Este estudio se basó en el paradigma positivista, puesto que pretende construir conocimiento desde lo empírico y verificable. Hernández et al., (2010 como se citó en Ramos, 2019) afirma que adoptar una postura positivista implica aceptar solo aquellos conocimientos que provienen de la experiencia y que son susceptibles de verificación, es decir, todo saber es válido siempre y cuando sean comprobados sus supuestos o hipótesis (Ricoy, 2016)

Con respecto al enfoque de la investigación, es cuantitativa, debido a que los datos recopilados con los instrumentos se basan en mediciones cuantificables de las variables objeto de investigación. Además, la información recogida es tratada con herramientas estadísticas con el fin de realizar descripciones y probar hipótesis. Acerca de esto Hernández, Fernández y Baptista (2014) indican que el enfoque cuantitativo es un proceso lineal, que tiene como fin la verificación de hipótesis a través del análisis estadístico,

además, todo el proceso cuantitativo permite llegar a conclusiones y tentativas de generalización.

De igual manera, esta investigación tiene un diseño no experimental, pues en ningún momento se manipuló las variables objeto de estudio o las condiciones, en las cuales, se presentan. Frente a esto Hernández, Fernández y Baptista (2014) expone que, en los diseños no experimentales el estudio se lleva a cabo sin la manipulación intencional de las variables independientes, más bien, lo que se busca es conocer, observar y medir los fenómenos tal y como se presentan en su medio natural.

Por un lado, Cazau (2006) propone que en la investigación descriptiva se busca detallar las propiedades, rasgos o características de los fenómenos objeto de estudio. Por otro lado, el estudio correlacional busca conocer a través de la prueba de hipótesis los vínculos existentes entre variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Bajo lo expuesto, este estudio tiene un alcance descriptivo correlacional, pues, busca describir los niveles de depresión y riesgo suicida de los adolescentes consumidores y no consumidores, pero, también, busca conocer si existen diferencias entre los niveles de depresión y riesgo suicida en estos dos grupos.

Para finalizar, esta investigación tiene un corte transversal, puesto que la recolección de los datos se dio en un único momento. Rodríguez y Mendivelso (2018) señalan que el diseño transversal es un estilo de investigación descriptiva y analítica, en el cual, se recopila la información de las deferentes variables en una única ocasión.

2.2. Instrumentos

Técnicas

Ficha sociodemográfica: La ficha sociodemográfica es un instrumento que permite recolectar información referente a las características sociales y demográficas de un grupo encuestado. En esta investigación la ficha sociodemográfica se focalizó en recolectar datos como: edad, sexo, ocupación, zona en la que vive, estilo de hogar, tipo de sustancia que consume, número internamiento, estado civil de los padres del evaluado y antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas.

Inventario de Depresión de Beck: Es una escala que es posible administrar de forma individual o grupal, en un promedio de 10 minutos, además, está formado por 21 preguntas con cuatro posibilidades de respuesta cada una. Cada ítem se califica en una escala de 0 a 3. Este inventario es usado en adolescentes a partir de los 12 años y permite clasificar la sintomatología depresiva en cuatro categorías: ausente (de 0 a 13 puntos), depresión leve (de 14 a 19 puntos), depresión moderada (de 20 a 29 puntos) y depresión severa (de 29 a 63 puntos) (Beck, Steer, y Brown, 2006).

El inventario está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la tristeza, irritabilidad, sentimientos de ser castigado, síntomas físicos (por ej. fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual), cogniciones de culpa y autocrítica, así como ideas de muerte (Beck et al., 2006)

La validación alcanzó un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.92 para paciente clínicos y de 0.93 para estudiantes. También, se encontró una alta estabilidad entre test-retest (0.93) (Beck et al., 2006).

Inventario de Orientación suicida (ISO 30): La escala ISO 30 es un instrumento tipo screening ampliamente usado que permite evaluar el nivel de riesgo suicida. La prueba es posible realizarla tanto de manera individual como colectiva. Este instrumento está formado por 30 ítems, con una escala tipo Likert, en la cual, existen cuatro opciones que van de 0 a 3 puntos, en donde cero implica totalmente en desacuerdo y tres totalmente de acuerdo, además, la escala tiene ítems que puntúan tanto de forma directa como indirecta. La ISO 30 tiene subescalas que permiten recolectar información sobre cinco dimensiones asociados al riesgo suicida como son: desesperanza, autoestima baja, incapacidad para afrontar emociones, soledad e ideación suicida. La sumatoria total de los puntos permite categorizar el riesgo suicida en tres niveles: si los puntos son menores a 30 equivale a riesgo bajo; si la puntuación es igual o mayor a 30 pero menor a 45 corresponde con un riesgo moderado; y si la puntuación es superior a 45 equivale a un riesgo alto (Martínez, 2017).

Esta herramienta fue elaborada por King y Kowalchuk en 1994 y posteriormente fue validada en Argentina por Casullo en el año de 1997. En aquella adaptación participaron adolescentes entre 12 y 18 años y tras el análisis se encontró un Alpha de Cronbach de 0.90, lo cual, supone una confiabilidad interna (Liporace y Casullo, 2006).

Posteriormente, Liporace y Casullo (2006) realizaron una nueva validación del cuestionario escala ISO 30, en la cual, participaron 642 personas con edades comprendidas entre los 13 y los 20 años, los resultados demuestran que en el test Kaiser, Meyer-Olkin (KMO) tuvo un resultado .897, así mismo, se halló un Alpha de Cronbach de 0.87, lo permite apreciar una buena confiabilidad de la escala.

2.3. Participantes y muestra

Muestra

Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a la facilidad de acceso que se tiene a este grupo de adolescentes. En este sentido, Otzen y Manterola (2017), define al muestreo por conveniencia como la muestra seleccionada a partir de la conveniente proximidad y accesibilidad que el investigador tiene con respecto a esos sujetos de estudio.

Entre los criterios de inclusión que se consideraron, se mencionan los siguientes: 1) Tener entre 12 y 18 años, 2) Que sean adolescentes consumidores que se encuentran institucionalizados o adolescentes que no consuman ningún tipo de droga, 3) Adolescentes que firmen el consentimiento informado, 4) Adolescentes que sus padres autoricen la participación en la investigación.

2.4. Características de la muestra

La muestra estuvo constituida por 86 participantes, los cuales, tienen una edad \bar{x} =

15.57 y una S = 1.31 años (véase tabla 1). Por otro lado, la totalidad de examinados reportan que son estudiantes, de estos 45 corresponden al sexo femenino y 41 al masculino.

Tabla 1.
Medidas de tendencia central

	Edad
Participantes	86
Media	15,57
Desviación estadar	1,315
Mínimo	12
Máximo	17

Fuente: Elaboración propia

2.5. Procedimiento

Como punto de partida, el proyecto de investigación se inició con la indagación y recolección de fuentes bibliográficas confiables, con el fin de recopilar y extraer la información más pertinente y relacionada al tema de estudio. De esta manera, la revisión de la bibliografía permitió estructurar el marco conceptual o fundamentación teórica acerca de las variables objeto de estudio.

Seguidamente, se identificó la población de interés para determinar la muestra del estudio. Una vez localizada la población, se procedió a establecer el primer contacto con los centros, los mismos que solicitaron el envío de una petición escrita, la misma que fue respondida de forma favorable por tres instituciones, sin embargo, uno de los centros, posterior al primer contacto personal, cortaron el contacto con los investigadores, sin motivo aparente.

Con el fin de salvaguardar el bienestar de los usuarios de los centros de adicciones, por la actual pandemia, las instituciones plantearon protocolos, con el fin de evitar cualquier contacto peligroso con los usuarios. Tras establecidas las normas para tener contacto con los pacientes, se fijó una fecha para la realización de las pruebas psicométricas.

Días previos a la ejecución de la evaluación en las instituciones, se preparó la batería de pruebas psicológicas a utilizar, la misma que estuvo conformada por el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Orientación suicida (ISO 30), además, se añadió una ficha sociodemográfica, la misma que fue elaborada para esta investigación.

Posteriormente se acudió a los centros en diferentes días del mes de marzo. La evaluación se realizó de forma grupal y antes de dar inicio a la aplicación de los cuestionarios se partió con una breve descripción de las consignas a seguir para llenarlos. Cabe resaltar

que, el investigador, permaneció en todo momento con el grupo de examinados, con el fin de solventar cualquier duda, pregunta o inquietud que surgiera durante la evaluación.

Una vez recolectada la información de los participantes objeto de estudio, se procedió a realizar la base de datos en el programa Microsoft Excel 2019 y posteriormente se migró la información al programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 24, en donde se realizó el análisis estadístico descriptivo e inferencial. En primera instancia, se analizó las variables sociodemográficas en relación con la variable consumo, después se examinó descriptivamente los niveles de depresión y de riesgo suicidio. Por último, se realizó el análisis comparativo de las variables. Gracias a este análisis, se pudo redactar el capítulo de resultados. Para finalizar, se elaboró las conclusiones resultantes y recomendaciones pertinentes derivadas de este proyecto de investigación.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente apartado se realiza la descripción de los resultados referentes a las variables sociodemográficas, las mismas que se analizan en relación con el grupo de consumidores y no consumidores. Luego se describe los niveles de depresión y riesgo suicida que presentan los adolescentes de ambos grupos. Por último, se muestran los resultados de la comparación entre los niveles de depresión y riesgo de suicida de los adolescentes que consumen drogas y los que no.

3.1. Análisis descriptivo

En la tabla 2, se aprecia que, de los 86 participantes, 41 (47.7%) son del sexo masculino y 45 (52.3%) corresponden al sexo femenino. De la misma forma se observa que del total de evaluados 41 (47.7%) son consumidores de sustancias, de estos, 19 (22.1%) son mujeres y 22 (25.6%) son varones.

Tabla 2

Sexo de los participantes en relación al consumo

	femenino		Sexo Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Consumo de sustancias	19	22.1	22	25.6	41	47.7
No consumo de sustancias	26	30.2	19	22.1	45	52.3
Total	45	52.3	41	47.7	86	100

Fuente: Elaboración propia

Con respecto al tipo de familia en la que viven los adolescentes, en la tabla 3, se aprecia que, de los 45 adolescentes no consumidores, 35 (77.8%) viven en una familia nuclear y 10 (22.2%) pertenecen a una familia extendida. Por otra parte, de los 41 adolescentes que ingieren drogas, 26 (63.4%) viven en una familia nuclear, en cambio 15 (36.6%) mantiene la convivencia con una familia extendida. Se observa que, en comparación con los adolescentes que no usan drogas, los adolescentes consumidores viven en mayor porcentaje en familias extendidas.

Tabla 3

Tipo de familia en la que viven los adolescentes consumidores y no consumidores

	Tipo de familia					
	Nuclear		Extendida		Total	
	f	%	f	%	f	%
No consumo de sustancias	35	77.8	10	22.2	45	100
Consumo de sustancias	26	63.4	15	36.6	41	100
Total	61	70.9	25	29.1	86	100

Fuente: Elaboración propia

Acerca del estado civil de los padres de los evaluados se encontró que, del total de los 45 adolescentes que no usan sustancias, 33 (73.3%) participantes tienen padres casados y 2 (4.4%) refieren que sus padres están separados. Por otra parte, en el grupo de adolescentes consumidores, de los 41 examinados, 15 (36.6%) indican que sus padres están casados y 17 (41.5%) señalan que sus padres están separados. En estos resultados llama la atención el alto porcentaje de padres separados de los adolescentes que usan drogas en comparación al grupo de no consumidores (véase la tabla 4).

Tabla 4

Estado civil de los padres de adolescentes consumidores y no consumidores

	Tipo de familia											
	Casados		Divorciados		Serapados		Viudo/a		Unión libre		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
No consumo de sustancias	33	73.3	6	13.3	2	4.4	2	4.4	2	4.4	45	100
Consumo de sustancias	15	36.6	4	9.8	17	41.5	3	7.3	2	4.9	41	100
Total	48	55.8	10	11.6	19	22.1	5	5.8	4	4.7	86	100

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a los antecedentes de familiares consumidores de los participantes, en la tabla 5, se aprecia que, del total de adolescentes no consumidores, 6 (13.3%) de los examinados tiene familiares que consumen y 39 (86.7%) indican que no tienen familiares con problemas de consumo de sustancias. Por otra parte, de los 41 evaluados que abusan de las drogas, 29 (70.7%) indican que tienen familiares que consumen sustancias. Al analizar estos resultados, resalta el hecho de que los adolescentes que ingieren drogas

reportan altos porcentajes de familiares consumidores en comparación al grupo de no consumidores.

Tabla 5

Antecedentes familiares de consumo en los participantes

	Tiene familiares consumidores				Total	
	Si		No		f	%
	f	%	f	%	f	%
No consumo de sustancias	6	13.3	39	86.7	45	100
Consumo de sustancias	29	70.7	12	29.3	41	100
Total	35	40.7	51	59.3	86	100

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas, en la tabla 6, se observa que, tanto el grupo de adolescentes consumidores como el de no consumidores, refieren en altos porcentajes ausencia de antecedentes psiquiátricos en la familia. Por otra parte, 8 (19.5%) de los examinados consumidores señalan que, si existen antecedentes familiares de problemas psiquiátricos, porcentaje que es elevado en comparación al grupo de no consumidores (6.7%).

Tabla 6

Antecedentes de familiares con enfermedades psiquiátricas de los participantes

	Tiene familiares con enfermedades psiquiátricas				total	
	Si		No		f	%
	f	%	f	%	f	%
No consumo de sustancias	3	6.7	42	93.3	45	100
Consumo de sustancias	8	19.5	33	80.5	41	100
Total	11	12.8	75	87.2	86	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7, se observa los niveles de depresión de los participantes. Del total de adolescentes que no usan sustancias, 34 (75.6%) participantes no tiene depresión, 3 (6.7%) de los examinados tienen depresión leve, 6 (13.3%) de los evaluados presenta un nivel moderado de depresión y 2 (4.4%) participantes reflejan un nivel severo.

En cambio, en el grupo de adolescentes consumidores, de los 41 adolescentes, se observa que 21 (51.2%) participantes no tienen depresión, 7 (17.1%) evaluados presentan una

depresión leve, 10 (24.4%) examinados reflejan niveles moderados y 3 (7.3%) participantes de este grupo tienen niveles severos.

Es importante hacer notar que de los adolescentes que no ingieren drogas, un 24.4% tienen depresión en sus diferentes niveles. Por otra parte, en el grupo de consumidores este porcentaje se duplica (48.8%).

Tabla 7

Niveles de depresión en adolescentes consumidores y no consumidores

	Nivel de depresión									
	Ausencia		Leve		Moderado		Severo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
No consumo de sustancias	34	75.6	3	6.7	6	13.3	2	4.4	45	100
Consumo de sustancias	21	51.2	7	17.1	10	24.4	3	7.3	41	100
Total	55	64	10	11.6	16	18.6	5	5.8	86	100

Fuente: Elaboración propia

Con respecto al nivel de riesgo suicida de los participantes, en la tabla 8 se observa que del grupo de adolescentes que no ingieren drogas, 22 (48.9%) de los evaluados tienen un nivel bajo, 19 (42.2%) presentan un nivel moderado y 4 (8.9%) reflejan un nivel alto. En cambio, en el grupo de adolescentes consumidores se observa que 16 (39.9%) tienen un nivel bajo, 18 (43.9%) presentan un nivel moderado y 7 (17.1%) reportan un nivel alto.

De igual manera, se hace notar que existe mayor frecuencia de riesgo suicida, en los niveles moderado y alto, en adolescentes consumidores, en comparación a los que no consumen

Tabla 8

Niveles de riesgo suicida en adolescentes consumidores y no consumidores

	Niveles de riesgo suicida en adolescentes consumidores y no consumidores							
	Bajo		Moderado		Alto		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
No consumo de sustancias	22	48.9	19	42.2	4	8.9	45	100.0
Consumo de sustancias	16	39.0	18	43.9	7	17.1	41	100.0
Total	38	44.2	37	43.0	11	12.8	86	100.0

Fuente: Elaboración propia

3.2. Análisis inferencial

Antes de realizar la comparación de grupos se procedió a realizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov, con el fin de conocer si la población cumple el criterio de normalidad. Para ello se parte con las siguientes hipótesis:

H₀: Los datos tienen una distribución normal

H₁: Los datos no siguen una distribución normal

En la prueba estadística se obtiene un p valor de 0.001 para los datos de depresión, dicho valor p es $<$ a 0.05, motivo, por el cual, se rechaza la H₀ y se acepta la H₁, es decir, se concluye que los datos no siguen una distribución normal, razón por la que se procede a utilizar pruebas no paramétricas para comparar los grupos (véase tabla 9).

Tabla 9

Pruebas de normalidad

Kolmogorov-Smirnov ^a			
	Estadístico	gl	Sig.
Depresión de Beck	0.128	86	0.001

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia

Para comparar los niveles de depresión y riesgo suicida, de consumidores y personas no consumidoras, se usó la prueba U de Mann-Whitney. Para la variable depresión se partió de las siguientes hipótesis:

H₀: El nivel de depresión es igual en los consumidores y no consumidores de drogas

H₁: El nivel de depresión es diferente en los consumidores y no consumidores de drogas

Tras el análisis se encontró un valor $p=0.183$, puesto que este valor es mayor a 0.05 no se rechaza la H₀, y se concluye que el nivel de depresión no es diferente en los grupos comparados (véase tabla 10).

Tabla 10

Comparación de niveles de depresión
entre consumidores y no
consumidores

	BDI
U de Mann-Whitney	768,500
W de Wilcoxon	1803,500
Z	-1,333
Sig. asintótica(bilateral)	0,183

a. Variable de agrupación: Consumo de
sustancias

Fuente: Elaboración propia

Para comparar la variable riesgo suicida se partió de las hipótesis expuestas a continuación:

H₀: El nivel de riesgo suicida es igual en los consumidores y no consumidores de drogas.

H₁: El nivel de riesgo suicida es diferente en los consumidores y no consumidores de drogas.

Tras el análisis se encontró un valor $p=0.361$, puesto que este valor es mayor a 0.05 no es posible rechazar la H_0 , y se concluye que no existen diferencias significativas en los niveles de riesgo de violencia de estos dos grupos (véase tabla 11).

Tabla 11

Comparación de niveles de riesgo
suicida entre consumidores y no
consumidores

	ISO30
U de Mann-Whitney	817,000
W de Wilcoxon	1852,000
Z	-0,913
Sig. asintótica(bilateral)	0,361

a. Variable de agrupación: Consumo de
drogas

Fuente: Elaboración propia

3.3. Propuesta de intervención

Justificación de la propuesta de intervención

Mediante el recorrido teórico citado anteriormente, se identifica que, el consumo de sustancias, ya sea en adolescentes o adultos, suele estar acompañado de la presencia de síntomas depresivos y riesgo suicida, hecho que es encontrado de forma repetida en las diferentes investigaciones realizadas tanto a nivel internacional como nacional. Resultados similares arrojó la presente investigación, la misma que reporta una alta frecuencia de depresión en adolescentes institucionalizados en centros para adicciones.

Bajo el contexto expuesto, es necesario que los adolescentes con problemas por consumo de drogas, que se encuentran hospitalizados, además, de recibir tratamiento para la adicción, también, reciban intervenciones psicoterapéuticas orientadas a abordar la sintomatología depresiva, misma que, de no ser tratada, supone un factor de riesgo importante para futuras recaídas en la ingesta de sustancias.

Es necesario que un plan de intervención aborde los elementos nucleares de la depresión como son los pensamientos disfuncionales, emociones displacenteras y conductas de inactividad. Los estudios llevados a cabo en diferentes contextos, brindan evidencia sobre la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el abordaje de la depresión, por ello se propone la siguiente propuesta de intervención desde dicho modelo de terapia.

Objetivos

Objetivo General

Diseñar una propuesta de intervención psicoterapéutica para reducir la depresión en los adolescentes consumidores que se encuentran hospitalizados en centros para adicciones.

Objetivos específicos

1. Establecer estrategias para modificar pensamientos disfuncionales y distorsiones cognitivas asociadas a la depresión
2. Entrenar técnicas para gestionar las emociones displacenteras

3. Mejorar las estrategias de afrontamiento a las situaciones que desencadena síntomas depresivos
4. Promover comportamientos funcionales
5. Prevenir recaídas de la depresión

Propuesta de intervención terapéutica para la depresión en adolescentes con problemas de consumo de sustancias

NUMERO DE SESIÓN	PROBLEMAS O SITUACIÓN SUJETO A ABORDAJE PSICOTERAPEUTIC O	TÉCNICAS QUE SE VA A UTILIZAR	OBJETIVO DE LA UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA	RESULTADOS ESPERADOS	TIEMPO ESTIMADO DE INTERVENCIÓN POR TÉCNICA
1	Introducción al modelo de terapia	<p>Psicoeducación: Estrategia, en la cual, se brinda información sobre una temática específica</p> <p>Enviar como tarea intersesión (TIS) un registro de pensamientos: Técnica que permite registrar por escrito los pensamientos disfuncionales</p>	<p>Introducir a los conceptos del modelo terapéutico de la terapia cognitivo conductual</p> <p>Identificar pensamientos asociados a la depresión</p>	<p>El paciente conoce que los pensamientos, sentimientos y conductas se influyen recíprocamente y esto provoca un aumento de la depresión</p> <p>El paciente es capaz de elaborar un registro de pensamientos</p>	45-60 minutos
2	Pensamientos disfuncionales	<p>Revisar TIS</p> <p>Discusión y debate de pensamientos mediante el análisis empírico: Técnica que consiste en refutar pensamientos en base a la experiencia</p>	<p>Modificar pensamientos disfuncionales que mantienen la sintomatología depresiva</p>	<p>El paciente es capaz de identificar y modificar pensamientos disfuncionales</p>	45-60 minutos

		TIS: continuar con el registro de pensamientos y debatirlos			
3	Distorsiones cognitivas	<p>Revisar TIS</p> <p>Psicoeducación sobre las distorsiones cognitivas</p> <p>Debate de pensamientos mediante el uso del análisis empírico y racional: Técnica para refutar el pensamiento mediante el uso de la evidencia empírica y los principios de la lógica</p> <p>TIS: continuar con el registro y debate de pensamientos disfuncionales y de las distorsiones</p>	<p>Brindar información sobre las distorsiones cognitivas</p> <p>Modificar las distorsiones cognitivas</p>	El paciente es capaz de identificar sus propias distorsiones cognitivas y debatirlas	45-60 minutos
4	Sentimientos de culpa	<p>Revisar TIS</p> <p>Debate de pensamientos referentes a la culpa, mediante el análisis racional: Técnica para refutar el pensamiento mediante el uso de los principios de la lógica.</p> <p>Reatribución de responsabilidades: Técnica que permite distribuir la responsabilidad en diferentes actores</p>	Conseguir una perspectiva más amplia sobre los responsables de los sucesos que generan culpabilidad	El paciente es capaz de gestionar los sentimientos de culpa	45-60 minutos

5	Desencadenantes de la depresión	<p>Análisis funcional de la conducta: Técnica que permite identificar los antecedentes y las consecuencias de un comportamiento</p> <p>TIS: completar el Análisis funcional de la conducta</p>	Identificar las situaciones que generan pensamientos disfuncionales y sentimientos de tristeza	El paciente reconoce aquellos sucesos que desencadenan pensamientos, emociones y conductas depresivas	45-60 minutos
6	Afrontamiento de los desencadenantes	<p>Revisar TIS</p> <p>Entrenamiento en solución de problemas/Toma de decisiones: Técnica que permite identificar y plantear soluciones a problemas, así como, también, elegir la mejor opción.</p> <p>TIS: identificar posibles soluciones a los desencadenantes</p>	Identificar alternativas de solución viables y tomar decisiones funcionales	El paciente es capaz de plantearse alternativas de solución a las situaciones que desencadenan pensamientos, emociones y conductas depresivas, y toma decisiones referentes a dichas situaciones	45-60 minutos
7	Afrontamiento de los desencadenantes	<p>Revisar TIS</p> <p>Entrenamiento en comunicación asertiva/Rol playing; Técnica que se usa para ensayar comportamientos que se necesitan adquirir</p>	Desarrollar destrezas comunicativas para hacer frente a las situaciones estresantes	El paciente es capaz de comunicar sus sentimientos y pensamientos de forma adecuada a los otros	45-60 minutos

8	Sentimientos de enojo y alteraciones en el sueño	Relajación de Schultz: Estrategia que permite reducir la tensión y entrar en un estado de tranquilidad TIS: Practicar relajación	Manejar las emociones y alteraciones en el sueño.	El paciente gestiona sus emociones y dificultades en el sueño	45-60 minutos
9	Sentimientos de tristeza	Revisar TIS Psicoeducación sobre las técnicas de distracción (5 VTA) y limitación de la disforia: Técnica destinada a dirigir la atención desde la tristeza a otros hechos. TIS: Ejecutar la distracción y limitación de la disforia	Manejar los sentimientos de tristeza	El paciente es capaz de gestionar la tristeza mediante el uso de la distracción, además, limita la expresión de la disforia.	45-60 minutos
10	Comportamientos de inactividad y desmotivación	Psicoeducación sobre los efectos de la activación conductual Programación de actividades placenteras: Técnica orientada a establecer un cronograma con actividades placenteras TIS: Ejecutar las actividades de la programación de actividades	Promover comportamientos que produzcan emociones placenteras	El paciente identifica y realiza actividades que le produzcan emociones positivas y desplacen a las emociones negativas	45-60 minutos

11	Prevención en recaídas	<p>Psicoeducación sobre Mindfulness en la depresión</p> <p>Mindfulness centrado en la respiración: Técnica orientada a mantener la concentración en la respiración</p> <p>TIS: Practicar le técnica de mindfulness</p>	Evitar la reverberación de pensamientos	El paciente es capaz de manejar la reverberación de pensamientos y tomar distancia de los mismos, para que no se produzcan emociones negativas	45-60 minutos
12	Prevención en recaídas	<p>Mindfulness Body Scan: Técnica orientada a concentrarse en distintas partes del cuerpo, hasta hacer un recorrido completo.</p> <p>TIS: Practicar la técnica de Mindfulness</p>	Establecer una mejor conexión con las sensaciones corporales	El paciente reconoce sensaciones corporales que anuncien un episodio depresivo	45-60 minutos
13	Prevención en recaídas	<p>Mindfulness centrado en la emoción: Técnica que busca concentrarse en el plano emocional</p> <p>TIS: Practicar le técnica de mindfulness</p>	Promover la tolerancia de las emociones displacenteras	El paciente maneja sus emociones displacenteras cuando surjan	45-60 minutos

14	Prevención en recaídas	<p>Mindfulness centrado en los pensamientos: Esta estrategia permite meditar sobre los pensamientos</p> <p>TIS: Practicar le técnica de mindfulness</p>	Promover la defusión del pensamiento	Que el paciente toma distancia de cualquier tipo de pensamiento	45-60 minutos
15	Cierre terapéutico	Feedback: Técnica, en la cual, se realiza retroalimentación sobre distintos aspectos	Retroalimentar los cambios conseguidos durante el proceso terapéutico	Que el paciente tome conciencia de los cambios ocurridos y los recursos que ha adquirido para hacer frente a la depresión	45-60 minutos

3.4. Discusión

Este estudio contribuye a la construcción de conocimiento referente a la presencia de trastornos afectivos en adolescentes que consumen drogas; además, de permitir a las instituciones que brindan tratamiento para problemas adictivos, considerar la necesidad de implementar programas de intervención orientados a abordar los trastornos depresivos, pues en esta investigación se pudo observar que alrededor de un 48% de los participantes que se encuentran hospitalizados en un centro de adicciones, posee sintomatología depresiva.

En la investigación realizada por Terrero et al., (2017) se halló que, del total de participantes entre 12 y 17 años que consumían alcohol, un 33% presentó depresión en sus diferentes niveles. De igual manera, en el proyecto de titulación de Narváez (2020), se encontró que de los adolescentes que ingieren alcohol, alrededor de un 65% reportó síntomas depresivos entre leve y grave. Resultados similares son obtenidos por Mendieta (2016), quien indica que aproximadamente un 77% de los adolescentes que abusan del alcohol presentan depresión. A diferencia de los estudios ya indicados, el presente proyecto de investigación no trabajó exclusivamente con alcohólicos, más bien agrupó a adolescentes consumidores de alcohol, cannabis y cocaína, bajo el concepto consumidores, y encontró, al igual que los estudios mencionados, una alta frecuencia de depresión (48.8%).

Bravo y Cassinelli (2020) en su investigación realizada a adolescentes consumidores de drogas en general (marihuana, cocaína, alcohol), encontraron una frecuencia más alta de depresión en adolescentes consumidores, en comparación a los resultados del presente estudio, pues estos autores indican que un 80% de sus participantes poseen síntomas depresivos en sus diferentes categorías.

Cabe resaltar que, los niveles de depresión encontrados en este proyecto de estudio, realizado en adolescentes, no difieren en gran medida con la población adulta. Pangol (2021) realizó una investigación retrospectiva en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, en el cual, encontró que, de 160 participantes consumidores adultos, el 43.1% tiene sintomatología depresiva en sus distintas modalidades, porcentaje que es similar al expuesto anteriormente en el presente estudio, que es de 48.8%. Estos

resultados permiten afirmar que, el trastorno depresivo se encuentra presente tanto en los adolescentes como adultos consumidores de sustancias.

Los resultados indicados en los párrafos anteriores, muestran que existe una frecuencia alta de depresión, en personas que ingieren drogas, hecho que no contradice el resultado que halló Restrepo et al. (2018) tras investigar a adolescentes que usan sustancias, es decir, el autor concluyó que existe una correlación entre la ingesta de drogas y la presencia de síntomas depresivos.

Por otra parte, Mazariegos (2018) tras finalizar su proyecto investigativo concluyó que, una historia de ingesta de sustancias por parte de las figuras paternas, incrementa el riesgo, en los hijos, de presentar problemas adictivos hasta en 5.6 veces más en comparación a aquellos adolescentes que no poseen padres que usen drogas. Lo antes mencionado resuena en este estudio, pues se encontró que, del total de personas con adicción, un 70.7% afirma tener familiares que usan drogas, hecho que marca una gran diferencia en comparación a los adolescentes que no consumen, pues ellos indican en menor frecuencia poseer familiares consumidores (13.3%).

Acerca del riesgo suicida, Bravo y Cassinelli (2020), tras evaluar a adolescentes hospitalizados que reciben tratamiento para adicciones, encontraron que un 57.8% de los participantes presenta riesgo suicida entre los niveles moderado y grave. Las cifras reportadas por los autores mencionados, no muestran mucha diferencia con las obtenidas en este proyecto, puesto que, de los examinados consumidores, se encontró con que un 61% de ellos tiene riesgo suicida, de igual manera, en las categorías moderado y grave.

Es importante indicar que, los niveles de riesgo suicida detallados en la sección de resultados, presentan una marcada diferencia con aquellos que se han reportado en investigaciones en población adulta. Con respecto al riesgo suicida en adultos consumidores, Dávila (2019) indica que, de los sujetos examinados, un 38% presenta riesgo suicida. Resultados similares fueron hallados en el estudio de Escobar (2020), quien señala que encontró que, un 36% de los consumidores evaluados presenta riesgo suicida.

De los resultados presentados, es posible afirmar que, los adolescentes que ingieren drogas presentan mayor frecuencia de riesgo suicida, en comparación a los adultos que,

también, consumen sustancias, esta diferencia encuentra fundamento en el hecho de que los adolescentes se encuentran en una etapa del ciclo vital que está llena de cambios en la esfera afectiva, cognitiva, biológica y social.

Por otro lado, en las investigaciones realizadas hasta el momento, no se identifican estudios que comparen si existen diferencias significativas entre los niveles de depresión, en consumidores y no consumidores, sin embargo, Ruiz (2017), en su proyecto investigativo describe que, de sus examinados, 11% de adolescentes que no ingieren drogas tienen depresión, en cambio, 51% de aquellos jóvenes que si usan drogas poseen depresión. La investigación mencionada permite apreciar que, los adolescentes consumidores tienen mayor frecuencia de depresión en comparación a aquellos que no consumen, hecho que coincide con los resultados descritos en el presente trabajo.

Para finalizar, en este estudio se halló que no existen diferencias significativas en los niveles de riesgo suicida que presentan adolescentes consumidores y no consumidores, hecho que no coincide con los hallazgos reportados por Arévalo y Palomeque (2015), pues estos autores encontraron que, si existe una diferencia significativa en el riesgo suicida al comparar ambos grupos, además, señalan que el riesgo es mayor en aquellos jóvenes que ingieren drogas.

CONCLUSIONES

Al seguir los lineamientos de los objetivos establecidos para esta investigación, se concluye que:

- Los adolescentes consumidores reportan una alta frecuencia de sintomatología depresiva en comparación al grupo de no consumidores, en dicho grupo predomina un nivel de depresión moderado.
- Con respecto al riesgo suicida, en términos de frecuencia, no se observan diferencias importantes entre los grupos, pues se encontró un 61% para los consumidores y 51.1% para los no consumidores.
- Al comparar los niveles de depresión y riesgo suicida de ambos grupos, no se encuentra diferencias significativas.
- Tras analizar los resultados se hace viable la propuesta de un plan de intervención para disminuir la sintomatología depresiva en adolescentes con problemas de consumo de sustancias. Dicho plan se respalda en la evidencia existente del enfoque de terapia cognitivo conductual.

RECOMENDACIONES

La recomendación principal, luego de la realización del presente estudio es, implementar la propuesta de intervención planteada en esta investigación, con el fin de brindar abordaje a la sintomatología depresiva de la población de estudio.

Además, se recomienda que en próximas investigaciones se evalúe la depresión y el riesgo suicida, al mismo grupo, tanto al inicio como al final del tratamiento para adicciones. De esta forma es posible conocer si la esfera afectiva sufre cambios a lo largo de la estancia hospitalaria.

También, es recomendable validar planes de intervención focalizados en la depresión, para la población de adolescentes consumidores. Por último, es importante mencionar que en futuras investigaciones se considere estudiar la estructura familiar de consumidores y su asociación con la depresión.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahumada, J. G., Gámez, M. E., y Valdez, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13-24. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
- Álvarez, M. A., Pereira, V., y Ortuño, F. (2017). Tratamiento de la depresión. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(46), 2731-2742. <https://doi.org/10.1016/j.med.2017.12.001>
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.
- Apaza, M. A. (2021). *Depresión en pacientes adictos, Arequipa-2020* (Tesis de pregrado). Universidad Continental, Arequipa, Perú.
- Arévalo, E. D., y Palomeque, X. E. (2015). *Riesgo suicida en adolescentes varones con y sin trastornos de consumo de sustancias psicoactivas, entre los 14 y 17 años* (Tesis de Pregrado). Universidad del Azuay, Azuay, Ecuador.
- Arias, F. N. (2019). *Influencia del desarrollo sexual en la autoestima de adolescentes en la institución educativa Faraday Arequipa 2018* (Tesis de pregrado). Universidad Privada Autónoma del Sur, Arequipa, Peru. Recuperado de: <http://780f079f719c.sn.mynetname.net/bitstream/handle/UPADS/53/TESIS%20ARIAS%20PUMA%20FANNY%20NICOLE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J., Martínez, M., y Ayala, H. (2012). *Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del terapeuta*. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/334701/Programa_de_Satisfactores_Cotidianos.pdf
- Barreto, M. R. A., Arias, J. M. C., y Acosta, F. J. (2017). Revisión sistemática de modelos neurobiológicos y ejecutivos en alcoholismo. *Psicología: Avances de la Disciplina*, 11(1), 71-84. DOI: <https://doi.org/10.21500/19002386.3103>

- Barrionuevo, J. (2013). *Adicciones; drogadicción y alcoholismo en la adolescencia*. Recuperado de: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Barrionuevo%2C+J.+%282013%29.+Adicciones%3B+drogadici%C3%B3n+y+alcoholismo+en+la+adolescencia.&btnG=
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.
- Beck, A., Steer, R., y Brown G. (2006). *BDI II Inventario de depresión de Beck*. Buenos Aires, Argentina: Paidós SAICF
- Becoña, E., y Cortés, M. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Recuperado de: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Borrás, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 05-07. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1560-43812014000100002&script=sci_arttext&tlng=pt
- Bravo, D. A., y Cassinelli, J. J. (2020). *Ideación suicida, depresión y consumo de sustancias en mujeres adolescentes del CETAD “Hogar Victoria” de la ciudad de Cuenca, al año 2019* (Tesis de grado) Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/9654/1/15287.pdf>
- Carmona, N. D., y Lever, J. P. (2017). Factores familiares y psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 141-151. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546001.pdf>
- Cassiani, C. A. (2018). Trastornos adictivos como enfermedades del cerebro: Análisis de la evidencia e implicaciones prácticas. *Revista Salud Uninorte*, 34(1), 185-193. Recuperado de DOI; <https://doi.org/10.14482/sun.34.1.8600>
- Campo, A., y Herazo, E. (2015). Asociación entre desigualdad y tasa de suicidio en Colombia (1994-2013). *Revista colombiana de Psiquiatría*, 44(1), 28-32. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v44n1/v44n1a05.pdf>

- Campo, A., Suárez, Y. P., y Caballero, C. C. (2020). Asociación entre el consumo de Cannabis y el riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de Santa Marta, Colombia. *Biomédica*, 40(3), 569. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v40n3/2590-7379-bio-40-03-569.pdf>
- Cañón , S., y Carmona, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatr Aten Primaria*, 20, 387-395. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3666/366657893014/366657893014.pdf>
- Cazau, P. (2006). *Introducción a la Investigación en Ciencias Sociales*. Recuperado de: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Cazau%2C+P.+%282006%29.+Introducci%C3%B3n+a+la+Investigaci%C3%B3n+en+Ciencias+Sociales.+&btnG=
- Cevallos, D. A. (2018). *Fases del proceso de recuperación de adicciones y tipo de reactancia psicológica en pacientes drogodependientes y alcohol dependientes en centros de rehabilitación de la ciudad de Quito, en el año 2018* (Tesis de pregrado) Universidad Tecnológica Indoamérica, Quito, Ecuador.
- Chávez, A., y Leenaars, A. (2010). Edwin S. Schneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, 33(4), 355-360. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v33n4/v33n4a8.pdf>
- Código de la Niñez y la Adolescencia (2003). *Código de la Niñez y Adolescencia*. Quito: Recuperado de: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/codigo_ninezyadolescencia.pdf
- Coleman, J. C., y Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- CONSEP. (2013). *Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas*. Recuperado de: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/2012_plan_preveneci%C3%B3n.pdf
- Cordero, Z. R. (2009). La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Revista educación*, 33(1), 155-165. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/440/44015082010.pdf>

- Cruz, V., Gómez, C., y Rincón, C. J. (2018). Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes colombianos. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(1). Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Viviana_Cruz2/publication/322868792_Salud_mental_y_consumo_de_sustancias psicoactivas_en_adolescentes_colombianos/links/5a8dc88e458515eb85ac7b76/Salud-mental-y-consumo-de-sustancias-psicoactivas-en-adolescentes-colombianos.pdf
- Dávila, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última década*, 12(21), 83-104. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-22362004000200004&script=sci_arttext&tlng=en
- Dávila, Y. A. (2019). *Riesgo suicida en internos drogodependientes que asisten a un centro de rehabilitación en Chiclayo, 2019* (Tesis de grado). Universidad Tecnológica de Perú, Chiclayo, Perú. Recuperado de: https://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12867/3359/Yraida%20D%20avila_Trabajo%20de%20Investigacion_Bachiller_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Delgado, D. F. (2019). *Eficacia de la entrevista motivacional integrada con la terapia cognitiva conductual para el manejo de consumo de sustancias en personas con trastornos dentro del espectro de la esquizofrenia: una revisión sistemática* (Tesis de Postgrado) Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.
- DPA International. (2019). *Salud. -descubren un circuito cerebral que controla el consumo compulsivo de alcohol.* Recuperado de <https://universidadviu.idm.oclc.org/login?url=https://www-proquest-com.universidadviu.idm.oclc.org/wire-feeds/salud-descubren-un-circuito-cerebral-que-controla/docview/2316707587/se-2?accountid=198016>
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child development*, 1025-1034. <https://doi.org/10.2307/1127100>

- Erazo Santander, Ó. A., y Torres Zambrano, J. N. (2020). *Inicio en el consumo de drogas en adolescentes: una comprensión desde las funciones cognitivas y la intencionalidad*. Recuperado de: <https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/2972/Libro.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Erikson, E. H., y Erikson, J. M. (2000). *El ciclo vital completado* (pp. 66-71). Barcelona, España: Paidós.
- Escobar, O. G. (2020). *Policonsumo y riesgo suicida en pobladores de un barrio urbano de Quito* (Tesis de postgrado). Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Ezpeleta, L., y Toro, J. T. (2014). *Psicopatología del desarrollo*. Ediciones Pirámide.
- Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., & Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial McGraw Hill.
- Filardi, A. M., Momparler, M. M., Santiago, Y. O., Méndez, J. A. F., & Girbés, A. P. (2018). Complicaciones neurológicas de las drogas de abuso. *Seram*. Recuperado de: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/2429/1198>
- Florenzano, R. (1997): *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Puc. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Ramon_Florenzano/publication/31744415_El_adolescente_y_sus_conductas_de_riesgo_R_Florenzano_Urzu/links/5558e73608ae980ca610581a/El-adolescente-y-sus-conductas-de-riesgo-R-Florenzano-Urzu.pdf
- Gálligo, F. (2007). *Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. Recuperado de: <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>
- Gisbert, J. A. (1981). *Las drogas y su problemática actual. Drogas, estupefacientes y alucinógenas*. Recuperado de:

https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4273/pg_037-062_penales4.pdf?sequence=1

Glockner, J. (2011). Drogas y conducta. *Elementos: ciencia y cultura*, 19(82), 59-64.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/294/29418148010.pdf>

Gómez, A. S., Núñez, C., Agudelo, M. P., y Grisales, A. M. (2020). Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 1(54), 147-164. DOI: <https://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.12>

Graber, J. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., y Brooks-Gunn, J. (1997). Is psychopathology associated with the timing of pubertal development?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(12), 1768-1776.

Recuperado de: <https://sciencedirect.puce.elogim.com/science/article/abs/pii/S0890856709627192>

Güemes, M., Ceñal, M., y Hidalgo, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *ADOLESCERE Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 5(1), 07-22. Recuperado de:

<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/volum1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>

Guerras, J. G. (2020). Un acercamiento intersubjetivo a las adicciones desde la neurobiología, la teoría del apego, la psicología del self, y la psicoterapia relacional. *Revista electrónica de psicoterapia*, 14(1), 77-90. Recuperado de

https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V14N1_2020/05_Gonzalez-Guerras_2020_Acercamiento-Intersubjetivo-Adicciones_CeIRV14N1.pdf

Gutierrez, M. C., y Meza, K. M. (2019). *Efectividad de la entrevista motivacional para mejorar el tratamiento en personas con adicción a sustancias psicoactivas* (Tesis de postgrado). Universidad Norbert Wiener, Lima, Perú.

- Inhelder, B., y Piaget, J. (1985). *De la lógica del niño a la lógica del adolescente ensayo sobre la construcción de las estructuras operatorias formales*. España: Ediciones Paidó.
- Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral (Vol. 2)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Klimenko, O., Hurtado, N. Á., Ocampo, Y. G., y Velásquez, C. (2018). Factores de riesgo y protección frente el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de un colegio rural del departamento de Antioquia. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, (26), 52-68. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6796562>
- Kramer, J. F., Cameron, D. C., y World Health Organization. (1975). *Manual sobre la dependencia de las drogas: compilaci'on basada en informes de grupos de expertos de la OMS y en otras publicaciones de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40467/9243540483_es.pdf
- Laporte, J. (1971) Las drogas, aspectos farmacológicos. *Destino*, 1979, 29-31 Recuperado de: https://arca.bnc.cat/arcabib_pro/ca/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1340031&posicion=1
- Liporace, M. F., y Casullo, M. M. (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(21), 9-22. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645448002.pdf>
- Marcia, J. E. (1967). *Ego identity status: relationship to change in self-esteem," general maladjustment," and authoritarianism. Journal of personality.* <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1967.tb01419.x>
- Martin Del Moral, M., y Lorenzo Fernández, P., (1998). *Conceptos fundamentales endrogodependencias*. Madrid (ES): Medica Panamericana. Recuperado de <http://media.axon.es/pdf/71675.pdf>

- Martínez, C. (2017). *Suicidología Comunitaria para América Latina*. Buenos Aires: Alfepsi Editorial. Recuperado de: <http://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2017/12/Suicidolog%C3%ADa-Comunitaria-Carlos-Mart%C3%ADnez.pdf>
- Martínez, J. I. V., Facundo, F. R. G., Cárdenas, F. P., Castillo, M. M. A., y García, K. S. L. (2017). Influencias urbanas y la exposición de drogas en facebook con el consumo de drogas/Urban influences and drug exposure on facebook with drug use/Influências urbanas e exposição de drogas no facebook com consumo de drogas. *Journal Health NPEPS*, 2(1), 161-175. Recuperado de: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1755>
- Mazariegos, J. D. (2018). Factores asociados al consumo de drogas en niños, niñas y adolescentes. *Revista Auspiciada por el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia*, 84(625). Recuperado de: <http://revistamedicacr.com/index.php/rmcr/article/viewFile/13/12>
- Méndez, M., Torres, B. M. R., Morelos, J. C., Ruíz, A. E., y Prospéro, O. (2017). Neurobiología de las adicciones. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 60(1), 6-16. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un171b.pdf>
- Mendieta, X. A. (2016). *Asociación entre síntomas depresivos y abuso de alcohol en estudiantes de décimo año de educación básica en las Instituciones Manuela Cañizares y CEBCI de Cuenca-Ecuador en el periodo 2015-2016* (Tesis de grado). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/5522/1/11851.pdf>
- Molero-Jurado, M., Carmen Pérez-Fuentes, M., Gázquez-Linares, J. J., y Barragán-Martín, A. B. (2017). Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias. *Atención familiar*, 24(2), 56-61. DOI: 10.1016/j.af.2017.02.001
- Monroy, A., y de Velasco, A. M. (2002). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud: guía práctica para padres y educadores*. México: Editorial Pax México.

- Moreno, C., Díaz, C., Soler, R., Brossard, M., y Carbonell, I. (2012). Caracterización epidemiológica de la conducta suicida en la provincia de Santiago de Cuba. *Medisan*, 16(2), 205. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n2/san08212.pdf>
- Narváez, J. R. (2020). *Depresión y su relación con el consumo de alcohol en adolescentes de bachillerato del colegio nacional técnico puéllaro de la parroquia puéllaro, en el año 2019* (Tesis de grado) Universidad Tecnológica Indoamérica, Quito, Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/1575/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20NARVAEZ%20PALACIOS%20JHOANA%20REBECA.pdf>
- Navarro, J. S., y Moscoso, M. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74. DOI: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>
- Organización Mundial de la Salud. (2 de septiembre de 2019). *Suicidio*. Recuperado el 11 de 6 de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Orlofsky, J. L., Marcia, J. E., y Lesser, I. M. (1973). Ego identity status and the intimacy versus isolation crisis of young adulthood. *Journal of personality and social psychology*, 27(2), 211. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0034477>
- Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International journal of morphology*, 35(1), 227-232. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Pangol, R. A. (2021). *Depresión y ansiedad en drogodependientes y personas con trastorno límite de la personalidad* (Tesis de postgrado). Universidad de Guayaquil, Cuenca, Ecuador.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., y Feldman, R. D. (2001). *Psicología del desarrollo*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Pérez, A., Uribe, J., Vianchá, M., Bahamón, M., Verdugo, J., y Ochoa, S. (2013). Estilos parentales como predictores de Ideación suicida en estudiantes adolescentes.

- Psicología desde el Caribe*, 30(3), 551-568. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n3/v30n3a06.pdf>
- Pérez, G. A. C. (2019). Consumo de drogas en adolescentes. *Políticas públicas y familias contemporáneas*. Colombia, CES.
- Pérez, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(5), 7-16. Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007
- Pérez, J. M., y Sanchez, C. (2019). *Meta-análisis: eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness vs psicofármacos, en el trastorno depresivo mayor*. (Tesis de grado). Universidad de la Laguna.
- Peruaga, A., Rincón., A., y Selin, H. (2002) El consumo de sustancias adictivas en las Américas. *Adicciones*, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 227-238. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.505>.
- Piedrahita, L., Paz, K., y Romero, A. (2012). Estrategias de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. *Hacia la promoción de la salud*, 17(2), 136-148. Recuperado de
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a10.pdf>
- Ramos, C. (2019). *Fundamentos de investigación para psicólogos: primer round*. Recuperado de:
<http://201.159.222.95/bitstream/123456789/1005/1/LIBRO%20PRIMER%20ROUND.pdf>
- Restrepo, J. E., Sánchez, O. A., Vallejo, G. C., Quirama, T. C., Sánchez, Y. O., y Cardona, P. D. (2018). Depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(2). Recuperado de:
https://www.researchgate.net/profile/Jorge_Emiro_Restrepo/publication/326736876_Depresion_y_su_relacion_con_el_consumo_de_sustancias_psicoactivas_el_estres_academico_y_la_ideacion_suicida_en_estudiantes_universitarios_colom

bianos/links/5b6218af458515c4b2592008/Depresion-y-su-relacion-con-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas-el-estres-academico-y-la-ideacion-suicida-en-estudiantes-universitarios-colombianos.pdf

- Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Educacao*, 31(1), 11-22. doi:10.5902/198464441486.
- Rodríguez, D. C., Dallos, C. M., González, S. J., Sánchez, Z. M., Díaz, L. A., Rueda, G. E., y Campo, A. (2005). Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 1402-1407. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/csp/2005.v21n5/1402-1407/es/>
- Rodríguez, D. T. G., Herrera, M. G., y Londoño, S. P. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia*, 7(1), 45-51. DOI: <https://doi.org/10.21500/19002386.1193>
- Rodríguez, M., y Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de Corte Transversal. *Revista Médica Sanitas*, 21(3), 141-146. doi:10.26852/01234250.20
- Ruiz, L. V. (2017). *Niveles de depresión en consumidores y no consumidores en internos del establecimiento penitenciario de mediana seguridad y carcelario-EPMSC-Támesis, 2017* (Tesis de pregrado). Corporación Universitaria Minuto de Dios, Bello, Colombia,
- Ruiz, M. M., y Valladolid, G. R. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería*. España: Ediciones Díaz de Santos. Recuperado de: <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/986b34c6714e9f6f38a2914087e429e4.pdf>
- Saiz, M. S., Chacón, R. F., Abejar, M. G., Parra, M. S., Valentín, M. D., y Yubero, S. (2020). Perfil de consumo de drogas en adolescentes. Factores protectores. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 46(1), 33-40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.06.001>
- Sánchez, V. P., y Santos, P. M. (2019). Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5070-5074. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.015>

- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2020). Las ideas equivocadas sobre la depresión infantil y adolescente y su tratamiento. *Clínica y Salud*, 31(1), 55-65. DOI: <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a4>
- Serrano, M. B., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. M., Galván, G., ... y Wasserman, D. (2017). Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *adicciones*, 29(2), 97-104. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.811>
- Serrano, C., y Olave, J. (2017). Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. *Med UNAB*, 20(2), 139-147. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/719/71964821008/71964821008.pdf>
- Siabato, E. F., Forero, I. X., y Salamanca, Y. (2017). Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento psicológico*, 15(1), 51-61. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/801/80149351004.pdf>
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., y Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 22(1), 33-42. DOI: 10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16170
- Soler, C. L., y Ros, M. Á. F. (2001). Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 17(2), 177-187. Recuperado de: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/28731>
- Sosa, D. A., y Sosa Guerra, R. V. (2019). *Eficacia de la terapia conductual cognitiva versus psicoterapia interpersonal, para disminuir los trastornos depresivos en los pacientes psiquiátricos*. (Tesis de postgrado). Universidad Norbert Wiener, Lima, Perú.
- Stengel, E. (1987). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires: Paidós.
- Terrero, J. Y. T., Cisneros, M. A. L., Almanza, S. E. E., y Facundo, F. R. G. (2017). Estados depresivos y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria en Ciudad del Carmen Campeche, México. *Revista Facultad de Ciencias de la Salud*

- UDES, 4(2), 79-84. Recuperado de: <https://journalhealthsciences.com/index.php/UDES/article/view/127/pdf>
- Tobar, R. A. T. (2017). Abuso de sustancias psicoactivas. Modelo y terapia cognitiva. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(1), 65-72. DOI: <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.10108>
- Trujillo, K. L. G., y Pérez, C. L. (2017). Factores personales, sociales, ambientales y culturales de riesgo de consumo de marihuana en adolescentes. *Psicología y salud*, 27(2), 141-153. Recuperado de: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2530>
- Varela, M., Salazar, C., Cáceres, D. y Tovar, J. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 3, 31-45. Recuperado de: <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/70>
- Vázquez Mastache, N. J., y De Haro Rodríguez, M. A. (2018). factores predisponentes para ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes adscritos a un Hospital General de Zona de Irapuato, Guanajuato, México. *Atención Familiar*, 25(2), 59-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.2.63560>
- Vega, J. I., y Zumárraga, F. M. (2018). Variables Asociadas al Inicio y Consumo Actual de Sustancias en Adolescentes en Conflicto con la Ley. *Anuario de Psicología Jurídica*, 29(1), 21-29. Recuperado de: <https://doi.org/10.5093/apj2018a13>
- World Health Organization. (1964). *Evaluación de las drogas que causan dependencia: informe de un Grupo Científico de la OMS*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37605/WHO_TRS_287_spa.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2003). Orientation programme on adolescent health for health-care providers-handout. *Geneva: The World Health Organization*. Recuperado de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/9241591269_op_handout.pdf

Yapko, M. D. (1997) *Cuando vivir duele. Directivas para tratar la depresión.*
Recuperado de: <https://docer.com.ar/doc/n0ee1x1>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS

La información que se detalla más adelante busca apoyarle para tomar la decisión de permitirle participar a su hijo/a en nuestra investigación.

Por favor lea cuidadosamente los siguientes puntos y tómese el tiempo necesario para tomar la mejor elección.

Hemos invitado a su representad@ a participar en nuestra investigación, cuyo objetivo es conocer el nivel de depresión e ideación suicida que tienen **los adolescentes que consumen sustancias** y compararlos posteriormente con un grupo de **adolescentes no consumidores de sustancias**. Es necesario indicar que, al finalizar dicha investigación se planteará una propuesta de intervención para la depresión en adolescentes que usan drogas, lo cual, será entregado a la institución para que se dé el mejor uso posible. El fin de dicha propuesta es promover y facilitar los procesos terapéuticos en la esfera afectiva, puesto que, de existir afecciones en el afecto, estas pueden convertirse en factores de riesgo para presentar recaídas.

Si usted acepta que su hijo/a participe en nuestra investigación, se procederá a la valoración de la esfera afectiva con el Inventario de Depresión de Beck, escala que permite conocer si existe depresión y en qué nivel se encuentra. También, se aplicará la escala ISO 30, la cual, permitirá conocer si existe riesgo de suicidio. La realización de estas escalas tomará un promedio de 30 minutos. Cabe mencionar que el resultado de la valoración realizada se entregará a la institución, en la cual, se encuentra su hijo/a, ya que en caso de que sea necesario puedan usarse en el proceso de tratamiento.

Las escalas antes mencionadas serán aplicadas directamente por el investigador de este estudio

El ser participante de este estudio no representa ningún tipo de riesgo personal ni compromete de ninguna manera su proceso de recuperación. De igual manera, se hace

necesario indicar que el formar parte de este estudio, no representará ningún tipo de gasto económico para usted o su representado.

La información brindada por su hijo/a o representado/a será utilizada única y exclusivamente con fines académicos, manteniéndose la total confidencialidad y manteniéndose en todo momento el anonimato, es decir, toda información de carácter personal será omitida del informe final.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La participación en este estudio es libre y voluntaria, y de igual manera se encuentra en libertad retirarse de la investigación en el momento en que se estime conveniente.

La institución en la que se encuentra su hijo/a conoce de este estudio y ha autorizado la participación del mismo.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Se me ha comunicado el objetivo de esta investigación, los beneficios tanto para la institución como para mi representado, los posibles riesgos y el uso que se dará a la información brindada. De igual forma se me ha informado que la participación es voluntaria y la posibilidad de retirarse se encuentra abierta.

Luego de haber comprendido lo antes mencionado, acepto de forma voluntaria y sin presiones, a que mi representado participe en esta investigación

Firma del representante: _____

Firma del Investigado: _____

GRACIAS.

Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:.....Fecha:.....

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

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

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

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

7. Disconformidad con uno mismo.

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

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

11 Agitación

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

12 Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 4. Inventario de orientación suicida

ISO-30

Instrucciones: El propósito de este cuestionario es poder tener una idea aproximada de como ves ciertas áreas importantes de tu vida. Trata de contestar con la mayor sinceridad, pensando en cómo te sentiste estos últimos seis meses. Ahora lee cuidadosamente cada frase y contesta con sinceridad. Usa un esfero o lápiz para hacer una marca (X) en la respuesta, por ejemplo, o 1 2 3. Si decides cambiar una respuesta, tacha la respuesta y marca la nueva respuesta.

Las opciones de respuesta son: 0: totalmente en desacuerdo 1: En parte en desacuerdo 2: en parte de acuerdo 3: totalmente de acuerdo

	Totalmente en desacuerdo	En parte en desacuerdo	En parte de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Yo debo ser un soñador/a ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan				
Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro.				
Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán				
Ante un fracaso, confié en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí				
Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto				
Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.				
Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.				
Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo.				
Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.				
Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida.				
Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.				
Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.				
Aún cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.				

Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.				
Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.				
Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.				
Aún cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.				
Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.				
Siento como que no pertenezco a ningún lado.				
Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.				
Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad.				
Siento que tengo control sobre mi vida.				
Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo				
Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.				
Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirse.				
Nadie me amaría si realmente me conociese bien.				
Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.				
Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme)				
Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.				
Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría.				