



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

MEDICINA HUMANA

TEMA

DEPRESIÓN Y CONSUMO DE DROGAS LEGALES EN
ESTUDIANTES DEL COLEGIO MANUEL CABRERA LOZANO DE
LOJA.



TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO
GENERAL

AUTORA:

Yadira Paola Peláez Salinas

DIRECTOR:

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre

LOJA- ECUADOR

2014

II. CERTIFICACIÓN

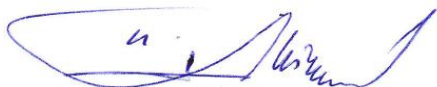
Dr. Patricio Aguirre Aguirre

DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y DIRECTOR DE LA PRESENTE TESIS.

CERTIFICA:

Que el presente trabajo investigativo denominado **DEPRESIÓN Y CONSUMO DE DROGAS LEGALES EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO MANUEL CABRERA LOZANO DE LOJA**, elaborado por la señorita **Yadira Paola Peláez Salinas**, previo a optar el título de médico general, ha sido dirigido, revisado y corregido oportunamente, por tanto autorizo a la autora para su respectiva presentación.

Loja 11 de Septiembre 2014.



Dr. Fernando Patricio Aguirre
DIRECTOR DE TESIS.

III. AUTORÍA

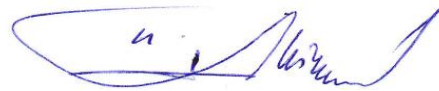
Yo **YADIRA PAOLA PELÁEZ SALINAS** declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.



.....
Yadira Paola Peláez Salinas

Autora



.....
Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre

Director

IV. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo **YADIRA PAOLA PELÁEZ SALINAS** declaro ser autora de la tesis titulada: **“DEPRESIÓN Y CONSUMO DE DROGAS LEGALES EN ESTUDIANTES DELCOLEGIO MANUEL CABRERA LOZANO DE LOJA”**, como requisito a optar al grado de: **Médico General**: autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDL en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza, por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 11 días del mes de Septiembre del dos mil catorce, firma el autor.

Firma:



Autor: Yadira Paola Peláez Salinas

Cedula: 1105032013

Dirección: Clodoveo Jaramillo Alvarado

Correo electrónico: yadipaola.0016@gmail.com

Teléfono: 2613884

Celular: 0980923156

Datos complementarios

Director de tesis: Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre.

Tribunal de Grado:

Dr. Jorge Cabrera

Dra. María E. Reyes

Dra. Nancy Banda.

V. DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo con amor, primeramente a Dios por ser pilar fundamental en mi vida. A mi madre, hermanas y demás familiares por constituirse en una guía esencial, que con sus sabias enseñanzas y consejos llenos de fe, optimismo y esperanza me han ayudado a superar todos los obstáculos, brindándome todo su apoyo de manera incondicional, inculcándome la perseverancia para hacer realidad todos mis sueños y metas planteadas.

YADIRA PAOLA

VI. AGRADECIMIENTO

Al culminar el presente trabajo investigativo se deja constancia de gratitud a la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Medicina, por haber abierto sus puertas con el fin de formarnos como profesionales competitivos.

Al Dr. Patricio Aguirre, Director de Tesis, quien con sus valiosos y vastos conocimientos me orientó y brindó todo su apoyo para la culminación exitosa de este trabajo enmarcado en las disposiciones legales y reglamentarias para los títulos que otorga la universidad.

De manera especial se deja constancia del agradecimiento al Colegio Universitario “Manuel Cabrera Lozano” de la ciudad de Loja, por haber brindado las facilidades en el desarrollo del presente trabajo investigativo, y a todas las personas que de una u otra manera brindaron su colaboración hasta la culminación del presente trabajo.

YADIRA PAOLA

1. TITULO

**DEPRESIÓN Y CONSUMO DE DROGAS LEGALES EN ESTUDIANTES DEL
COLEGIO MANUEL CABRERA LOZANO DE LOJA.**

2. RESUMEN

La presente investigación denominada **DEPRESIÓN Y CONSUMO DE DROGAS LEGALES EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO MANUEL CABRERA LOZANO DE LOJA**, tuvo como principal objetivo establecer la relación entre la depresión y el consumo de drogas.

La investigación fue de tipo cuantitativa descriptiva y de corte transversal fue realizada en el Colegio, en el período Febrero-Agosto del 2013, donde se encuestó a 267 estudiantes los mismos que cumplieron con todos los criterios de inclusión. Obteniéndose como resultado que los mayores casos de depresión leve moderada y grave se relacionan con adolescentes que consumen alcohol y tabaco simultáneamente. La mayoría de los estudiantes que presenta depresión moderada son de género masculino, la mayoría de estudiantes con depresión leve y grave son del género femenino. Hombres y mujeres con depresión moderada, hombres con depresión leve y mujeres con depresión grave, afecta con mayor porcentaje a estudiantes entre 15-17 años. Hombres con depresión grave y mujeres con depresión leve afecta con mayor porcentaje a estudiantes entre 12-14 y 15-17 años. El consumo de alcohol es mayor en mujeres y el consumo de tabaco y ambas sustancias es mayor en hombres, el grupo de edad con mayor vulnerabilidad para dicho consumo en ambos géneros es el comprendido entre 15 a 17 años. Del total de la población el 22.8% sufre problemas depresivos.

PALABRAS CLAVE:

- Depresión
- Drogas legales
- Estudiantes

SUMMARY

The present investigation called DEPRESSION AND LEGAL DRUG CONSUMPTION IN HIGH SCHOOL STUDENTS MANUEL CABRERA LOZANO DE LOJA, main objective was to establish the relationship between depression and drug use.

The investigation was quantitative descriptive and cross sectional was conducted at the College, in the period from February to August 2013, where 267 students were surveyed them that met all inclusion criteria. The result being that most cases mild, moderate and severe depression, are related to adolescents who use alcohol and snuff simultaneously, the majority of students having moderate depression are male, the majority of students with mild and severe depression are female. Men and women with moderate depression, men with mild depression and women with severe depression, higher percentage affects students aged 15-17. Men with severe depression and women with mild depression higher percentage affect students between 12-14 and 15-17 years. Alcohol consumption is higher in women and consumption of snuff and both substances is higher in men, the age group most vulnerable to this consumption in both genders is between 15-17 years. Of the total population 22.8 % have depressive problems.

KEYWORDS

- Depression
- Legal Drug
- Students

3. INTRODUCCIÓN

“En la actualidad es común observar adolescentes con síntomas de depresión ocasionado por múltiples problemas emocionales, familiares, ambientales y sociales que muchas veces desencadenan comportamientos de escape como es el consumo de sustancias”¹. La situación de las enfermedades adictivas graves y la depresión profunda se reconocen hoy en día como un problema clínico común. Sin embargo, la naturaleza de la relación entre estas dos condiciones sigue en controversia.

“La alta incidencia familiar de alcoholismo y depresión, sugiere una tendencia genética común para ambas situaciones. La investigación de la transmisión genética de ambas condiciones, advierte sin embargo, que el alcoholismo y la depresión son dos enfermedades comunes pero independientes que a veces se dan en una misma familia”².

“Según la OMS, la depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, afectando a personas en todas las comunidades del mundo. Es una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial. Actualmente se estima que afecta a 350 millones de personas. La depresión se encuentra cerca de los primeros lugares de la lista de enfermedades incapacitantes en los estudios de carga global de enfermedad”³.

“Los trastornos debido al uso de drogas tienen considerables repercusiones en los sistemas asistenciales de muchos países de la Región, así como en la salud y en el tipo de discapacidad de las personas en los años más productivos de sus vidas. Si bien los trastornos relacionados al uso de drogas son más frecuentes en los países desarrollados, la carga para la salud recae en forma desproporcionada en los países de ingresos bajos y medios, donde no existen o no son asequibles los programas de tratamiento y prevención. El uso prolongado de una sustancia psicoactiva puede provocar dependencia, que constituye un problema de salud mental, y puede exacerbar otros trastornos mentales principalmente la depresión y la ansiedad, con una tasa elevada de comorbilidad”⁴.

En vista de la problemática descrita y la importancia para la salud, en este trabajo se reviso los aspectos de depresión relacionada con consumo de drogas legales es decir cualquier sustancia que se encuentra legalizada en nuestro país, que introducida en un ser vivo es capaz de modificar una o más funciones del organismo, entre estas sustancias se encuentran: el tabaco, el alcohol. El estudio se enfocó en un análisis del género, grupo etario más frecuente para presentar dichos problemas, y cómo ambas entidades se relacionan entre sí, además de aplicar intervenciones preventivas para que la población tenga una vida llevadera, con mejores condiciones educativas, que les permitan cambiar las formas de conducta, así mismo dando a conocer las consecuencias que tales problemas traen consigo, ya que esta situación apunta a que el individuo con su grupo, pareja afectiva, y núcleo familiar tiendan a inclinarse y a orientarse a la depresión y consumo de sustancias.

Con el fin de contribuir de alguna manera con la Sociedad en general, principalmente a la comunidad investigada, vi la necesidad de realizar el presente trabajo investigativo, tomando en cuenta que la depresión relacionada con el consumo de drogas legales, constituye un problema de salud pública importantísimo, que en ocasiones se ha subestimado, dicho tema aborda muchas realidades en el contexto social, siendo los más vulnerables los adolescentes, esta realidad sigue constituyendo una de las causas de morbilidad en los mismos, teniendo consecuencias en su desarrollo emocional y en el entorno que los rodea. Y a partir de los resultados fomentar la prevención y el manejo adecuado de dicho problema, por lo tanto mejorar y crear cambios en la conducta de las personas investigadas y de la comunidad en general.

Los objetivos son establecer la relación entre la depresión y el consumo de drogas legales en estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano de Loja. Determinar la presencia de depresión según género y grupo etario. Identificar los casos de consumo de drogas legales como el alcohol y el cigarrillo por género y grupo etario y elaborar material informativo acerca de las medidas de prevención de depresión y consumo de drogas y su respectiva socialización.

La presente investigación es cuantitativa- descriptiva y me permitió conocer como se encuentra la situación de la población investigada, mediante lo cual establecí la relación de depresión con el consumo de drogas Legales en los estudiantes del establecimiento. De acuerdo al periodo y secuencia del estudio, es de tipo Transversal. El estudio se llevo a cabo en el Colegio Universitario Manuel Cabrera Lozano de la ciudad de Loja, la misma unidad cuenta con nivel básico y bachillerato.

El Universo fue de 1181 estudiantes comprendidos entre las edades de 12-18 años, la muestra fue de 267 estudiantes que comprendió desde octavo hasta tercero de bachillerato general unificado, para un intervalo de confianza del 95%, de acuerdo a los resultados obtenidos de la operación "OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abierto SSPropor"⁵.

Los resultados destacan que mayores casos de depresión leve moderada y grave se relacionan con adolescentes que consumen ambas sustancias (alcohol y tabaco), la mayoría de los estudiantes que presenta depresión moderada son de género masculino, y la mayoría de estudiantes con depresión leve y grave corresponde al femenino. Hombres y mujeres con depresión moderada, hombres con depresión leve y mujeres con depresión grave, afecta con mayor porcentaje a estudiantes entre 15-17 años. Hombres con depresión grave y mujeres con depresión leve afecta con mayor porcentaje a estudiantes entre 12-14 y 15-17 años. De acuerdo al consumo de sustancias el alcohol es mayor en mujeres y el consumo de tabaco y ambas sustancias es mayor en hombres siendo el grupo de edad más vulnerable el comprendido entre 15 a 17 años para ambos géneros. Del total de la población el 22.8% sufre problemas depresivos.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación entre la depresión y el consumo de drogas legales en estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano de Loja.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la presencia de depresión según género y grupo etario.
- Identificar los casos de consumo de drogas legales como el alcohol y el cigarrillo por género y grupo etario
- Elaborar material informativo acerca de las medidas de prevención de depresión y consumo de drogas y su respectiva socialización.

5. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO 1. ADOLESCENCIA

5.1 ADOLESCENCIA

Introducción

“Nuestro planeta es el hogar de 1.200 millones de personas que tienen entre 10 y 19 años”⁶.

“Es indispensable prestar más atención a la segunda década de la vida para poder cumplir los compromisos internacionales con los niños y adolescentes y de esta forma crear un mundo más pacífico, tolerante y equitativo”⁷.

“Los y las adolescentes, como todos los seres humanos, tienen determinaciones sociales, culturales y económicas, así como potencialidades para construirse como sujetos de derecho, que puedan sortear las vulnerabilidades y enfrentar los riesgos”⁸.

“El individuo está sujeto a un determinismo, es un dado, pero al mismo tiempo es un sujeto de derechos, constructor de vida y persona capaz de reconstituirse y reconstruirse: es un dándose. Las vulnerabilidades dan cuenta de los posibles elementos que pueden afectar al adolescente, sobre los que se debe incidir para prevenir riesgos en los siguientes ámbitos”⁸:

- Atención en salud sexual y reproductiva.
- Acción positiva para que adolescentes y jóvenes puedan estudiar.
- Educación de la sexualidad integral, que incluya a la comunidad educativa (docentes, estudiantes, padres y madres de familia) con enfoque de derechos, intercultural, de género e intergeneracional.
- Organización y participación juvenil, construyendo procesos de veeduría y rendición de cuentas.
- Capacitación en derechos de los funcionarios de salud y educación que permitan disminuir sus miradas adultocéntricas y androcéntricas.

“Todos estos determinismos que producen vulnerabilidad y riesgo deben ser enfrentados por el Estado, como sociedad política responsable de procurar igualdad en el ejercicio de los derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y los reproductivos”⁸.

5.1.1 Definición

“La adolescencia es el período de vida comprendido entre los 10 y 19 años. Incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales”⁹.

“La palabra adolescencia deriva del latín “adolescens” que significa hombre joven, siendo el participio activo de “adolescere” que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez. También tiene relación con la palabra latina “dolescere” que significa padecer alguna enfermedad o estar sujeto a afectos, pasiones, vicios o malas cualidades. La adolescencia se define como una etapa de transición entre la niñez y la adultez, caracterizada por procesos específicos, propios e irrepetibles, con gran intensidad de los afectos y vivencias; de transformaciones importantes y de presión social para lograr metas específicas. Al respecto hay que decir que estos procesos se dan siempre en una determinada cultura, lo que define en cierta medida sus características específicas y su duración”¹⁰.

“La Organización Mundial de la Salud define adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica, comprende desde los 10 a los 19 años y es una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta”¹¹.

“El inicio de la pubertad y la entrada en la adolescencia coinciden con el ingreso de estos jóvenes a la tercera etapa de la educación básica, donde el contenido de las diferentes materias comienza a alejarse de lo concreto para introducirse en aspectos progresivamente más abstractos, hecho que se corresponde con un cambio cualitativo de las estructuras cognoscitivas del ser humano , que nos pone en presencia de un pensamiento hipotético-deductivo , el cual permite al adolescente apropiarse de los conocimientos de este nivel educativo.”¹².

“Dentro de los cambios biopsicosociales que experimenta el individuo en esta etapa, está el comienzo de la búsqueda de la identidad propia, el cumplimiento de logros establecidos para su edad, la modificación del esquema corporal, la madurez tanto biológica como intelectual para los cuales la persona debe aceptar las modificaciones que se producen, y así lograr integrarlas y convertirse en un adulto con características holísticas en el futuro. De esta manera se puede describir como un fenómeno personal, pero que está claramente vinculado con los pares, los cuales son determinantes en su formación”¹³.

5.1.2 Cambios y etapas en la adolescencia

“De acuerdo a la edad, la adolescencia se puede clasificar en tres diferentes etapas, las cuales se distinguen por presentar diversos procesos psicosociales que involucran el área emocional, cognitiva y social”¹⁴:

- “Adolescencia Temprana (12-14 años): Los cambios físicos se hacen evidentes, lo cual crea inquietud en relación a esta nueva apariencia. Súbita aparición de deseos de libertad y rebeldía, acompañados de indiferencia y apatía, produciéndose un alejamiento hacia los padres quienes representan una imagen de autoridad. Para el adolescente toma mayor importancia el grupo de pares quienes son la base activa para la iniciación de la vida social, formando círculos de interacción emocionales muy fuertes. Esto aumenta el grado de fantasía y egocentrismo. Se caracterizan también por su impulsividad para demostrar su independencia, aflorando conductas de riesgo”¹⁴.
- “Adolescencia Media (15-17 años): Físicamente, la mayoría de los adolescentes logra la silueta corporal de aspecto adulto. Continúa el desinterés por la familia y se incrementa aun más la cercanía con los pares. Se inicia el interés hacia al sexo opuesto y con esto una mayor preocupación por la apariencia física. Aumenta la facultad intelectual y a capacidad de autocrítica. Además, experimentan el sentimiento de omnipotencia que lleva a muchos a optar por comportamiento de alto riesgo, convirtiéndose en una de las etapas más vulnerables para inmiscuirse en actividades peligrosas”¹⁴.

- “Adolescencia Tardía (18-21 años): Disminuye la preocupación por la apariencia personal, dándole prioridad a otros aspectos de su vida. En relación a su conducta, se logra un acercamiento con los padres debido a la autonomía e independencia personal desarrollada, sin perderse la relación con los pares. El pensamiento abstracto se hace cada vez más evidente, comprometiéndose en actividades que requieran de mayor responsabilidad. Gracias al desarrollo adquirido en las áreas psicosociales, los adolescentes se sienten preparados para tomar decisiones importantes en su vida”¹⁴.

“Frente a los cambios paulatinos que padece el adolescente, la familia debe sufrir un periodo de adaptación. Es importante considerar que los padres se encuentran con una etapa del desarrollo donde se realiza una recapitulación y evaluación de lo realizado hasta el momento en todos los ámbitos de su vida. Si se producen desacuerdos en relación a los métodos de crianza se provocará una alteración en el funcionamiento familiar”¹⁵.

5.1.3 DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA

“En general el paso desde la infancia a la adultez no ocurre como un proceso continuo y uniforme. El crecimiento biológico, cognitivo, emocional, social y psicosexual puede ser bastante diferente en cada individuo. En el logro de cada uno de estos aspectos suelen haber variaciones hasta que se consolida el cambio. El conocimiento del rango de estas variaciones permite al profesional establecer distinciones entre lo que se puede considerar dentro de la normalidad y lo que indica que existe un problema en el desarrollo”¹⁶.

Características del desarrollo en la adolescencia.

5.1.3.1 Desarrollo Físico

Los cambios más importantes que experimenta el adolescente en su cuerpo son:

- ✓ “Desarrollo de las características sexuales primarias relacionadas a los órganos de reproducción: crecimiento del pene, testículos, ovario, útero, vagina, clítoris y labios genitales mayores y menores.

- ✓ “Desarrollo de las características sexuales secundarias: aparición del vello pubiano y axilar; en los varones barba y el vello en las piernas, brazos y pecho; en las muchachas, aparición del botón mamario y desarrollo de los pechos, cambios de voz, posteriormente la menarquía.
- ✓ Adquisición de la madurez sexual (capacidad reproductiva).
- ✓ Desarrollo de las glándulas sudoríparas y sebáceas.
- ✓ Aumento en la velocidad de crecimiento, cambio en proporciones corporales, peso, fuerza, coordinación motora”¹⁶.

En las mujeres la pubertad se inicia uno o dos años antes que en los hombres.

“El esquema corporal es la imagen interna que manejamos de nuestro propio cuerpo, la manera en la que nos percibimos; en el período de la adolescencia una de las tareas importantes es la de lograr adaptarse a esta nueva imagen que se adquiere, pues esto es necesario para la auto aceptación física y emocional”¹⁶.

5.1.3.2 Desarrollo Cognoscitivo

“En esta etapa el adolescente ya posee una lógica concreta, es decir ahora es capaz no solo de pensar en lo concreto sino en lo posible. Se constituye así en un individuo capaz de construir o entender temas y conceptos ideales o abstractos. Esta capacidad se supone que llegará a formar parte de la casi totalidad de los adolescentes entre los 17 -18 años”¹⁶.

Al aparecer las operaciones formales el adolescente adquiere varias capacidades nuevas importantes:

- ✓ “Puede tomar como objeto a su propio pensamiento y razonar acerca de sí mismo.
- ✓ Puede considerar no sólo una respuesta posible a un problema o explicación a una situación, sino varias posibilidades a la vez.
- ✓ Agota lógicamente todas las combinaciones posibles.
- ✓ El pensamiento operativo formal le permite distinguir entre verdad y falsedad, es decir comparar las hipótesis con los hechos.

- ✓ Puede tratar de manejar la información a través del pensamiento y ya no sólo a través de la actuación. Puede “pensar pensamientos”¹⁶.

5.1.3.3 Desarrollo Emocional

“En esta etapa se producen grandes transformaciones psicológicas. La estabilidad emocional del escolar sufre una separación, que posteriormente se reconstruye durante la adolescencia. El desarrollo emocional estará íntimamente ligado a las experiencias infantiles y al contexto social y familiar en el que está inserto”¹⁶.

“Es esperable en el adolescente una marcada fragilidad emocional que se expresa en comportamientos imprevisibles, o explosiones afectivas intensas, podemos entonces observar en él reacciones exageradas o desproporcionadas frente a una situación y comportamientos impulsivos”¹⁶.

5.1.3.4 Desarrollo Social

“En la adolescencia uno de los cambios más significativos que supone esta etapa, es el paso desde la vida familiar a la inserción en la vida social. Se espera del adolescente una incorporación autónoma en el medio social y que alcance el estatus primario: asumir independencia así como roles y metas que se sostengan en sus habilidades y que estén de acuerdo con las probabilidades que les ofrece el medio en el que se desenvuelve”¹⁶.

Estas pertenencias desempeñan variadas funciones, siendo las principales:

- ✓ “Proporcionarle al individuo la oportunidad de aprender a relacionarse con sus compañeros de edad.
- ✓ Aprender a controlar su conducta social.
- ✓ Adquirir destrezas e intereses propios de la edad.
- ✓ Compartir problemas y sentimientos comunes”¹⁶.

5.1.3.5 Desarrollo Psicosexual

Concepto de sexualidad

“Son las características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o mujeres”¹⁶.

“Es una parte de la personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo; es el elemento básico de la feminidad o masculinidad, de la autoimagen de la conciencia personal, de nuestro desarrollo. Estimula las necesidades del establecer relaciones interpersonales significativas o importantes”¹⁶.

“A la base biológica de la sexualidad se le denomina sexo biológico que es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que nos diferencian a los seres vivos en femenino y masculino, para propiciar la reproducción, ser mujer u hombre físicamente”¹⁶.

“Cuando la familia o sociedad le dan forma al rol sexual en el/la bebé, se establece el sexo social que responde a la crianza, nombre, tipo de ropa, registro. Y cuando los estímulos ambientales que lo rodean, es decir las experiencias vividas que se ocasionan fundamentalmente al interior de la familia que van moldeando su conducta hacia un comportamiento de tipo femenino o masculino, se desarrolla lo que se conoce como el sexo psicológico”¹⁶.

La sexualidad en la adolescencia se desarrolla en tres áreas:

- ✓ Física: aparición de los caracteres sexuales que preparan al individuo para participar en el acto sexual.
- ✓ Psicológica: Se manifiesta en el conocimiento, la curiosidad y las intenciones acerca de la sexualidad. El pensamiento intencionado que le permite al adolescente imaginarse como persona sexual y elaborar planes. La mayoría de estas actividades ocurren en la imaginación del adolescente.
- ✓ Social: Comprende la involucración sexual efectiva con otras personas la que se refleja en sus elecciones sexuales”¹⁶.

5.1.3 PROBLEMAS EN LA ADOLESCENCIA

5.1.4.1 Factores de riesgos psicológicos y sociales

“Se considera factor de riesgo a la característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud”¹⁷.

Factores psicosociales de riesgo en la adolescencia;

1. “Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas. Dentro de ellas podemos destacar la necesidad de autoafirmación, de independencia, de relación íntima personal y la aceptación por parte del grupo”¹⁷.
2. “Patrones inadecuados de educación y crianza. Estos pueden ser:
 - a) Sobreprotección: Se puede manifestar de una manera ansiosa (al crear sentimientos de culpa en el adolescente) o de una manera autoritaria (al provocar rebeldía y desobediencia).
 - b) Autoritarismo: Limita la necesidad de independencia del adolescente y mutila el libre desarrollo de su personalidad, para provocar como respuesta en la mayoría de los casos, rebeldía y enfrentamientos con la figura autoritaria y pérdida de la comunicación con los padres.
 - c) Agresión: Tanto física como verbal, menoscaba la integridad del adolescente, su autoimagen y dificulta en gran medida la comunicación familiar.
 - d) Permisividad: Esta tendencia educativa propicia la adopción de conductas inadecuadas en los adolescentes por carencia de límites claros.
 - e) Autoridad dividida: Este tipo de educación no permite claridad en las normas y reglas de comportamiento, y provoca la desmoralización de las figuras familiares responsables de su educación”¹⁷.
3. “Ambiente frustrante. Cuando el adolescente no encuentra adecuadas manifestaciones de afecto, cuando hay censura inmotivada y frecuente hacia su persona, cuando se reciben constantes amenazas, castigos e intromisiones en su vida privada y cuando se aprecia un desentendimiento y alejamiento de las problemáticas que presenta”¹⁷.

4. "Sexualidad mal orientada. Cuando por la presencia de prejuicios en relación con los temas sexuales, la comunicación en esta esfera queda restringida y el adolescente busca por otros medios, no siempre los idóneos, sus propias respuestas e informaciones o en muchos casos mantiene grandes lagunas que le acarrearán grandes problemas por el desconocimiento, la desinformación y la formación de juicios erróneos en relación con la sexualidad" ¹⁷.

Factores protectores

"En el campo de la salud, hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica. Donas Burak plantea que existen dos tipos de factores protectores: de amplio espectro, o sea, indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos; y factores protectores específicos a ciertas conductas de riesgo. Dentro de los factores de amplio espectro, nombra: familia contenedora, con buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado; locus de control interno bien establecido; sentido de la vida elaborado; permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia. Como factores protectores específicos, encontramos: el uso de cinturón de seguridad (que reduce o evita accidentes automovilísticos); no tener relaciones sexuales, o tenerlas con uso de preservativo (que reduce o evita el embarazo, ETS, Sida); y no fumar (reduce o evita el cáncer de pulmón y enfisema). Donas Burak considera que el abordaje preventivo debe hacerse desde el marco de acciones que cumplan con ciertos requisitos fundamentales: el objetivo debe ser el desarrollo humano en los adolescentes; las acciones deben ser intersectoriales; la salud debe ser vista desde el concepto de la integralidad; la atención debe ser multidisciplinaria; debe existir un amplio ámbito para la participación social y en salud de los adolescentes y debe existir una amplia participación de padres y profesores" ¹⁷.

CAPITULO 2. DEPRESIÓN

5.2 DEPRESIÓN

“La Organización Mundial de la Salud define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas. Alteración que afecta de manera significativa la funcionalidad del individuo en sus principales áreas de actividad”¹⁸.

“La depresión se acompaña también de cambios en el sueño, apetito y psicomotricidad, disminución de la atención, concentración y capacidad para tomar decisiones, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad o inutilidad y culpa, así como de desesperanza, y pensamientos de muerte recurrentes con ideación, planeación y/o actos suicidas”¹⁹.

“La OMS señala a la depresión como la primera causa de pérdida de años de buena salud por discapacidad, y el primer lugar de prevalencia (10.4%) entre los trastornos psiquiátricos graves en la atención primaria. El trastorno depresivo es más prevalente en adolescentes mujeres que en hombres, en proporción de dos a uno. Ellas tienden a puntuar más alto que los hombres en diferentes escalas de autoinforme a partir de los 14 años (Benjet et al., 2009)”²⁰.

5.2.1. La teoría cognitiva de Beck

“La depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto”²¹.

“Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales. El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los

terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que siente”²¹.

“La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión: 1) la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) disfunción en los esquemas”²¹.

“La tríada cognitiva se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador”²¹.

5.2.1.1 Definición

“Es un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales operativos. Por definición recoge la presencia de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos y emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático”²².

“Es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansina, tono de voz bajo, facies triste o poco expresiva, llanto fácil o espontáneo, escasa concentración en la entrevista, verbalización de ideación pesimista, quejas hipocondriacas, alteraciones en el ritmo del sueño, quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar”²².

“El lugar de la tristeza o bajo estado de ánimo, la queja principal puede consistir en la pérdida de interés y disfrute de la vida, una vivencia del tiempo

enlentecida y desagradable, o la falta de energía vital para las tareas más sencillas de la vida cotidiana”²².

5.2.1.2 Epidemiología

“La depresión en la actualidad se manifiesta como uno de los trastornos que prevalecen en el mundo sobre todo en la población en general. Es alarmante la estimación que la OMS, considera que en unos veinte años más; será considerada como una de las causas principales de discapacidad a nivel global. La depresión es una de las cuatro de las seis causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos.

Alrededor de 150 millones de personas sufren de depresión en algún momento de la vida. La depresión mayor por 100 habitantes adultos es de 4.9% con una brecha de tratamiento de 58.9%. Para entender esto; de acuerdo a los estudios epidemiológicos más importantes acerca de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe en los últimos 20 años, podemos ver que la prevalencia y la brecha de tratamiento. La brecha de tratamiento expresa la proporción de personas enfermas que necesitan atención y no la reciben.”²³.

5.2.1.3 Fisiopatología

“En 1917, Freud Planteó la diferencia que existe entre la “aflicción” o duelo normal y la melancolía o duelo patológico. Reconoció que, en la melancolía, el objeto abandonado es reconstruido en el yo, y que los autorreproches significan la agresión al objeto internalizado”²⁴.

“El Destacó también el proceso regresivo de la relación objeta hacia la identificación, la desmedida intensidad de la ambivalencia, la incorporación oral y la crueldad del superyó, como consecuencia de la difusión pulsional concomitante al acto de la identificación. la pérdida es experimentada como una pérdida del propio yo, cuando la relación con el objeto se establece en un nivel narcisista”²⁴.

“Los impulsos tanáticos libres, luego de la pérdida del objeto, se vuelven en contra del yo, mientras que en el duelo verdadero estos han sido integrados, y el yo al resolver su narcisismo, puede establecer los límites entre sí mismo y el

objeto externo, de manera tal que aceptar la pérdida del objeto implica que el individuo lo puede sobrevivir y que es capaz además de hacerse cargo de las energías libidinales y agresivas liberadas en la pérdida y recatectizar un nuevo objeto”²⁴.

“En la clínica adolescente, la diferenciación de estos dos estados afectivos, el normativo y el psicopatológico, no siempre resultan fáciles de establecer debido a que se confunden cuando uno de ellos se superpone al otro. Para algunos autores la presencia o ausencia de trastornos significativos del estado de ánimo durante la niñez tiene importancia para el diagnóstico y pronóstico”²⁴.

5.2.1.4 Etiología

“La causa clínica de la depresión tiene que ver con desequilibrios en los neurotransmisores que estimulan el cerebro. Mucha o poca concentración de estas sustancias, entre ellas la noradrenalina y la serotonina, pueden desencadenar la depresión”²⁵.

A continuación algunas de las causas de la depresión en más detalle.

5.2.1.4.1 Primarias.

1. Bioquímicas Cerebrales

“Es la teoría más popular y postula que un déficit relativo o absoluto en las concentraciones de noradrenalina, serotonina y dopamina es la causa de depresión, mientras que excesos de ellos producen manía.

Más recientemente se ha sugerido que una disminución de serotonina es el causante de la depresión, inclusive, puede haber una predisposición genética a la disminución de las células que usan ese neurotransmisor”²⁵.

“Adicionalmente se han relacionado con la depresión el GABA y la acetilcolina”²⁵.

2. Neuroendocrinos

“Algunos síntomas del síndrome clínico como trastornos del humor, disminución de la Líbido, trastornos de sueño, del apetito y de la actividad autonómica, sugieren disfunción del hipotálamo”²⁵.

“Cerca de la mitad de los pacientes muestran aumento del cortisol. Además existe una relación con la función tiroidea, ya que muchos pacientes con disminución de la T3, poseen depresión, sin embargo, muchos pacientes con depresión no tienen ninguna alteración en la función tiroidea”²⁵.

3. Neurofisiológicos

“Un hallazgo importante y común en los pacientes deprimidos a los que se les realiza EEG (electroencefalograma), es la disminución de los movimientos oculares rápidos”²⁵.

4. Genéticos y familiares

“Por interacción compleja entre carga genética del paciente y medio ambiente; uno referido a la vulnerabilidad constitucional heredada del paciente a presentar un trastorno del estado de ánimo que interacciona con el segundo componente continuo referido al estrés ambiental y acontecimientos vitales”²⁵.

“Algunos individuos con gran predisposición genética presentan síntomas tras acontecimientos desencadenantes poco importantes; otros con vulnerabilidad genética baja presentan el trastorno con desencadenantes graves”²⁵.

5. Factores psicológicos

“Algunos autores sugieren que en las depresiones, principalmente las de menor intensidad, la presencia de factores psicógenos tiene gran importancia. Se cree que el problema de la depresión es producto de un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo será secundario a estos fenómenos cognositivos”²⁵.

5.2.1.4.2 Secundarias

1. Drogas

“Más de 200 medicamentos de han relacionado con la aparición de depresión, la gran mayoría de ellos de forma ocasional, y unos pocos con mayor frecuencia. Entre ellos los AINES, antibióticos (cicloserina, sulfas, isoniazida), hipotensores (clonidina, metildopa, propranolol, bloqueadores de los canales de calcio), antipsicóticos, drogas cardiacas, corticosteroides y contraceptivos orales”²⁵.

2. Enfermedades orgánicas

“Cualquier enfermedad, especialmente las graves, puede causar depresión como reacción psicológica, pero algunas enfermedades se relacionan con mayor frecuencia”²⁵.

3. Enfermedades psiquiátricas.

“La esquizofrenia y el trastorno esquizofrénico pueden producir cuadros depresivos. Etapas avanzadas de los trastornos de pánico pueden cursar con depresión. El Alcoholismo y la farmacodependencia pueden producir depresión secundaria”²⁵.

5.2.1.5 Cuadro clínico

“Para describir la sintomatología depresiva en la adolescencia se ha tomado como referencia la clasificación de Méndez. En ésta, se recoge la sintomatología depresiva en nueve áreas: estado de ánimo, intereses, alimentación, sueño, motricidad, energía, autoestima- preocupaciones- sentimientos, déficits cognitivos e ideación suicida”²⁶.

1. Estado de ánimo:

- “Tristeza
- Variabilidad
- Irritabilidad: malhumor, ira, rebeldía”²⁶.

2. Intereses:

- “Pasotismo”²⁶

3. Alimentación:

- “Pérdida de apetito
- Ganancia de peso lenta
- Pérdida de peso
- Comer en exceso
- Obesidad”²⁶.

4. Sueño:

- “Insomnio
- Hipersomnia”²⁶.

5. Motricidad:

- “Ausencia de variaciones significativas”²⁶.

6. Energía:

- “Cansancio
- Fatiga
- Falta de energía”²⁶.

7. Autoestima, preocupaciones y sentimientos:

- “Preocupación por la imagen corporal
- Baja autoestima
- Autodesprecio”²⁶.

8. Déficit cognitivo:

- “Reducción del pensamiento abstracto
- Indecisión”²⁶.

9. Ideación suicida:

- “Ideas, planes, intentos de suicidio.
- Suicidios violentos”²⁶.

5.2.2 TRATAMIENTO

Las opciones terapéuticas para los adolescentes con depresión abarcan tratamiento complementario, psicoterapia y medicamentos antidepresivos. Es importante que el procedimiento se acomode al joven y a la gravedad de los síntomas, en lo cual las familias participan con frecuencia.

Terapia psicológica

“Varios tipos de psicoterapia o “terapia de diálogo” pueden ayudar a las personas con depresión. Algunos tratamientos son de corto plazo (10 a 20 semanas) y otros son de largo plazo, según las necesidades del individuo. Existen dos tipos principales de psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, las cuáles han probado ser efectivas en el tratamiento de la depresión. Al enseñar nuevas maneras de pensar y de comportarse, la terapia cognitivo-conductual ayuda a las personas a cambiar sus estilos negativos de pensamiento y de comportamiento que pueden contribuir a su depresión”²⁷.

“La terapia interpersonal ayuda a las personas a entender y resolver relaciones personales problemáticas que pueden causar o empeorar su depresión. La psicoterapia puede ser la mejor opción para tratar la depresión leve a moderada. Sin embargo, para casos graves de depresión o para ciertas personas, la psicoterapia puede no ser suficiente. Estudios han indicado que una combinación de medicamentos y psicoterapia pueden ser para los adolescentes la opción más efectiva para tratar la depresión y reducir la probabilidad de una reaparición”²⁷.

“Del mismo modo, un estudio sobre el tratamiento de la depresión en ancianos descubrió que los pacientes que respondieron al primer tratamiento de medicamentos y terapia interpersonal tenían menos probabilidades de volver a sufrir de depresión si continuaban con su tratamiento combinado durante al menos dos años”²⁸.

5.2.2.1 Medicamentos

“Los antidepresivos normalizan las sustancias químicas naturales del cerebro llamadas neurotransmisores, principalmente la serotonina y la norepinefrina. Otros antidepresivos normalizan el neurotransmisor dopamina”²⁹.

“Los científicos que estudian la depresión han descubierto que estas sustancias químicas en particular participan en la regulación de los estados de ánimo, pero no están seguros de cómo exactamente funcionan. Los tipos de medicamentos antidepresivos nuevos y populares se llaman inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Entre los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se encuentran la fluoxetina (Prozac), el citalopram (Celexa), la sertralina (Zolot), y varios otros. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina son similares a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e incluyen la venlafaxina (Effexor) y la duloxetina (Cymbalta). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina son más populares que los antidepresivos más antiguos, como los tricíclicos (llamados así por su estructura química) y los inhibidores de la monoamino oxidasa porque tienden a tener menos efectos secundarios. No obstante, los medicamentos pueden tener distintos efectos en las personas, no existe una única propuesta cuando se trata de medicamentos. Por lo tanto, los antidepresivos tricíclicos o los inhibidores de la monoamino oxidasa pueden ser la mejor opción para ciertas personas”²⁹.

“Las personas que tomen inhibidores de la monoaminoxidasa deben atenerse a significativas restricciones alimenticias y medicinales para evitar posibles interacciones graves. Los inhibidores de la monoamino oxidasa interactúan con la tiramina de tal forma que pueden causar un aumento agudo en la presión arterial, lo cual podría llevar a un derrame cerebral”²⁹.

“El médico debe proporcionarle al paciente que tome inhibidores de la monoamino oxidasa una lista completa de los alimentos, medicamentos, y

substancias prohibidas. Con cualquier clase de antidepresivo, los pacientes deben tomar dosis regulares durante al menos tres a cuatro semanas antes de poder experimentar un efecto terapéutico completo. Deben continuar con los medicamentos durante un tiempo específico, aun si se siente mejor, para de esta manera evitar una recaída de la depresión. Los medicamentos únicamente deben interrumpirse bajo supervisión médica”²⁹.

“Algunos medicamentos deben dejarse de tomar gradualmente a fin de darle al organismo tiempo para ajustarse. Aunque los antidepresivos no forman hábito ni son adictivos, el dejar de tomar repentinamente un antidepresivo puede provocar síndrome de abstinencia o una recaída. Algunas personas, tales como aquellas que sufren depresión crónica o recurrente, pueden necesitar medicamentos por tiempo indefinido. Además, si un medicamento no funciona, el paciente debe estar dispuesto a probar otro. Investigaciones financiadas por el NIMH han demostrado que los pacientes que no mejoraron luego de tomar un primer medicamento aumentaron sus probabilidades de liberarse de los síntomas luego de cambiar a otro medicamento o agregar uno nuevo al que ya estaban tomando”²⁹.

“Algunas veces se utilizan estimulantes, medicamentos para la ansiedad, u otros medicamentos en combinación con un antidepresivo, especialmente si el paciente padece un trastorno mental o físico coexistente. Sin embargo, ni los medicamentos para la ansiedad ni los estimulantes son efectivos contra la depresión si se toman solos y ambos deben tomarse solamente bajo estrecha supervisión médica”³⁰.

5.2.2.2 Expectativas (pronóstico)

“Los episodios depresivos generalmente responden al tratamiento, el cual si es apropiado y oportuno puede prevenir incidentes posteriores; sin embargo, cerca de la mitad de los adolescentes que experimentan una depresión grave tienen la probabilidad de seguir presentando problemas en edad adulta”³¹.

Complicaciones

- “Drogadicción, alcoholismo y tabaquismo
- Efectos sobre el desempeño escolar y las relaciones interpersonales
- Otros problemas psiquiátricos, como trastornos de ansiedad
- Suicidio en adolescentes
- Violencia y comportamiento imprudente”³¹.

Por lo general, los adolescentes con problemas psiquiátricos adicionales requieren un tratamiento más prolongado e intensivo.

5.2.2.3 Prevención

“Los períodos de estado de ánimo deprimido son comunes en los adolescentes; sin embargo, las relaciones interpersonales de apoyo y las habilidades de adaptación saludables pueden ayudar a evitar que dichos momentos conduzcan a síntomas más severos. La comunicación abierta con el joven puede ayudar a identificar la depresión a una edad más temprana. La asesoría puede apoyar a los adolescentes para hacer frente a los períodos de estado anímico bajo. La terapia conductual cognitiva, que enseña a las personas formas de combatir los pensamientos negativos, es el tratamiento no farmacológico más efectivo para la depresión. Ello implica contar con consejeros o psicólogos bien capacitados en el uso de este método. Es posible que los episodios de depresión no se puedan prevenir en adolescentes con fuertes antecedentes familiares con múltiples factores de riesgo. Para ellos, la identificación oportuna y el tratamiento rápido y apropiado pueden prevenir o posponer episodios posteriores”³¹.

CAPITULO 3 CONSUMO DE DROGAS

5.3 CONSUMO DE DROGAS

5.3.1 Generalidades

“Los adolescentes en la actualidad, continúan usando drogas en proporciones alarmantes, constituyendo una importante amenaza para su salud y bienestar. El uso de drogas durante la adolescencia provoca alteraciones físicas, psicológicas y sociales. Además de su asociación con accidentes de tráfico, homicidios y suicidios, también se relaciona con actividad sexual temprana, fracaso escolar y delincuencia, además de las posibles consecuencias en la edad adulta, como las enfermedades cardiovasculares, alteraciones mentales como depresión y tipos de cáncer. Durante la adolescencia, puede resultar difícil diferenciar entre la experimentación, el uso frecuente, el abuso y la adicción o farmacodependencia a una droga y se debe tener presente que esta época tiene unas características especiales”³².

“Cuanto antes se empieza con el uso de una sustancia, mayor es la probabilidad de aumentar la cantidad y la variedad de uso; los jóvenes son menos capaces que los adultos en limitar el uso y atribuyen a la droga la solución a todos sus problemas; además, en la actualidad, la experiencia es muy distinta a décadas anteriores: el número de los que prueban es mayor, aparecen nuevas sustancias y combinaciones cuya sintomatología se confunde”³².

“El profesional sanitario ocupa una posición privilegiada para poder actuar tanto en la prevención primaria (educación sanitaria para evitar el consumo de sustancias), secundaria (detección precoz) y también la terciaria, colaborando en el tratamiento y vigilando la eficacia del mismo. Para todo ello es imprescindible superar una serie de barreras, como son: la falta de experiencia en el manejo de estos problemas, la poca familiaridad con los factores individuales, familiares y sociales que influyen en el uso de drogas, la dificultad en reconocer los signos y síntomas sugestivos del abuso de drogas, el

pesimismo acerca del pronóstico tras el tratamiento de estas enfermedades, y el no saber en ocasiones donde referir a los pacientes para su evaluación y tratamiento”³².

5.3.2 Tipos de consumidores

“Se pueden distinguir los siguientes grupos en función de la asiduidad y de las motivaciones”³³.

1. “Experimental: es el caso de aquella persona que, guiada por la curiosidad, se anima a probar una droga, pudiendo posteriormente continuar su consumo o suspenderlo.
2. Ocasional: es el caso de las personas que consumen espaciadamente drogas, con una frecuencia reducida. Generalmente se trata de personas que se limitan a aceptar las invitaciones que reciben, sin tomar la iniciativa de buscar drogas.
3. Recreativo/ utilitario: es la persona que consume drogas en momentos de diversión y búsqueda de placer, o en una tentativa de obtener alguna utilidad específica. Este consumo puede convertirse en problemático cuando su frecuencia aumenta, o cuando se hace necesario recurrir a la droga como condición para mantener la actividad deseada.
4. Compulsivo: es la forma de consumo característica de las personas que se llama drogodependientes. Las personas que recurren varias veces al día a la droga. Su vida se va estrechando hasta girar obsesivamente en torno a las drogas, mientras cualquier actividad va perdiendo importancia de forma progresiva”³³.

5.3.3 Problema de las drogas en la adolescencia

“Los cambios propios de la adolescencia precipitan crisis mayores y menores de situación y maduración, que requieren una resolución eficaz para el alcance de buenos resultados en términos de adaptación”³⁴.

“El establecimiento de objetivos vitales a corto y largo plazo, junto con la necesidad de intimidad, caracterizan buena parte del desarrollo del adolescente. El logro ineficaz de estos objetivos fomenta una sensación de malestar difuso dentro del adolescente, y alienta respuestas defectuosas, que entorpecen su crecimiento psicológico. Como agravante, en las sociedades tecnificadas este proceso concomitante de crecimiento y tensión se ha vuelto más prolongado e intenso”³⁴.

“Estas molestias del cambio y del crecimiento fomentan la búsqueda de alivio, escape o incluso la facilitación de la exploración del Yo y a menudo se observa que las drogas satisfacen con eficacia esta función”³⁴.

“La comunicación, fenómeno central en la sociedad, tiene como condición básica la existencia de una red de discursos: los medios masivos actuales (publicidad, cine, prensa y televisión) con su gran influencia en niños y adolescentes fomentan hábitos de perentoriedad y una cultura de la inmediatez que empuja la búsqueda de satisfacción instantánea, de la cual las drogas son una fuente posible”³⁴.

El proceso adolescente y sus características evolutivas, una ventana de vulnerabilidad al uso y abuso de distintas sustancias.

“En la adolescencia el sujeto está experimentando una serie de cambios decisivos para su vida futura. En esta etapa evolutiva el universo de valores, intereses, actitudes vitales y comportamientos adultos quedan, si no fijados, al menos orientados, y la propia identidad personal se va configurando, experimentando un desarrollo emocional, de comportamiento y físico que lo llevará a tratar de independizarse de sus padres y a buscar su propia identidad”³⁵.

“La corteza prefrontal, estructura involucrada en el juicio, planificación y toma de decisiones, es la última en desarrollarse en el adolescente, esto puede ayudar a explicar, por qué los adolescentes tienden a tomar riesgos, por qué

estos son particularmente vulnerables al abuso de drogas y por qué la exposición a drogas en este periodo crítico, puede afectar la propensión para adicción futura. Esto enfatiza la relevancia de sustancias consideradas bajo el término de “droga puerta de entrada”, las cuales producirían cambios neurobiológicos que aumentarían la respuesta del SNC a otras sustancias adictivas”³⁵.

“La droga puerta de entrada se define como la secuencia en la cual el uso de una sustancia precede y aumenta de alguna manera la probabilidad del uso de otra sustancia ilícita. Ha sido estudiada para cannabis, tabaco y alcohol”³⁵.

“Es posible que el efecto directo del alcohol, la nicotina y las otras diferentes drogas potencialmente adictivas en los sistemas dopaminérgicos, tienda a alterar los circuitos neurobiológicos involucrados, promoviendo los cambios neurobiológicos observados en los trastornos por uso de sustancias en el adulto”³⁵.

“A estas modificaciones anatómo-fisiológicas se une tanto el movimiento intrapsíquico como los cambios relacionales, procesos que están ligados a la experiencia de separación de las personas, influyentes en la infancia, a un cambio en las formas de relación y en los proyectos elaborados en común; este movimiento puede compararse al de un trabajo de duelo, que puede re-editar pérdidas y/o separaciones en períodos previos o de la pequeña infancia”³⁵.

“En relación con los conflictos previamente evocados, el adolescente debe crear o recurrir a ciertas defensas o medidas defensivas y a procesos adaptativos. La elección de objetos va mostrando mayor variación individual. Los procesos cognitivos se hacen más objetivos y analíticos. Aparecen jerarquizaciones de las funciones del yo, lo que hace que sobresalgan diferentes intereses, capacidades, habilidades y talentos que son probados experimentalmente en el uso y mantenimiento de la autoestima”³⁵.

“Como consecuencias de estos importantes cambios y adquisiciones de capacidades, el concepto que tiene el adolescente de sí mismo y su relación con el mundo cambia, generando tensiones y preocupaciones que muchas veces lo llevan a manifestar conductas desadaptativas o incomprensibles para los adultos. En este sentido, se puede decir que la adolescencia es potencialmente crítica, sin embargo el grado en que estos cambios afectan la vida personal y social del joven dependen de las habilidades y experiencias ya adquiridas en la infancia y de las actitudes de quienes lo rodean en ese momento”³⁵.

”Por lo tanto, la adolescencia debe considerarse dentro del continuo de la vida total del individuo y tomando en cuenta el papel que la cultura juega en la determinación de las características de este período”³⁵.

“Desde esta perspectiva social, este proceso tiene algunas características que lo hacen un período de especial vulnerabilidad a las conductas de riesgos, entre ellas la de consumo de diversas sustancias”³⁵.

5.3.4 Factores que inciden en la evolución del problema

“El consumo de drogas es un fenómeno complejo y multifactorial donde intervienen factores individuales, familiares y del entorno. El uso y abuso de drogas en la adolescencia se asocian frecuentemente con otras conductas problemáticas tales como delincuencia, conducta sexual temprana y problemas escolares. Es importante enfocar el consumo de drogas, como un problema mucho más amplio, como son las conductas de riesgo que ponen la salud del individuo en dificultades a corto y a largo plazo. Existen otras conductas protectoras de la salud como el ejercicio físico regular, adecuada relación con los amigos, saber decir NO a las drogas, entre otras. La salud del adolescente es el resultado de un balance entre conductas de riesgo y de protección”³⁶.

“Las conductas de riesgo agrupan aquellas actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo

psicosocial normal durante la infancia y adolescencia, con repercusiones para la vida actual o futura. Es muy importante tener en cuenta la edad de inicio, la madurez del joven y la intensidad de ésta”³⁶.

“El consumo de drogas es un fenómeno complejo y multifactorial y es la combinación de varios factores lo que hace a los sujetos más vulnerables a la experimentación y al abuso. Los factores protectores son los inversos de los factores de riesgo y disminuyen el riesgo para el abuso de drogas de dos formas, mitigando los factores de riesgo y potenciando otros factores protectores”³⁶.

Los factores de riesgo se dividen en:

5.3.4.1 Individuales y de relaciones interpersonales

5.3.4.1.1 Biológicos

- “El sexo varón se asocia a un mayor riesgo de abuso de drogas.
- Efectos hormonales: los adolescentes con altos niveles de andrógenos pueden ser más agresivos y comprometerse en conductas de riesgo.
- Predisposición genética: los hijos de alcohólicos tiene mayor probabilidad de abuso de alcohol que los hijos de no alcohólicos.
- Edad: el inicio del consumo de alcohol y marihuana se realiza entre los 15-18 años y sobre los 18 años para otras drogas ilegales. El inicio del uso de drogas antes de los 15 años aumenta el riesgo de abuso para el futuro. El riesgo para el inicio de uso de todas las drogas disminuye a partir de los 20 años.
- Inicio asincrónico de la pubertad: las mujeres con desarrollo temprano y los varones con desarrollo retrasado tienen una más baja autoestima y más riesgo de conductas de riesgo.
- La adolescencia debido a los cambios que se producen, constituye, en sí misma, un período de extrema vulnerabilidad”³⁶.

5.3.4.1.2 Factores psicológicos y cognitivos

- “Los adolescentes impulsivos o que buscan emociones nuevas pueden tener alto riesgo de abuso de drogas y otras conductas de riesgo.
- Las actitudes del adolescente hacia las drogas (creencias y expectativas) están directamente relacionadas con el uso de drogas. Los consumidores valoran positivamente las consecuencias del consumo a diferencia de los que no consumen que lo hacen negativamente. A medida que el individuo considera más probable su consumo, minimiza las consecuencias adversas y valora más las positivas.
- La inteligencia: un nivel bajo de inteligencia puede influir en no percibir los riesgos asociados al uso de drogas.
- La agresividad temprana en niños tímidos que continúa en la adolescencia es un marcador para conducta antisocial y el uso de drogas.
- Problemas psiquiátricos como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la depresión, personalidad antisocial y trastornos de la conducta. Un adecuado diagnóstico y tratamiento de los problemas psiquiátricos en adolescentes ayudarán a disminuir la tasa de abuso de sustancias.
- También se asocian: la baja autoestima, la inmadurez, el desequilibrio afectivo, impulsividad, rebeldía, el sentimiento de invulnerabilidad, la inexperiencia y la dificultad para relacionarse entre otras”³⁶.

“Constituyen factores protectores el tener objetivos, una alta autoestima, autocontrol, y los niños y jóvenes que se aíslan de sus familias y ambientes de riesgo”³⁶.

5.3.4.1.3 Factores familiares

- “Educación de los padres: los padres permisivos que no aportan límites claros o aquellos con estilo autoritario, que no ofrecen espacio para el desarrollo del adolescente, tienen hijos con mayor riesgo de uso de drogas. Son factores protectores: la presencia de los dos padres, una buena relación padres-hijos, padres que utilizan adecuadamente su autoridad que

ofrecen guías claras, y estimulan a sus hijos a tomar riesgos razonables con desarrollo de la libertad, que están disponibles y que saben dónde y con quién están sus hijos.

- El consumo de los padres influye en la opinión de los hijos, aumentando la posibilidad de consumir. Además, si los hijos asisten a los padres (poner un vaso de vino, encender un cigarrillo, comprar tabaco, entre otras) tienen también mayor riesgo de uso. En ocasiones, que los padres usen drogas puede actuar de repelente para el hijo al haber visto y experimentado las consecuencias negativas de la adicción.
- Los conflictos familiares y mala relación padres-hijos, más que la estructura familiar, ha sido asociado con el uso de drogas³⁶.

“Son factores protectores familiares la cohesión y la calidez así como un bajo nivel de discordia en la familia”³⁶.

5.3.4.1.4 Factores escolares

- “El fracaso escolar, una mala adaptación y el déficit de atención influyen en el consumo de drogas.

Son factores protectores si los jóvenes se sienten unidos a la escuela, si los padres esperan un alto logro académico y también si los chicos están involucrados en instituciones religiosas (trabajo, estudio, actividades juveniles)³⁶.

5.3.4.1.5 Factores relacionados con el grupo de amigos

- “Presiones del grupo: se ha considerado que es esto lo que desvía a un adolescente de una conducta positiva a otra negativa, pero los estudios realizados no son concluyentes. En general, el grupo lo que hace es proveer a los adolescentes necesidades y deseos similares, y es más probable que provoque protección contra un estrés que conduzca a un abuso de drogas”³⁶.
- “Tener amigos consumidores de drogas, es el predictor más fuerte de consumo de drogas en el adolescente.
- Percepción sobreestimada del consumo de otros compañeros”³⁶.

“Si los jóvenes se involucran en deporte, grupos de teatro, música, etc. Es menos probable que se relacionen con los que consumen drogas”³⁶.

5.3.4.2 Factores socioculturales y ambientales

- “Leyes y normas sociales favorables al uso de drogas: hay que tener presente que aunque la sociedad no acepte el uso de drogas, si puede ser aceptado dentro del grupo en el cual el joven se relaciona.
- Baja percepción del riesgo por el uso de drogas: cuanto más baja sea la percepción del riesgo más se extiende el consumo. Los jóvenes que piensan que el consumo de drogas tiene efectos negativos consumen menos que los que no piensan así.
- Disponibilidad y presencia de drogas: a mayor disponibilidad, mayor consumo. La estrategia de aumentar el precio de una sustancia, se acompaña de una disminución del consumo.
- Comunidad con alto grado de deprivación social y económica: estas comunidades constituyen un riesgo de consumo de drogas y conductas delictivas ya que se asocia a unas pobres relaciones sociales, desempleo y educación limitada. Si la pobreza no es extrema no constituye un factor de riesgo. Además, diversos estudios han demostrado que el consumo de drogas se asocia también a disponibilidad económica.
- Una elevada movilidad (cambios de residencia, colegio, etc.) se asocia a un mayor riesgo de uso.
- Medios de comunicación: actualmente existe una exposición continua a la televisión, vídeos, películas, juegos, revistas con referencias continuas al tabaco, alcohol y drogas, sin hacer ninguna mención de los efectos secundarios. Además, su uso lo equiparan al glamour, éxito social, diversión, deporte, deseo. Es necesario enseñar a los adolescentes a ser críticos con el consumo y la publicidad engañosa”³⁶.

“Son factores protectores los estímulos y reconocimientos de los sistemas de apoyo social (escuela, instituciones, etc.)”³⁶.

CAPITULO 4. DROGAS

5.4 DROGAS

“La Organización Mundial de la Salud, la define como toda sustancia que al ser introducida en el organismo modifica algunas de las funciones del sistema nervioso central. Genéricamente las llamamos “drogas” o “sustancias” aunque su denominación específica es “drogas psicoactivas”. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), por uso de una droga se entiende el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica. El abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. La dependencia surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. También puede ocurrir que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo sólo los fines de semana”³⁷.

Son todas aquellas sustancias químicas que reúnen las siguientes características:

- “Una vez en nuestro organismo, se dirigen a nuestro cerebro, cuyo ecosistema modifican de manera variable.
- Su uso regular puede generar procesos conocidos como:
 - ✓ Tolerancia: a medida que el organismo se va adaptando a la presencia regular de la sustancia, se necesita una mayor cantidad para producir los mismos efectos.
 - ✓ Dependencia: tras un uso habitual, la persona necesita consumir la sustancia de que se trate para no experimentar síntomas de abstinencia, como veremos al hablar de la dependencia física, y/o para afrontar la vida cotidiana, como veremos en la dependencia psicológica”³⁸.
- Su abuso puede provocar diferentes tipos de trastornos:

- ✓ “Trastornos físicos, cuando dañan el organismo: por ejemplo, una bronquitis crónica causada por el tabaco.
- ✓ Trastornos psicológicos, cuando inciden negativamente sobre la relación de la persona consigo misma o con su entorno afectivo, como ocurre en los conflictos de pareja por abuso de alcohol.
- ✓ Trastornos sociales, cuando impactan sobre la comunidad, como ocurre con los accidentes de tráfico provocados por conductores bajo los efectos de las drogas”³⁸.

5.4.1 Definiciones

“**Síndrome de abstinencia:** es un conjunto de síntomas psíquicos y/o fisiológicos que se manifiestan cuando una persona con dependencia física de una droga cesa su consumo de forma brusca o lo reduce por debajo de un cierto umbral”³⁹.

“Es específico de cada sustancia y aunque su magnitud viene motivada por el grado de dependencia resulta notablemente condicionado por la interpretación que el sujeto hace de mismo (experiencias previas, expectativas, fantasías, descripción de amigos)”³⁹.

“La duración del síndrome varía en función de cada sustancia, pero tiene los efectos entre una y dos semanas”³⁹.

“**Dependencia física:** De acuerdo a la Organización Mundial de La Salud (OMS), se entiende por drogodependencia “un esquema de comportamiento en el cual se da prioridad al uso de una sustancia frente a otros comportamientos antes considerados como importantes”³⁹.

“Se habla de dependencia física cuando el uso recurrente de una droga genera una adaptación fisiológica por la cual el funcionamiento orgánico del sujeto se ve alterado si no se administra la sustancia, o si la dosis consumida se reduce por debajo de cierto umbral”³⁹.

“Si una vez establecida esta dependencia se interrumpe o reduce la administración de la droga, aparecerá un síndrome de abstinencia específico”³⁹.

“El síndrome de abstinencia se da cuando la droga se ha incorporado al metabolismo del sujeto. El organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en la sangre para funcionar con normalidad”³⁹.

“**Tolerancia:** La tolerancia es un proceso de adaptación orgánica a una droga repetidamente administrada, por el cual se requiere una dosis cada vez más elevada de la misma para obtener efectos similares”³⁹.

“Una droga provoca tolerancia cuando es necesario ir aumentando progresivamente la cantidad consumida para experimentar los mismos efectos, o lo que es lo mismo, cuando los efectos provocados por la misma cantidad de droga cada vez son menores”³⁹.

“A mayor tolerancia a una droga, mas peligro de ingerir una dosis toxica. La tolerancia es un indicio de alteración metabólica consecuencia de un consumo crónico del que el organismo intenta defenderse”³⁹.

“**Intoxicación aguda:** si el consumo de una droga es superior en dosis o en frecuencia a la cantidad que el organismo elimina, se produce una intoxicación. Una intoxicación es aguda cuando de forma circunstancial se produce la acumulación de la sustancia en un tiempo menor de que el organismo necesita para eliminarla. Una intoxicación es grave cuando pone en peligro la vida del consumidor”³⁹.

5.4.2 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

“Las drogas se pueden catalogar siguiendo distintos parámetros. Normalmente cuando se habla de drogas se establecen cinco grupos”⁴⁰.

1. “Narcóticos
2. Depresores
3. Estimulantes
4. Alucinógenos
5. Esteroides anabólicos”⁴⁰.

Cada grupo tiene características similares y a menudo produce efectos parecidos.

Clasificación según los efectos en el Sistema Nervioso Central

1. “Las estimulantes: los efectos son euforia, insomnio, hiperactividad, menor cansancio, autoconfianza, como: cocaína, anfetaminas o cafeína.
2. Las drogas sedantes o depresoras producen relajación y tranquilidad como el alcohol, la morfina, heroína.
3. Las drogas alucinógenas producen distorsión temporal y sensorial, euforia suave como LSD, pegamentos”⁴⁰.

Clasificación en función de su legalidad

“La clasificación de las drogas en legales e ilegales sigue criterios determinados. Se suele considerar una droga como legal cuando: el consumo es general, el consumo es tradicional, el consumo obedece a razones médicas”⁴⁰.

“Las Drogas legales: son las que se permite el consumo por parte del poder público, e incluso es fomentado a través de la publicidad”⁴⁰.

- “Psicofármacos
- Alcohol
- Cigarrillo”⁴⁰.

“Las Drogas ilegales: se trata de una sustancia Tabú, se asocia su consumo a la delincuencia o la violencia, los efectos secundarios a medio o largo plazo son muy negativos para el cuerpo humano, o su consumo puede afectar negativamente la economía de un país”⁴⁰.

- “Marihuana
- Cocaína
- Crack
- Éxtasis
- Heroína”⁴⁰.

En la presente bibliografía vamos a conceptualizar las drogas de consumo legal como Alcohol y Cigarrillo.

5.4.2.1 ALCOHOL

“El alcohol es una droga depresora del Sistema Nervioso Central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Afecta a la capacidad de autocontrol, produciendo inicialmente euforia y desinhibición, por lo que puede confundirse con un estimulante.

El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol o alcohol etílico, que tiene diferente concentración dependiendo de su proceso de elaboración. Las bebidas alcohólicas pueden ser”⁴¹:

- **“Fermentadas:** vino, cerveza y sidra. Tienen una graduación entre los 4º y los 15º. Se producen por la fermentación de los azúcares de las frutas o de los cereales”⁴¹.
- **“Destiladas:** son el resultado de la destilación de las bebidas fermentadas, con lo que tienen mayor concentración de alcohol. El orujo, el pacharán, el vodka, el whisky, el ron o la ginebra tienen entre 40º y 50º. Esto supone que el 40% o el 50% de lo que se bebe es alcohol puro”⁴¹.

5.4.2.1.1 Efectos inmediatos en el organismo

“El alcohol ingerido en una bebida es absorbido en el aparato digestivo, desde donde pasa a la circulación sanguínea en la que puede permanecer hasta 18 horas. Es eliminado finalmente a través del hígado. La presencia continuada de alcohol en el organismo y su consumo repetido es responsable de la mayoría de las lesiones que esta sustancia produce en nuestro cuerpo, como la cirrosis hepática o las encefalopatías en las que el funcionamiento de hígado y cerebro se ve gravemente alterado”⁴¹.

“Pocos minutos después de haber bebido, pueden aparecer una serie de efectos, cuya manifestación varía según la cantidad ingerida y las

características de cada persona. Por orden de aparición en el tiempo y en relación con la concentración de alcohol en el organismo, estos efectos serían los siguientes”⁴¹:

- ✓ “Deshinibición
- ✓ Euforia
- ✓ Relajación
- ✓ Aumento de la socialización
- ✓ Dificultad para hablar
- ✓ Dificultad para asociar ideas
- ✓ Descoordinación motora
- ✓ Intoxicación aguda: estos pueden variar en función del peso, la edad y estado de salud”⁴¹.

Los efectos del alcohol dependen de la cantidad consumida, pero existen otras circunstancias que los pueden acelerar o agravar:

- **“La edad:** Los jóvenes son más sensibles a los efectos del alcohol en actividades que tienen que ver con la planificación, memoria y aprendizaje, y son más “resistentes” que los adultos a los efectos sedantes y a la descoordinación motora”⁴¹.
- **“El peso y el sexo:** El alcohol afecta de modo más grave a las personas con menor masa corporal. En general, la mujer pesa menos y el tamaño de sus órganos internos es proporcionalmente más pequeño. Por lo tanto, menores cantidades de alcohol pueden generar más rápidamente daños psico-orgánicos y desarrollar problemas con el alcohol más fácilmente que en el varón”⁴¹.
- **“La ingestión simultánea de comida:** especialmente de alimentos grasos, ententece la intoxicación pero no evita ni reduce los daños al organismo”⁴¹.

5.4.2.2 .Riesgos y consecuencias del consumo de alcohol

“El consumo de alcohol durante los fines de semana, sobre todo entre los jóvenes, se ha convertido en un problema de salud pública. Las investigaciones

desarrolladas en los últimos treinta años, han demostrado que el consumo excesivo de alcohol puede provocar graves trastornos físicos, psicológicos y del comportamiento. El riesgo de padecer estos trastornos a lo largo de la vida es mayor cuando este consumo se inicia en la adolescencia”⁴¹.

“Los problemas derivados del abuso de alcohol pueden producirse tanto a corto como a largo plazo”⁴¹.

A Corto Plazo (Efectos Agudos)

“El abuso de alcohol conlleva los siguientes riesgos:

- Se puede llegar a la intoxicación etílica, que puede provocar un coma e incluso la muerte.
- Favorece conductas de riesgo, ya que el alcohol desinhibe y, además, provoca una falsa sensación de seguridad. Por ello, está relacionado con accidentes de tráfico y laborales o con prácticas sexuales de riesgo que pueden llevar a contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados”⁴¹.

A Largo Plazo (Efectos Crónicos)

“El consumo excesivo de alcohol puede provocar importantes problemas de salud, conflictos familiares y sociales. Estos efectos pueden presentarse incluso en el caso de personas que no hayan desarrollado una dependencia y, por tanto, no sean consideradas alcohólicas. Destacan los siguientes”⁴¹:

- “Hipertensión arterial
- Gastritis
- Úlcera gastroduodenal
- Cirrosis hepática
- Cardiopatías
- Encefalopatías
- Cáncer

- Alteraciones del sueño
- Agresividad
- Depresión
- Disfunciones sexuales
- Deterioro cognitivo
- Demencia
- Psicosis⁴¹.

“Una de las consecuencias más graves del consumo excesivo de alcohol es el alcoholismo o dependencia alcohólica. Se trata de una enfermedad caracterizada por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental de la persona y con sus responsabilidades familiares, laborales y sociales⁴¹.”

“El riesgo de desarrollar alcoholismo depende de varios factores, a destacar:

- ✓ La vulnerabilidad individual: los hijos de padre o madre alcohólica tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas con el alcohol, sobre todo si son varones. También tienen más riesgo aquellos que lo utilizan para aliviar el malestar psicológico o superar sus problemas personales.
- ✓ La edad de inicio: cuanto antes se empieza a beber, más riesgo existe de desarrollar dependencia en la edad adulta.
- ✓ La cantidad que se bebe: aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que no hay una cantidad “segura” por debajo de la cual no haya riesgos, se establecen tres categorías de bebedores en función de la cantidad ingerida y el sexo⁴¹.

“Para calcular los gramos de alcohol que se ingieren se utiliza la siguiente fórmula⁴⁰:

$$\text{Gramos de alcohol} = \frac{\text{cantidad de bebida (ml o cl)} \times \text{número de grados} \times 0.8}{100}$$

“Se considera bebedores excesivos a los hombres que beben más de 40 gramos de alcohol diarios, y a las mujeres que ingieren más de 24 gramos de alcohol por día”⁴⁰.

“Aproximadamente el contenido en gramos alcohol de las bebidas más consumidas es”⁴⁰:

Bebida	Cantidad	Gramos
Vaso de vino	100 ml	8 gramos
Cerveza	200 ml	8 gramos
Licor, copa	50 ml	16 gramos
Vermut	100 ml	16 gramos

Clasificación operativa de los distintos conceptos.

“**Abstemio:** se considera una persona abstemia es aquella que nunca ha bebido alcohol de forma habitual”⁴⁰.

“**Bebedor moderado:** aquella persona que consume alcohol de manera habitual pero en cantidades situadas debajo del límite de riesgo”⁴⁰.

“**Bebedor de riesgo:** aquellas personas cuyo consumo semanal de alcohol sobrepasa el límite de riesgo admitido (280 g /semana en los hombres y 168 g/semana en mujeres)”⁴⁰.

“**Bebedor problemático:** aquellas personas que a causa de su consumo de alcohol presentan algún problema físico, psíquico, familiar, social, legal o económico”⁴⁰.

5.4.2.3 Consumo de alcohol en adolescentes

“El consumo de alcohol en la adolescencia aumenta las posibilidades de desarrollar en la edad adulta un consumo abusivo o una dependencia de bebidas alcohólicas”⁴¹.

“Los jóvenes rara vez presentan cirrosis hepática u otros trastornos, que se suelen presentar en los adultos tras varios años de abusar del alcohol, sin embargo las últimas investigaciones científicas han demostrado que el consumo de alcohol en la adolescencia, y especialmente el consumo “en atracón”, puede afectar el sistema nervioso central a distintos niveles”⁴¹:

- “Interfiere en el desarrollo del cerebro que atraviesa un periodo crítico de cambios durante esta etapa, limitando su futuro y su potencial individual.
- Afecta, entre otras, la zona cerebral relacionada con la memoria y el aprendizaje (hipocampo).
- En los casos en que el consumo de alcohol produce síntomas de resaca o abstinencia, se producen daños sobre la memoria, el aprendizaje y la planificación de tareas”⁴¹.

“Como consecuencia, se producen alteraciones de las relaciones personales, del rendimiento escolar, comportamientos violentos y conductas peligrosas para la salud como prácticas sexuales de riesgo o conducir bajo los efectos del alcohol”⁴¹.

5.4.2.2 TABACO

“El tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso central. Uno de sus componentes, la nicotina, posee una enorme capacidad adictiva, y es la causa por la que su consumo produce dependencia”⁴¹.

“Durante la combustión del tabaco se originan más de 4.000 productos tóxicos diferentes. Entre ellos, destacan por su especial peligrosidad y por las enfermedades a que pueden asociarse, los siguientes”⁴¹:

- ✓ “Alquitranes: responsables de los distintos tipos de cáncer.
- ✓ Monóxido de carbono: favorece las enfermedades cardiovasculares.

- ✓ Irritantes (fenoles, amoníacos, ácido cianhídrico): responsables de enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar.
- ✓ Nicotina: causa la dependencia del tabaco. Tiene una vida media aproximada de dos horas, pero a medida que disminuye su concentración en sangre, se incrementa el deseo de fumar.
- ✓ Otros componentes del tabaco: arsénico, cadmio, níquel, polonio 210, acetona y metanol, entre otras sustancias cancerígenas o tóxicas⁴¹.

5.4.2.2.1 Efectos inmediatos que produce en el organismo el tabaco

“Fumar un cigarrillo significa exponerse a numerosas sustancias perjudiciales para la salud y al riesgo de desarrollar una dependencia”⁴¹.

“El monóxido de carbono se encuentra en el humo del tabaco, y pasa a la sangre a través de los pulmones. Es el responsable del daño en el sistema vascular por una parte, y de la disminución del transporte de oxígeno a los tejidos de nuestro organismo, por otra. Produce fatiga, tos y expectoración”⁴¹.

“La nicotina actúa sobre las áreas del cerebro que regulan las sensaciones placenteras, provocando la aparición de dependencia. También actúa sobre el sistema cardiovascular aumentando la frecuencia cardíaca y la posibilidad de arritmias. Además, produce cambios en la viscosidad sanguínea y aumenta los niveles de triglicéridos y colesterol”⁴¹.

“A diferencia de la imagen atractiva que tiene a veces, el tabaco produce al poco tiempo de empezar a consumirse alguna alteración poco deseable entre las que se encuentran”⁴¹:

- “Arrugas prematuras en la zona del labio superior, alrededor de los ojos (patas de gallo), barbilla y mejillas, y coloración grisácea de la piel que constituye el llamado “rostro del fumador”.
- Manchas en los dientes, infecciones y caries dentales.

- Mal aliento y mal olor corporal por impregnación del olor del tabaco.
- Manchas amarillentas en uñas y dedos”⁴¹.

“Los jóvenes que empiezan a fumar no suelen conceder importancia a los efectos que el tabaco producirá sobre su salud a largo plazo, pero existen otros efectos, más cercanos en el tiempo, que han sido demostrados en población juvenil y que pueden constatarse sin necesidad de que exista cronicidad en el consumo de tabaco”⁴¹.

Efectos a corto plazo en jóvenes

- “Aumento de catarrros de repetición.
- Aumento de la tos.
- Disminución del rendimiento deportivo.
- Pérdida de apetito”⁴¹.

Riesgos y consecuencias de consumir tabaco

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. En Europa, el tabaquismo provoca cada año 1,2 millones de muertes. Está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades (de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer) y es la principal causa de buena parte de muertes por cáncer de pulmón y de más del 50% de las enfermedades cardiovasculares”⁴¹.

Entre las enfermedades relacionadas con el tabaco destacan las siguientes:

- “Bronquitis crónica.
- Enfisema pulmonar.
- Cáncer de pulmón.
- Hipertensión arterial.
- Enfermedad coronaria (angina o infarto de miocardio).
- Accidentes cerebrovasculares (trombosis, hemorragias o embolias).

- Úlcera gastrointestinal.
- Gastritis crónica.
- Cáncer de laringe.
- Cáncer bucofaríngeo.
- Cáncer renal o de vías urinarias.
- Impotencia sexual en el varón⁴¹.

Riesgos adicionales en las mujeres:

- ✓ “La probabilidad de padecer un infarto se multiplica por 10 en las mujeres que fuman y utilizan anticonceptivos orales.
- ✓ Entre las mujeres fumadoras, la menopausia se adelanta una media de entre 2 y 3 años con respecto a las mujeres que nunca han fumado.
- ✓ Aumenta el riesgo de sufrir osteoporosis⁴¹.

“El consumo de tabaco incrementa en un 70% el riesgo de morir prematuramente por diversas enfermedades derivadas del consumo de tabaco. Este mayor riesgo es directamente proporcional al tiempo que se lleva fumando, a la cantidad de cigarrillos que se fuman a diario, a la profundidad de la inhalación del humo y al contenido en nicotina y alquitrán de la marca fumada⁴¹ .

Situaciones De Especial Riesgo

- “Enfermedades previas o actuales: Las personas que han tenido o tienen problemas respiratorios, cardiovasculares, alérgicos o enfermedades que puedan agravarse con el consumo del tabaco son especialmente vulnerables.
- Embarazo y lactancia: La nicotina atraviesa la barrera placentaria que protege al feto y también pasa a la leche materna.
- Delante de menores: No sólo se les expone al humo, sino que se les enseña un modelo erróneo de conducta para ellos.
- Estancias pequeñas y sin buena ventilación.

- Adolescentes: La edad de inicio se relaciona con la dependencia del tabaco y la dificultad para abandonarlo⁴¹.

“No fumar es especialmente importante en aquellos casos en los que el daño a la propia salud o a la de terceras personas aumenta⁴¹.”

5.4.2.3 CONSECUENCIAS DEL USO DE LAS DROGAS

“El consumo de drogas legales e ilegales, constituye un problema de salud pública muy importante. Los riesgos y daños asociados al consumo varían para cada sustancia. Además, es necesario tener en cuenta las variables personales como el grado de conocimiento o experiencia del usuario, su motivación, etc. También es importante considerar las propiedades específicas de cada droga así como la influencia de los elementos adulterantes⁴².”

Estas consecuencias son muy diversas y pueden agruparse en dos grandes grupos:

SEGÚN EL TIPO

1. **“Salud:** el consumo de drogas origina o interviene en la aparición de diversas enfermedades, daños, perjuicios y problemas tanto orgánicos como psicológicos. Por ejemplo: hepatitis, cirrosis, trastornos cardiovasculares, depresión, psicosis, paranoia, etc⁴².”
2. **“Social:** los adictos a las drogas, con frecuencia se ven envueltos en agresiones, desordenes públicos, conflictos raciales, marginación⁴².”
3. **“Economía:** dado el ingente volumen de dinero que mueve el mercado de las drogas y el narcotráfico, tanto los consumidores como los países contraen importantes deudas; se produce desestabilización económica nacional, etc⁴².”

SEGÚN EL NIVEL

1. **“Individual:** son los daños experimentados por el propio consumidor de drogas⁴².”

2. “Comunidad: el consumo de drogas genera multitud de consecuencias negativas para la familia del drogodependiente, sobre los amigos, los vecinos”⁴².

3. “Sociedad: a nivel colectivo produce efectos sobre la estructura y organización de la misma (aumento de las demandas en los servicios de salud, incremento de la inseguridad ciudadana por delitos contra la propiedad, presencia del crimen organizado a través de las redes de narcotraficantes)”⁴².

5.4.2.4 REHABILITACIÓN: CONCEPTOS Y PROCESOS

“El concepto de rehabilitación es un tratamiento que se utiliza para curar una enfermedad, la drogodependencia. Como tal, el enfermo tendrá que someterse a unos tratamientos que muy a menudo le serán molestos y casi insoportables”⁴³.

“Es importante destacar que la reincidencia empieza mucho antes de que el adicto vuelva a usar droga. Una recaída se inicia cuando el paciente padece sentimientos negativos o niega las circunstancias angustiosas de su vida, cuando reasume el modo de pensar adictivo, deja de tomar medidas para manejar los problemas con eficacia, deja de buscar ayuda, se expone a situaciones de riesgo, y así sucesivamente. Retomar el uso de la droga es de hecho la culminación de la reincidencia, y no su comienzo”⁴³.

La terapia consta de distintas etapas y estadios:

1. Estabilización e intervención en la crisis.

“Esta etapa se da durante las primeras dos semanas del tratamiento. Se caracteriza por”⁴³:

- ✓ “Cese inmediato de todo el consumo de drogas.
- ✓ Alejamiento de otros consumidores y traficantes.
- ✓ Desaparición de los efectos indeseables de la “abstinencia” de la droga.
- ✓ Estabilización de la conducta cotidiana.
- ✓ Estabilización o resolución de las situaciones de crisis que se presenten.

- ✓ Establecimiento de una conexión positiva con el programa de tratamiento.
 - ✓ Formulación de un plan terapéutico⁴³.
2. “Durante el primer y segundo mes se da la etapa de abstinencia precoz, que se caracteriza por⁴³:
- ✓ “Información sobre la enfermedad adictiva.
 - ✓ Aceptación que la enfermedad existe.
 - ✓ Establecimiento de un sistema de apoyo.
 - ✓ Inicio de su incorporación en los grupos de autoayuda.
 - ✓ Logro de una abstinencia estable, por lo menos durante dos semanas⁴³.
3. “Cuando la terapia ya está más avanzada se accede a la etapa de prevención de recaídas, que normalmente se da entre el tercer y el sexto mes de tratamiento. No se puede acceder a dicha fase sin antes haber superado la dos anteriores. Consta de⁴³:
- ✓ “El pase de admitir verbalmente que existe la adicción a aceptarla emocionalmente.
 - ✓ Información sobre el proceso de recaídas, los signos de aviso de la recaída, los factores de riesgo y cómo contrarrestar este proceso.
 - ✓ Realización de cambios positivos y firmes en el estilo de vida.
 - ✓ Conocimiento del control eficaz de los problemas, los reajustes y los fracasos.
 - ✓ Identificación y control de los sentimientos negativos.
 - ✓ Logro de una vida efectivamente estable, sin drogas.
 - ✓ Aumento de la relación con los grupos de autoayuda.
 - ✓ Mantenimiento de una abstinencia estable, por lo menos durante seis meses⁴³.
4. “La última etapa del tratamiento es la de la recuperación avanzada. Se da sin un plazo temporal determinado y consta de⁴⁸:
- ✓ “Culminación de los cambios en la actitud, el estilo de vida y la conducta.

- ✓ Alejamiento del pensamiento adictivo y los rasgos de personalidad asociados.
- ✓ Establecimiento de una madurez adecuada.
- ✓ Consolidación de habilidades en la solución de problemas.
- ✓ Trabajo y estudio de los problemas de tipo emocional, relacional y de autoestima⁴³.

“No es cierto que una reincidencia cancele todo el progreso realizado hasta ese momento. Padecer una reincidencia no significa que todo el progreso realizado quede perdido. Si el adicto se mantuvo abstinentemente durante dos meses, o dos años, antes de reincidir, seguirá teniendo esa experiencia en materia de recuperación. Esos meses o años no dejan de existir. Un desliz puede ser un retroceso temporal que en definitiva le sirva para tener presente que todavía es vulnerable⁴³.”

“Si retoma la abstinencia lo más rápidamente que le sea posible, su recuperación podrá continuar⁴³.”

“La reincidencia no es señal del fracaso de la recuperación ni es indicio de una falta de motivación. Tener una reincidencia no es señal que la recuperación haya fallado. Solo implica que el enfermo ha cometido un error, pero puede aprender a evitarlo tomando conciencia de él. Esto significa que debe tomar más precauciones⁴³.”

“La tendencia a reincidir es una parte natural de la enfermedad adictiva, e incluso personas que están muy motivadas y desean sinceramente recuperarse pueden padecerlo. Nadie tiene la abstinencia garantizada de por vida simplemente por haber emprendido su recuperación⁴³.”

5.4.2.5 ETAPAS MOTIVACIONALES Y MEDIDAS TERAPÉUTICAS

“Las medidas terapéuticas deben ir acompañadas de ciertos procesos mentales por parte del paciente. Es una evolución paralela y de suma importancia para el correcto desarrollo del tratamiento de la enfermedad. Hay cuatro etapas⁴³.”

I. Etapa precontemplativa

“El adicto no tiene conciencia de la enfermedad que padece”⁴³.

“La intervención será causada por las consecuencias que comporta el consumo. Estas serán de carácter físico, psicológico y socio-familiares”⁴³.

“El enfermo recibe presiones médicas y/o psicosociales. Así mismo tiene también motivaciones propias”⁴³.

II. Etapa contemplativa

“El paciente siente ambivalencia hacia el tratamiento”⁴³.

“Muy a menudo se tienen que afrontar situaciones de codependencia familiar así como alguna intervención médica u hospitalización de emergencia por consecuencias físicas y psicológicas adversas”⁴³.

III. Etapa de determinación

“En esta etapa existe decisión para el cambio por parte del drogodependiente que se da cuenta de que no es posible seguir llevando el estilo de vida que le caracteriza”⁴³.

IV. Etapa de acción

“Se recurre a la búsqueda de ayuda. Se asisten a reuniones y centro especializados, así como a consejos. Existe la decisión de iniciar un tratamiento y programas terapéuticos regulares con o sin equipo interdisciplinario”⁴³.

V. Etapa de mantenimiento

“Se deben mantener logros alcanzados y avanzar hacia la desintoxicación aguda. Existe peligro del síndrome de abstinencia continuado o cambios motivacionales, así como tener la falsa sensación de que sí se pueden controlar las drogas”⁴³.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

1. Tipo de Estudio

El presente trabajo investigativo fue de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal.

2. Lugar y tiempo de la investigación

Colegio Universitario Manuel Cabrera Lozano de la ciudad de Loja, en el periodo Febrero-Agosto 2013.

3. Universo

El Universo fue de 1181 estudiantes de 12-18 años del Colegio Universitario Manuel Cabrera Lozano de la Ciudad de Loja.

4. Muestra

La muestra fue de 267 estudiantes que comprende desde octavo hasta tercero de bachillerato general unificado, incluyendo 2 paralelos por año.

5. Tipo De Muestreo

No probabilístico, por conveniencia-intencional, ya que los estudiantes para la muestra de estudio fueron escogidos al azar.

Criterios de Inclusión:

Se tomo en cuenta a los estudiantes que estuvieron presentes en el aula correspondiente, además de que tengan entre 12 y 18 años cumplidos y aquellos que por su propia voluntad decidan responder la encuesta.

Criterios de exclusión

Se tomo en cuenta los estudiantes que no se encontraban presentes el momento de la aplicación de la encuesta. Además de los adolescentes que salen del rango de la edad solicitada y aquellos que voluntariamente no decidieron contestar la encuesta.

6. Instrumentos

- * Test de depresión de Beck. (Anexo 1), con su respectiva guía de interpretación para calificación (Anexo 3).
- * Test de la OMS para consumo de drogas Modificado. (Anexo 2)

7. Técnica

- * Encuesta: Anexo 1, Anexo 2

8. Procedimiento

Para la elaboración de la presente investigación se utilizó la encuesta, la misma que ha sido aprobada por el director de la misma, se realizaron las actividades que se menciona a continuación:

Permiso otorgado por la Autoridad del Colegio, para conseguir la autorización, se realizó la Solicitud dirigida al Rector del Colegio Manuel Cabrera Lozano de Loja (Anexo 4), donde se manifestó lo que se buscaba hacer en la institución.

Consentimiento informado (Anexo 5) y su aplicación en el que consta que el adolescente acepta responder a la encuesta de forma voluntaria el mismo que fue introducido antes de aplicar el instrumento de recolección de datos.

Para la aplicación del instrumento de recolección de datos, en el inicio platique con los inspectores asignados a cada paralelo, para que me permitan el espacio adecuado y disponible sin que interfiera con las actividades académicas de los estudiante, una vez brindado el espacio aplique la encuesta a los adolescentes, con una duración de 20 minutos por paralelo.

La información obtenida se tabulo de forma manual, para luego ser ingresada en hojas de cálculo del programa Microsoft Excel, de la cual se obtuvo tablas y gráficos. La tabulación se la realizó mediante frecuencias y porcentajes de cada variable evaluada, los mismos que de forma individual y personalizada tuvieron la interpretación pertinente, para de esta manera realizar una discusión de los resultados obtenidos, comparando los datos obtenidos en el presente estudio con otras investigaciones realizadas, que se relacionen con el mismo tema. Elabore un tríptico (Anexo 7) con el tema de depresión y otro con tema de consumo de sustancias, prepare charlas del mismo tema y lo socialice con los estudiantes siendo acreedora del certificado respectivo (Anexo 6).

7. RESULTADOS

TABLA N° 1

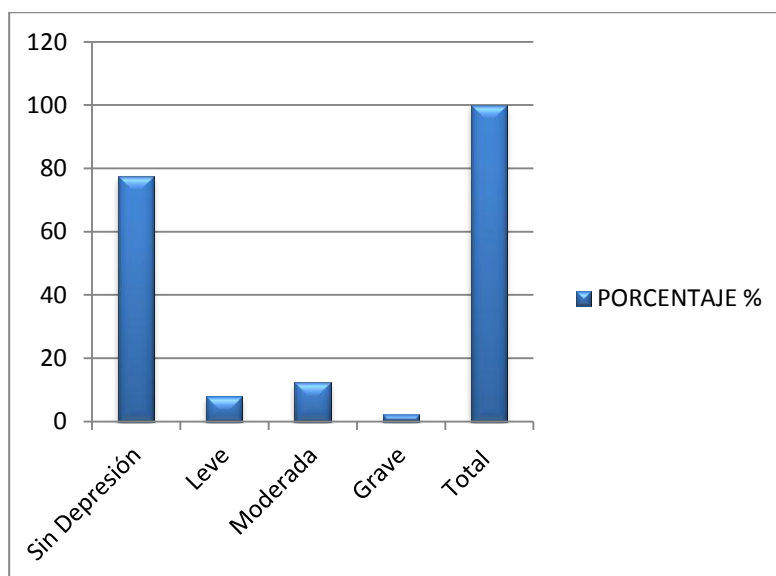
DEPRESIÓN EN EL GÉNERO MASCULINO EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO MANUEL CABRERA LOZANO DE LOJA

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Sin Depresión	138	77.53
Leve	14	7.87
Moderada	22	12.36
Grave	4	2.24
Total	178	100

Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

GRÁFICO N° 1



Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

Interpretación:

Depresión en el género masculino, el 77.53% no tiene problemas depresivos, el 12.36% presenta depresión moderada, el 7.87% depresión leve y el 2.24% presenta depresión grave.

TABLA N° 2

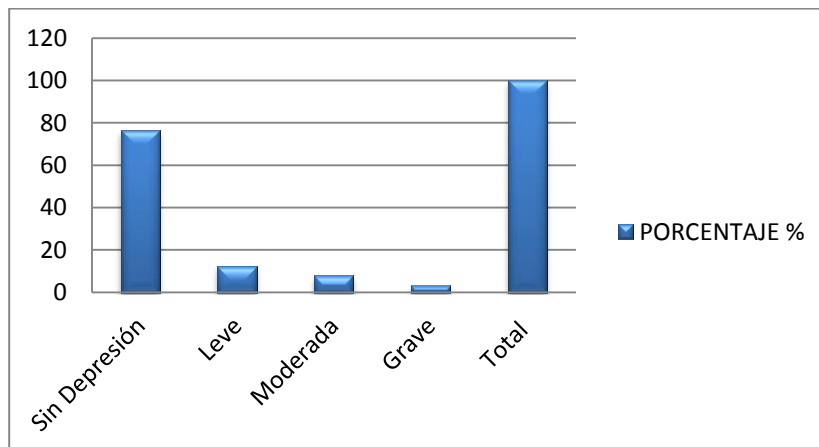
**DEPRESIÓN EN EL GÉNERO FEMENINO EN ESTUDIANTES DEL
COLEGIO MANUEL CABRERA LOZANO DE LOJA**

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Sin Depresión	68	76.40
Leve	11	12.36
Moderada	7	7.87
Grave	3	3.37
Total	89	100

Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

GRÁFICO N° 2



Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

Interpretación:

Depresión en el género femenino, el 76.40% no presenta problemas depresivos, el 12.36% presenta depresión leve, el 7.87% depresión moderada y el 3.37% presenta depresión grave.

TABLA N° 3

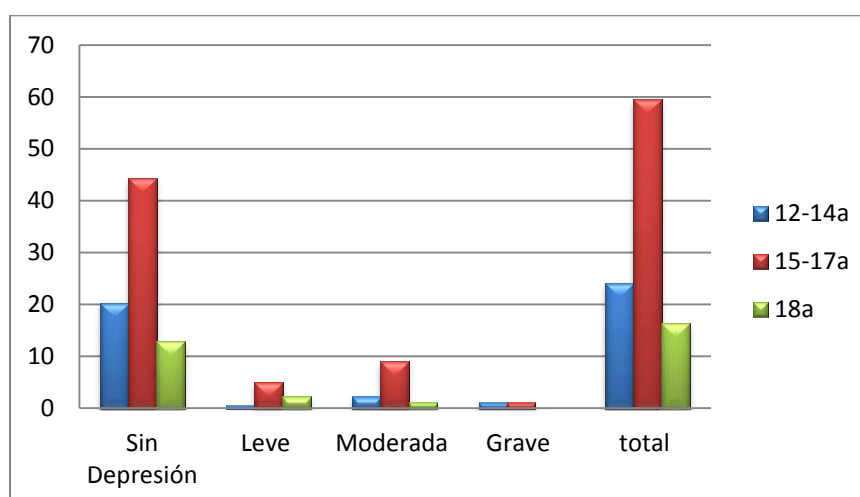
DEPRESIÓN POR GRUPO ETARIO GÉNERO MASCULINO EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO MANUEL CABRERA LOZANO DE LOJA

INDICADOR	FRECUENCIA				PORCENTAJE %			
	12-14	15-17	+18	Total	12-14	15-17	+18	Total
Sin Depresión	36	79	23	138	20.23	44.38	12.92	77.53
Leve	1	9	4	14	0.56	5.06	2.25	7.87
Moderada	4	16	2	22	2.25	8.99	1.12	12.36
Grave	2	2	0	4	1.12	1.12	0	2.24
Total	43	106	29	178	24.16	59.55	16.29	100

Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

GRÁFICO N° 3



Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

Interpretación:

Género masculino con depresión por grupo etario, el 12.36% presenta depresión moderada y de estos el 8.99% son representados por adolescentes comprendidos entre 15-17 años. El 7.87% presentan depresión leve y de estos el 5.06% corresponde al grupo etario entre 15-17 años. Y el 2.24% que representa depresión grave el 1.12% corresponde a edad ente 12-14 años y también el 1.12% corresponde 15- 17 años.

TABLA N° 4

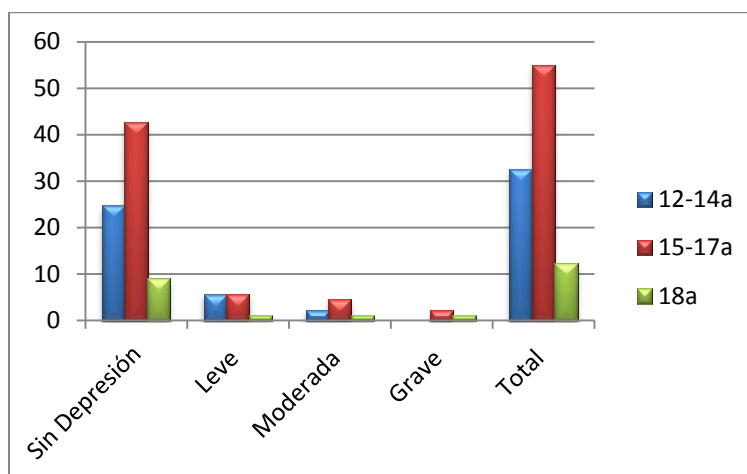
DEPRESIÓN POR GRUPO ETARIO GÉNERO FEMENINO EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO MANUEL CABRERA LOZANO DE LOJA

INDICADOR	FRECUENCIA				PORCENTAJE %			
	12-14	15-17	+18	Total	12-14	15-17	+18	Total
Sin Depresión	22	38	8	68	24.71	42.69	9.00	76.40
Leve	5	5	1	11	5.62	5.62	1.12	12.36
Moderada	2	4	1	7	2.25	4.50	1.12	7.87
Grave	0	2	1	3	0	2.25	1.12	3.37
Total	29	49	11	89	32.58	55.06	12.36	100

Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

GRÁFICO N° 4



Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

Interpretación:

Género femenino con depresión por grupo etario, el 12.36 % presenta depresión leve y de estos el 5.62% es representado por edad comprendida ente 12-14 y 15-17 años. El 7.87% tiene depresión moderada y de estos el 4.50% es representada por edad entre 15 a 17 años. Y finalmente el 3.37% tiene depresión grave y de estos el 2.25% corresponde a edad de 15-17 años.

TABLA N° 5

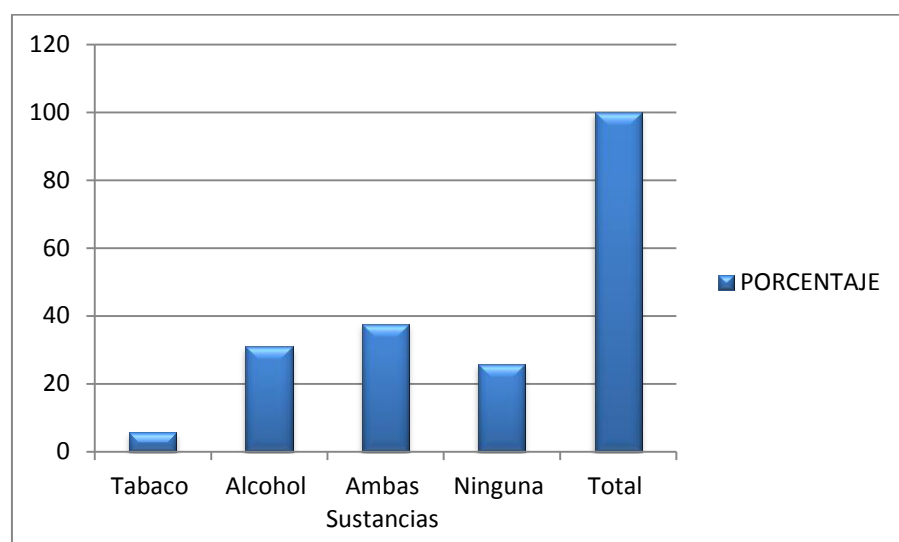
CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL GÉNERO MASCULINO EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO MANUEL CABRERA LOZANO DE LOJA

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Tabaco	10	5.62
Alcohol	55	30.90
Ambas Sustancias	67	37.64
Ninguna	46	25.84
Total	178	100

Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

GRÁFICO N° 5



Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

Interpretación:

De la población masculina encuestada el consumo de tabaco y alcohol se encuentra en 37.64%; el consumo de alcohol se encuentra en un 30.90%; y el consumo de de tabaco en 5.62%. El 25.84% no consumen ningún tipo de sustancia.

TABLA N° 6

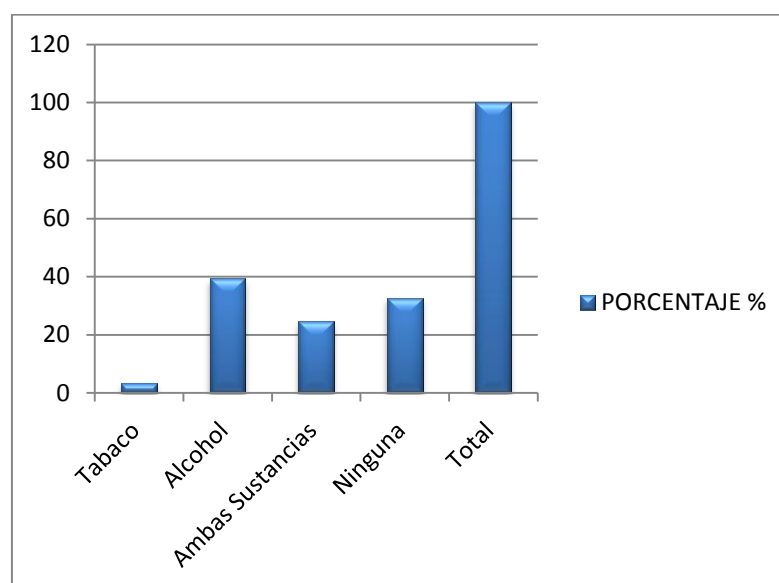
CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL GÉNERO FEMENINO EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO MANUEL CABRERA LOZANO DE LOJA

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Tabaco	3	3.37
Alcohol	35	39.33
Ambas Sustancias	22	24.72
Ninguna	29	32.58
Total	89	100

Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

GRÁFICO N° 6



Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

Interpretación:

En la población femenina encuestada el consumo de alcohol se encuentra en 39.33%; el consumo de tabaco y alcohol 24.72%; el consumo de tabaco 3.37%. El 32.58% no consumen ningún tipo de sustancia.

TABLA N° 7

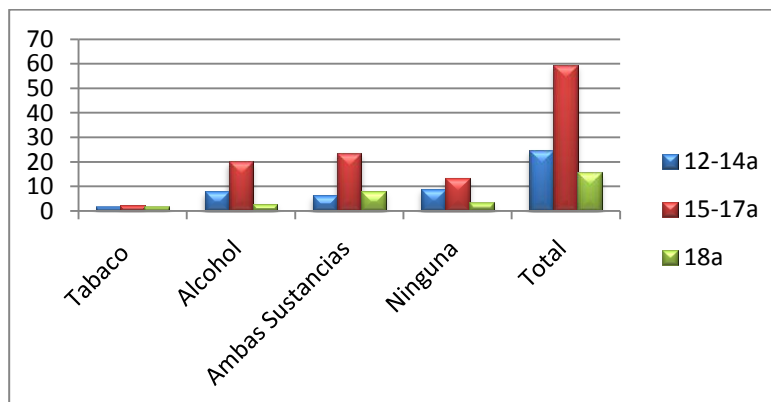
CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL POR GRUPO ETARIO GÉNERO MASCULINO EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO MANUEL CABRERA LOZANO DE LOJA

INDICADOR	FRECUENCIA				PORCENTAJE %			
	12-14	15-17	+18	Total	12-14	15-17	+18	Total
Tabaco	3	4	3	10	1.69	2.24	1.69	5.62
Alcohol	14	36	5	55	7.86	20.23	2.81	30.90
Ambas Sustancias	11	42	14	67	6.18	23.60	7.86	37.64
Ninguna	16	24	6	46	8.99	13.48	3.37	25.84
Total	44	106	28	178	24.72	59.55	15.73	100

Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

GRÁFICO N° 7



Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

Interpretación:

En el género masculino el 37.64% consume tabaco y alcohol de los cuales el 23.60% corresponde a la edad de 15 a 17 años; el 30.90% consume alcohol de los cuales el 20.23% corresponde a la edad de 15 a 17 años; el 5.62% consume tabaco, de los cuales el 2.24% corresponde al grupo etario comprendido entre 15 a 17 años. El 25.84% no consume ninguna sustancia.

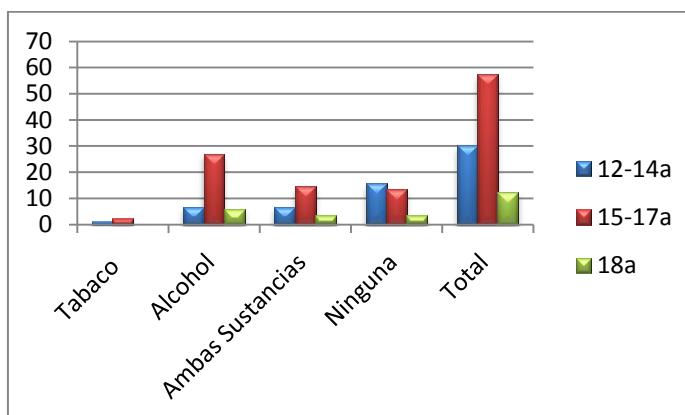
TABLA N° 8
CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL POR GRUPO ETARIO GÉNERO
FEMENINO EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO MANUEL CABRERA
LOZANO DE LOJA

INDICADOR	FRECUENCIA				PORCENTAJE %			
	12-14	15-17	+18	Total	12-14	15-17	+18	Total
Tabaco	1	2	0	3	1.12	2.25	0	3.37
Alcohol	6	24	5	35	6.74	26.97	5.62	39.33
Ambas Sustancias	6	13	3	22	6.74	14.61	3.37	24.72
Ninguna	14	12	3	29	15.73	13.48	3.37	32.58
Total	27	51	11	89	30.33	57.31	12.36	100

Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

GRÁFICO N° 8



Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

Interpretación:

En el género femenino, el 39.33% consume alcohol de los cuales el 26.97% comprende al grupo de edad de 15 a 17 años; el 24.72% consume tabaco y alcohol de los cuales el 14.61% corresponde al grupo etario de 15 a 17 años; y el 3.37% consume tabaco de los cuales el 2.25% corresponde al grupo etario comprendido entre 15 a 17 años. El 32.58% no consume ninguna sustancia.

TABLA N° 9

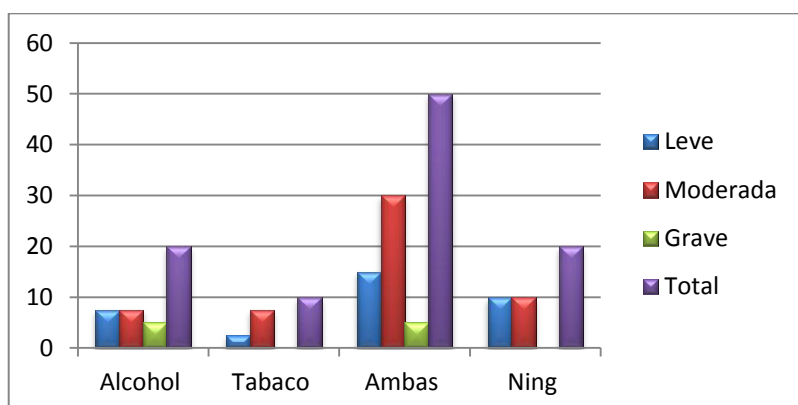
**RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y CONSUMO DE DROGAS LEGALES
GÉNERO MASCULINO EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO MANUEL
CABRERA LOZANO DE LOJA**

INDICADOR	FRECUENCIA					PORCENTAJE %				
	Alcohol	Tabaco	Ambas	Ning	Total	Alcohol	Tabaco	Ambas	Ning	Total
Leve	3	1	6	4	14	7.5	2.5	15	10	35
Moderada	3	3	12	4	22	7.5	7.5	30	10	55
Grave	2	0	2	0	4	5	0	5	0	10
Total	8	4	20	8	40	20	10	50	20	100

Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

GRÁFICO N° 9



Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

INTERPRETACIÓN:

En cuanto al género masculino relacionando las dos variables de estudio que son la depresión y el consumo de drogas legales como alcohol y tabaco ya sea de forma individual o ambas sustancias, obtuve que del 35% de adolescentes con depresión leve el 15% consume ambas sustancias; el 10% ninguna sustancia; el 7.5% alcohol y el 2.5% tabaco. Del 55% de adolescentes con depresión moderada el 30% consume ambas sustancias; el 10% ninguna sustancia; el 7.5% alcohol y otro 7.5% tabaco. Del 10% de adolescentes con depresión grave el 5% consume alcohol y el otro 5% consume ambas sustancias.

TABLA N° 10

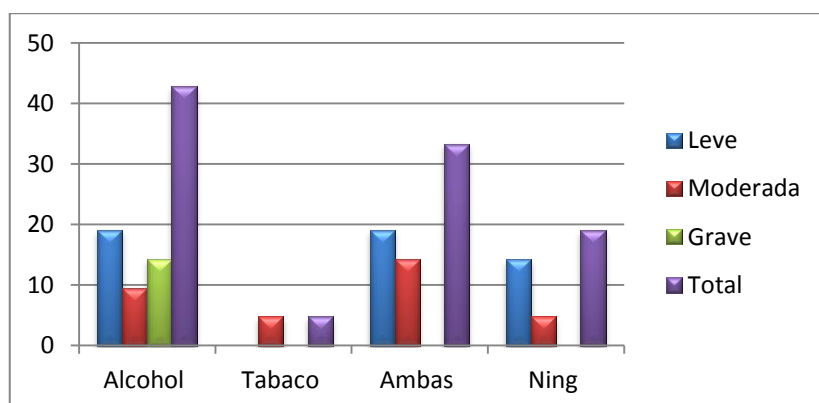
**RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y CONSUMO DE DROGAS LEGALES
GÉNERO FEMENINO EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO MANUEL
CABRERA LOZANO DE LOJA**

	Frecuencia					Porcentaje %				
	Alcohol	Tabaco	Ambas	Ning	Total	Alcohol	Tabaco	Ambas	Ning	Total
Leve	4	0	4	3	11	19.1	0	19.1	14.2	52.4
Moderada	2	1	3	1	7	9.5	4.8	14.2	4.8	33.3
Grave	3	0	0	0	3	14.3	0	0	0	14.3
Total	9	1	7	4	21	42.9	4.8	33.3	19	100

Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

GRÁFICO N° 10



Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

INTERPRETACIÓN:

Relacionando las dos variables de estudio que son la depresión y el consumo de drogas legales como alcohol y tabaco ya sea de forma individual o ambas sustancias en la población femenina obtuve que del 52.4% con depresión leve el 19.1% consume ambas sustancias; el 19.1% consume alcohol y el 14.2% no consume ninguna sustancia. Del 33.3% de adolescentes con depresión moderada el 14.2% consume ambas sustancias; el 9.5% consume alcohol; el 4.8% consume tabaco y el 4.8% restante no consume ninguna sustancia. Del 14.3% con depresión grave el 14.3% consume alcohol.

TABLA N° 11

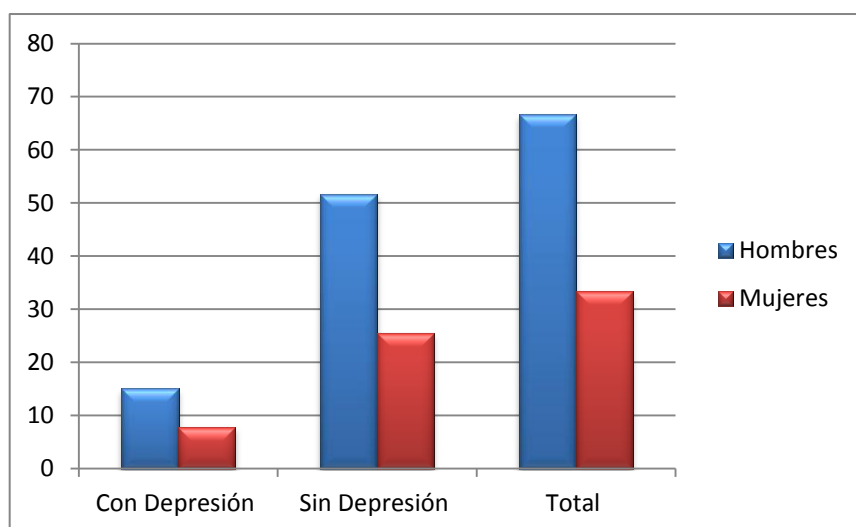
**DEPRESIÓN EN EL TOTAL DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO
MANUEL CABRERA LOZANO DE LOJA**

Indicador	Frecuencia			Porcentaje %		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Con Depresión	40	21	61	15	7.8	22.8
Sin Depresión	138	68	206	51.7	25.5	77.2
Total	178	89	267	66.7	33.3	100

Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

GRÁFICO N° 11



Fuente: Estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano

Elaborado por: Yadira Paola Peláez Salinas

INTERPRETACIÓN:

Del total de la población en estudio el 22.8% presenta depresión de los cuales el 15% son hombres y el 7.8% son mujeres. El 77.2% no presenta problemas depresivos de los cuales el 51.7% son hombres y el 25.5% son mujeres.

8. DISCUSIÓN

Puesto que la adolescencia es una etapa de cambios significativos tanto físicos como psicológicos, por lo tanto se trata de una población de alto riesgo de vulnerabilidad; de aquí resulta que la depresión en los adolescentes y el consumo de drogas legales sea considerada como objeto de estudio en diversas investigaciones, mismas que han resaltado algunos factores relacionados con la formación de esta entidad nosológica, asumiéndola como un padecimiento multifactorial, que puede ser dependiente de factores individuales o el entorno en el que se desenvuelven.

Los resultados obtenidos en la presente investigación mediante datos sociodemográficos, donde estudie la relación entre depresión y consumo de drogas legales, destaca lo siguiente:

En mi investigación en cuanto a la depresión por género resulto que la depresión grave es mayor en el género femenino (3.37%) que en el masculino (2.24%). La depresión moderada es mayor en el género masculino (12.36%), que en el femenino (7.87%) y la depresión leve es mayor en mujeres (12.36%) que en hombres (7.87%), de esto se deduce que el género femenino presenta mayor porcentaje de depresión grave y leve comparada con el masculino quienes representan mayoría en depresión moderada. “Lo que coincide con la bibliografía publicada por Almudena García Alonso (Universidad Complutense de Madrid) quien describe que lo que concierne al sexo, el trastorno depresivo mayor único o recidivante, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones, tanto en adolescentes como en adultos, sin existir relación aparente con raza, nivel de estudios o estado civil: Vallejo Ruiloba, J.& Homon, J. (2006)”⁴⁴. “Así mismo dicha bibliografía coincide con un estudio realizado en la localidad de Bosa (Bogotá-Colombia,) en el cual se observa mayor presencia de depresión en mujeres con 75%, en comparación con hombres 55%, cuya diferencia indica que existe una relación de dependencia entre depresión y sexo siendo las mujeres quienes presentan mayor depresión”⁴⁵.

Con respecto a la presencia de depresión por grupo etario, es muy importante identificar que de los adolescentes con depresión moderada tanto para género masculino (8.99%), como femenino (4.50%) su mayor exponente son las edades comprendidas entre 15-17 años. En los adolescentes con depresión leve el género masculino (5.06%), la edad con mayor enfoque de riesgo representa a la edad entre 15-17 años y el género femenino (5.62%) la edad entre 12-14 y 15-17 años. Para la depresión grave la edad con mayor vulnerabilidad es la comprendida entre 12-14 y 15-17 años para los hombres (1.12%) y para las mujeres (2.25%) la edad correspondiente a 15-17 años. “En México estudios realizados en la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica, demostró que el inicio de trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas durante las primeras décadas de la vida. Y que el 2.0% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad. En la encuesta mexicana de salud mental adolescente, realizada en la ciudad de México, se reportó que 10.5% de los adolescentes de entre 12 y 17 años presentaron depresión mayor”⁴⁶. Este estudio concuerda con mi estudio ya que la población adolescente presenta una etapa de transición, que la envuelve en un grupo de riesgo.

Del consumo de sustancias por género en mi investigación destaca que la ingesta de alcohol en género femenino (39.33%) es mayor que en género masculino (30.90%). El consumo de tabaco es mayor en el género masculino (5.62%), en comparación con el femenino (3.37%) y el consumo de ambas sustancias es mayor en el género masculino (37.64) y menor en el femenino (24.72%). En comparación con la “literatura acerca de que se ha reducido sensiblemente las diferencias inter-género, de modo que se suele asistir a una igualación, e incluso inversión, de los patrones de consumo en drogas institucionalizadas tales como alcohol y superación en el consumo de otras como el tabaco. Mi estudio difiere en comparación con un estudio realizado en Madrid en la universidad de Oviedo en cuyos resultados se obtuvo que los hombres presentan mayor ingesta de alcohol a diferencia de mujeres que presentan mayor ingesta de tabaco y ambas sustancias (Tabaco y Alcohol)”⁴⁷. Todo esto probablemente se debe a que las adolescentes, educadas en la cultura de la igualdad entre hombres y mujeres, comparten espacios de ocio y

hacen un uso similar de las denominadas drogas recreativas, lo que afecta a la percepción del riesgo asociado a los consumos esporádicos.

Del total de la población con respecto al consumo de sustancias por grupo etario en mi investigación resultó: que del consumo de ambas sustancias (tabaco y alcohol) en el género masculino (23.60%) y el género femenino (14.61%) el grupo de mayor riesgo se encuentra el comprendido entre 15-17 años, Del consumo de alcohol tanto para la población masculina (20.23%), y la población femenina (26.97%) el grupo predominante fue el representado por edades entre 15-17 años. Y del consumo de tabaco género masculino (2.24%), y género femenino (2.25%), al igual que en los dos anteriores el grupo afecto es el comprendido entre 15-17 años y por lo tanto lo engloba como grupo etario con mayor vulnerabilidad para el consumo de sustancias, lo que se compara con la bibliografía presentada por "Hidalgo M y Redondo A quienes indican que a medida que aumenta la edad aumenta el consumo de sustancias, siendo edades críticas las comprendidas entre 14 y 15 años"⁴⁸.

En cuanto a las dos variables de estudio que son la depresión y el consumo de drogas legales como alcohol y tabaco ya sea de forma individual o ambas sustancias obtuve que:

El 35% con depresión leve del género masculino el 15% consume ambas sustancias; el 10% ninguna sustancia; el 7.5% alcohol y el 2.5% tabaco. El 52.4% con depresión leve del género femenino el 19.1% consume ambas sustancias; el 19.1% consume alcohol y el 14.2% no consume ninguna sustancia.

Del 55% de adolescentes masculinos con depresión moderada el 30% consume ambas sustancias; el 10% ninguna sustancia; el 7.5% alcohol y otro 7.5% tabaco. Del 33.3% de adolescentes femeninas con depresión moderada el 14.2% consume ambas sustancias; el 9.5% consume alcohol; el 4.8% consume tabaco y el 4.8% restante no consume ninguna sustancia.

Del 10% de adolescentes masculinos con depresión grave el 5% consume alcohol y el otro 5% consume ambas sustancias. Del 14.3% de Adolescentes femeninas con depresión grave el 14.3% consume alcohol.

“Como lo indican en un estudio realizado por Gómez Rodríguez y cols en su estudio de depresión y consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, en la Universidad de San buena Aventura Bogotá – Colombia en el año 2013, cuyo resultado fue que la relación es positiva y las variables son dependientes entre sí y que a mayor depresión hay mayor consumo de sustancias”⁴⁹.

“La depresión es una de las principales causas del consumo de sustancias en adolescentes sin embargo, la depresión puede ser también consecuencia del consumo estableciéndose así un relación en ambos sentidos, convirtiéndola en uno de los mayores problemas de salud pública en las sociedades actuales”⁴⁹.

Del total de la población investigada el 22.8% presenta depresión de los cuales el 15% son hombres y el 7.8% son mujeres. El 77.2% no presenta problemas depresivos de los cuales el 51.7% son hombres y el 25.5% son mujeres. “Lo que se compara con el informe realizado por la agencia sanitaria de las Naciones Unidas que apunta que en un año cualquiera aproximadamente el 20% de los adolescentes padecen un problema de salud mental, como depresión”⁵⁰. “La Encuesta Nacional de Salud en Chile realizada en 2009 muestra que un 17,2% de la población chilena mayores de 15 años ha presentado síntomas depresivos”⁵¹. Datos que no se alejan de nuestra realidad, siendo muy similares.

9. CONCLUSIONES

1. Relacionando las dos variables de estudio que son la depresión y el consumo de drogas legales como alcohol y tabaco ya sea de forma individual o ambas sustancias resulto que son variables dependientes y que la mayoría de adolescentes con depresión leve, moderada o grave consume ambas sustancias.
2. Se logro concluir que el género femenino presenta mayor porcentaje de depresión grave y leve comparada con el masculino quienes representan mayor porcentaje de depresión moderada.
3. Se identifico que en los adolescentes en general con depresión moderada el grupo de edad afecto en mayor porcentaje corresponde a 15 a 17 años, en la depresión leve en el género masculino la edad afectada es 15-17 años y en mujeres 12-14 y 15-17 años con igual porcentaje y finalmente la depresión grave la edad con mayor vulnerabilidad en hombres es la comprendida entre 12-14 y 15-17 años con igual porcentaje y para las mujeres la edad correspondiente a 15-17 años.
4. Del consumo de sustancias por género la ingesta de alcohol en género femenino es mayor que en género masculino. El consumo de tabaco es mayor en el género masculino en comparación con el femenino y el consumo de ambas sustancias es mayor en el género masculino y menor en el femenino.
5. El grupo de edad que presenta mayor riesgo y por lo tanto más vulnerable para el consumo de alcohol y tabaco juntos y por separado, son los adolescentes de entre 15 a 17 años, tanto para el género masculino como para el femenino, catalogándola como edad de alto riesgo de vulnerabilidad.
6. Se concluye que del total de la población adolescente en estudio el 22.8% presenta problemas depresivos.

10. RECOMENDACIONES

1. Reforzar los factores protectores en adolescentes ya sean estos de carácter sociocultural, familiar, interpersonal e individual entre ellos, mensajes positivos, buenos modelos educativos, espacios de recreación y participación, buena comunicación, disciplina familiar, costumbres saludables, intercambio afectivo, confianza, autoestima, autoeficacia, expectativas a corto y largo plazo de metas establecidas y de esta forma disminuir la probabilidad de riesgos.
2. Recomiendo que padres y docentes tengan especial atención en los factores de riesgo como individualismo, marginación social, ausencia de espacios de recreación, inestabilidad, violencia y maltrato familiar, baja autoestima, falta de proyectos de vida entre otros y que estos al ser detectados de forma temprana se logre una intervención oportuna y adecuada en el adolescente y así anular conductas alarmantes de los mismos.
3. Fomentar actividades extracurriculares en el grupo de adolescentes con mayor riesgo de vulnerabilidad con sus pares, y que de esa forma disfruten el espacio y tiempo libre para que puedan vincular ideas positivas en su vida diaria.
4. Desarrollar charlas y talleres acerca de las drogas legales y su consumo para socializar en los adolescentes, por parte del personal docente de la institución y así crear lazos de confianza y fortalecer la comunicación.
5. Introducir al grupo etario de mayor vulnerabilidad a actividades como, baile, actividades en campo, actividades al aire libre, y ejercicios aeróbicos con el objetivo de mantener su mente ocupada y un cuerpo sano, lo que a su vez fortalece su confianza y la forma de verse a sí mismos.
6. Utilización de este tema de investigación, para la realización de investigaciones futuras con el fin de ayudar a la población en estudio.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Gómez Rodríguez, Dustin Tahisin; Gutierrez Herrera, Martha; Londoño, Sandra Paola. Depresión y Consumo de Sustancias Psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, vol. 1, núm.7, enero-junio 2013, pp 45-51. Universidad de San Buena Aventura. Bogotá Colombia
2. Marmorstein N, Iacono W. Major depression and conduct disorder in youth: Associations with parental psychopathology and parent-child conflict. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45:377-386
3. La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. OMS. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/index.html
4. Organización Panamericana de la Salud. "Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública" Washington, D. C.: OPS, © 2009 disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf
5. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Versión. www.OpenEpi.com, accedido 2013/04/10.
6. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *Perspectivas de la Población Mundial: Revisión de 2008*, <www.esa.un.org/unpd/wpp2008/index.htm>, consultado en octubre de 2010; y bases de datos mundiales de UNICEF, consultado en octubre de 2010.
7. Unicef. *La adolescencia una época de oportunidades*. 2011; disponible en: http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf
8. Guijarro S, Gavilanes G (MSP), Borrero M, Álvarez ME (UNFPA). Revisado por Arguello S, Betancourth Z. Documento no publicado. 2008.

9. Conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, 2006.
10. Artículo de Gamucio, María Elena. Módulo 1: Desarrollo Psicosocial y Psicosexual en la adolescencia. Curso Salud y Desarrollo del Adolescente. Departamento de Psiquiatría. Pontificia Universidad Católica de Chile. El artículo ha sido adaptado, con autorización de la autora, de Chile a la realidad ecuatoriana con los aportes de Fernanda Solíz, de la Clínica Ambiental. El artículo original es accesible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion02/M1L2Leccion.html>
11. HOPENHAYN Martin, Rico María Nieves, Rodríguez Jorge. DESAFÍOS. Editorial UNICEF ISSN 2009, pag 5.
12. Alida Cano de faroh. Cognición en el adolescente según piaget y vygotsky. Boletín academia paulista de psicología, vol. XXVII, núm. 2, Julio9- Diciembre 2007, pp. 148- 166, academia paulista de psicología brasil.
13. Domínguez Laura. La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. Universidad de la Habana, Cuba. Vol. 4. Número 1. 2008. pág. 69-76.
14. J.J. Casas Rivero, M.J. Ceñal González Fierro. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales Unidad de Medicina del Adolescente. Servicio de Pediatría. Hospital de Móstoles, Madrid. *Pediatr Integral* 2005;IX(1):20-24
15. Subsecretaría de Salud Pública. Atención de Adolescentes con Problemas de Salud Mental. 2009. Santiago, Chile: Ministerio de Salud de Chile.
16. Gamucio M, Solíz F, Valverde S. Protocolo de diagnóstico e intervención psicopedagógico. Guía No3 de diagnóstico rápido. 12 - 18 años. Ecuador; 2012; sep; p 9-20.
17. Scielo. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. Chile; *Ter Psicol* vol.29 no.1 Santiago jul. 2011
18. OMS. La depresión. octubre de 2012; Nota descriptiva No 369. Recuperado a partir de:

- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>
19. Birmaher B, Williamson DE, Dahl RE, Axelson DA, Kaufman J, Dorn LD, et al. Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence?. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(1):63-70
 20. Beltrán M, Freyre M.A. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Scielo. Terapia psicológica*. 2012; 15 sep; 30 (1): 5-13. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art%2001.pdf>
 21. Vázquez L. Muñoz R. Becoña E. Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos Y Tratamiento A Finales Del Siglo XX. *Psicología Conductual*; 8 (3): 417-449. Disponible en:
<http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>
 22. Alberdi J. Taboada O. Castro C. Vázquez C. Depresión. *Rev Fistera guía clínica*. 2006; 6 (11). Disponible en:
<http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fistera.pdf>
 23. Kohn R. Levav I. caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L. Caraveo Anduana JJ, Saxena S, Saraceno B: los Trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev. Panam. Salud Pública* 2005. (4/5): 229.240
 24. Lagomarismo. Propuestas y estrategias terapéuticas en el trastorno depresivo. En: Rojtenberg Sergio. *Depresiones y anidepresivos*. 1era Ed. Argentina: editorial panamericana; p.156-157.
 25. Hall v. Depresión fisiopatología y tratamiento. Centro de información de medicamentos. Instituto de investigaciones farmacéuticas. Costa rica, diciembre; 2004 [citado 11 Jun 2013]. Disponible en:
<http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>
 26. Méndez, F. X. El niño que no sonrío. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil. Madrid: Ediciones Pirámide.
 27. March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, Burns B, Domino M, McNulty S, Vitiello B, Severe J. Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) team. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with

- depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2004; 292(7): 807-820
28. Reynolds CF III, Dew MA, Pollock BG, Mulsant BH, Frank E, Miller MD, Houck PR, Mazumdar S, Butters MA, Stack JA, Schlernitzauer MA, Whyte EM, Gildengers A, Karp J, Lenze E, Szanto K, Bensasi S, Kupfer DJ. Maintenance treatment of major depression in old age. *New England Journal of Medicine*, 2006 Mar 16; 354(11): 1130-1138.
29. Rush JA, Trivedi MH, Wisniewski SR, Stewart JW, Nierenberg AA, Thase ME, Ritz L, Biggs MM, Warden D, Luther JF, Shores-Wilson K, Niederehe G, Fava M. Bupropion-SR, Sertraline, or Venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. *New England Journal of Medicine*, 2006 Mar 23; 354(12): 1231-1242.
30. Trivedi MH, Fava M, Wisniewski SR, Thase ME, Quitkin F, Warden D, Ritz L, Nierenberg AA, Lebowitz BD, Biggs MM, Luther JF, Shores-Wilson K, Rush JA. Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. *New England Journal of Medicine*, 2006 Mar 23; 354(12): 1243-1252.
31. Puello López D.S. La depresión como el trastorno psicológico más frecuente en los adolescentes. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*. 2010; Dic; 6 (11): 138-141
Disponible en:
<http://wb.ucc.edu.co/pensandopsicologia/files/2010/08/art011-vol6-n11.pdf>
32. Hidalgo M.I, Redondo A.M. consumo de drogas en adolescencia. *Pediatr integral* 2005; IX(2):137-155. Disponible en:
[http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Drogas_adolescencia\(2\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Drogas_adolescencia(2).pdf)
33. Caballero F. y cols. Como Educar y Prevenir. En: Fernando Caballero Martínez. *Las drogas educación y prevención*. 1ra Ed. Madrid: Cultural S.A; 2004: p. 33

34. Montagna M. Drogadicción y adolescencia. [En línea]. Médicos y medicina en la historia; [Accesado 11 junio 2013]. Disponible en: <http://www.fmv-uba.org.ar/portada/revista02/drogadiccion.pdf>
35. Maturana A. consumo de alcohol y drogas en adolescentes. REV. MED. CLIN. CONDES. 2011; dic 15; 22(1) 98 – 109. Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/11_DR_Maturana-13.pdf
36. Hidalgo M.I, Redondo A.M. consumo de drogas en adolescencia. *Pediatr integral* 2005; IX(2):137-155. Disponible en: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Drogas_adolescencia\(2\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Drogas_adolescencia(2).pdf)
37. Villareal María. Un modelo estructural del consumo de drogas Y conducta violenta en adolescentes Escolarizados. [Tesis de Doctorado]. México: Universidad Autónoma de Nuevo león, Facultad de Psicología; 2009. <http://www.uv.es/lisis/m-villarreal/tesis-m-villarreal.pdf>
38. Pascual C. et al. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Secretaría General Técnica. [en línea]. Madrid; Ministerio del Interior. [accesado 12 junio 2013] disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/dir.pdf>
39. Caballero F. y cols. Las Drogas Definición e Historia. En: Fernando Caballero Martínez. Las drogas educación y prevención. 1ra Ed. Madrid: Cultural S.A; 2004: p. 5-6
40. Caballero F. y cols. Tipología de las drogas. En: Fernando Caballero Martínez. Las drogas educación y prevención. 1ra Ed. Madrid: Cultural S.A; 2004: p. 90-99
41. Ministerio de sanidad y consumo. Drogas efectos, mitos, causas, consumo, dependencia. [en línea]. Secretaria general de Sanidad. Madrid. Plan Nacional sobre drogas. [accesado 13 junio 2013]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>
42. Caballero F. y cols. Consecuencias del Uso de Drogas. En: Fernando Caballero Martínez. Las drogas educación y prevención. 1ra Ed. Madrid: Cultural S.A; 2004: p. 196-198

43. Caballero F. y cols. *La drogadicción y sus etapas*. En: Fernando Caballero Martínez. *Las drogas educación y prevención*. 1ra Ed. Madrid: Cultural S.A; 2004: p. 161-164
44. Vallejo Ruiloba, J. (2006) "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría" Masson (Elsevier) Barcelona.
45. Toro Andrea. *Depresión y su relación con el género en un grupo de adolescentes de la localidad de Bosa*. [Tesis Doctoral]. Bogotá: facultad de postgrados, universidad de la Sabana; 2010.
46. López Marcela Veytia y cols. *Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes*. [en línea]. *Salud Mental* 2012;35:37-43 [Accesado julio 2014]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2012/sam121f.pdf>
47. Moral María y cols. *Motivadores de consumo y alcohol en adolescentes: análisis de diferencias Inter-género y propuesta de un continuum etiológico*. [En línea]. Universidad de Oviedo e instituto spiral. *Adicciones*, 2005. Vol 17. Pags 105-120. [accesado julio 2004]. Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/moral.pdf>
48. Hidalgo I. Garrido G. Hernández M. *Health Status and Risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain*. *J adolescct health*; 27.
49. Gómez Rodriguez y cols. *Depresion y consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá*. *Psychologia. Avances de la dsciplina*, vol. 1, núm.7, enero-junio, 2013, pp. 45-51. Universidad de San buena Aventura Bogotá, colombia.
50. Céspedes Raquel. *La depresión es la principal enfermedad entre los adolescentes*. Informe OMS. Madrid, mayo 2014. Disponible en:
http://www.teinteresa.es/mundo/OMS-adolescentes-depresion-suicidio_0_1138688005.html
51. Valdés Camila. *Salud Mental en Chile, El Pariente Pobre del Sistema de Salud: chile*, Agosto 2012. Vol II. Pp 1. Disponible en:
file:///C:/Users/Lore/Downloads/Salud_Mental_en_Chile.pdf

12. ANEXOS

ANEXO 1: Test Depresión de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy

1.

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3.

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4.

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6.

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7.

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8.

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10.

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11.

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12.

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13.

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14.

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16.

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19.

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.

20.

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21.

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ANEXO 2: Test OMS para Consumo de Drogas Modificado

Nombre:

Edad:

Género: M () F ()

Pregunta 1.

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)		

Pregunta 2.

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					

Pregunta 6.

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)			

Pregunta 7.

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)			

ANEXO 3: Guía de Interpretación del Test de Beck

Según la siguiente Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck, se puede catalogar o encasillar en el grado de depresión correspondiente:

PUNTUACIÓN	GRADO DE DEPRESIÓN SEGÚN BECK ET AL
0-13	Sin depresión
14-19	Leve
20-28	Moderada
29-63	Grave

ANEXO 4: Solicitud a Rector del Colegio

Loja, 04 de Abril de 2013

Dr. Rolando René Elizalde Córdova

RECTOR DEL COLEGIO UNIVERSITARIO MANUEL CABRERA LOZANO

Ciudad.-

Yo **Yadira Paola Peláez Salinas** con cédula de identidad **1105032013** estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja me dirijo a usted muy comedidamente, deseándole éxitos en sus funciones y a la vez para solicitándole se me conceda el debido permiso para llevar a cabo en el plantel educativo a su cargo el tema de tesis previa a la obtención de título como Médico general denominado **DEPRESIÓN Y CONSUMO DE DROGAS LEGALES EN EL COLEGIO MANUEL CABRERA LOZANO DE LOJA.**

Para la realización será necesaria la aplicación de un cuestionario con las preguntas pertinentes, las mismas que servirán para conocer la existencia o no de este problema que aqueja a nuestra sociedad y que cada día va en ascenso. Una vez finalizado el estudio se le hará llegar hasta su despacho el documento con los resultados encontrados para que sea utilizado de la manera que usted crea pertinente. Además dentro de la planificación consta la realización de una charla- taller donde se abordará el respectivo tema.

Por la favorable acogida a esta petición, le antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente,

Srta. Yadira Paola Peláez Salinas
CI: 1105032013

ANEXO 5: Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: DEPRESIÓN Y CONSUMO DE DROGAS LEGALES EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO MANUEL CABRERA LOZANO DE LOJA.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Establecer la relación entre la depresión y el consumo de drogas legales en estudiantes del colegio Manuel Cabrera Lozano de Loja.

INFORMACIONES SOBRE LA PARTICIPACIÓN: Usted está siendo invitada/o a participar en una investigación, tendiente a la búsqueda de depresión y consumo de drogas legales (Alcohol y cigarrillo), que permitan elaborar medidas de prevención. Los principios que serán aplicados a todas las participantes de este estudio son los siguientes:

- Su participación es totalmente voluntaria
- Después de leídas las explicaciones usted podrá hacer cualquier pregunta necesaria que le permita entender la naturaleza del estudio.

PROCEDIMIENTOS: Se le realizara una encuesta. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

CONFIDENCIALIDAD: La privacidad de las informaciones será garantizada por el investigador del estudio y su utilización obedecerá estrictamente a objetivos científicos.

ANEXO 6: Certificación de taller

**UNIDAD EDUCATIVA
"MANUEL AGUSTIN CABRERA LOZANO"
2013-2014**

Loja, a 24 de junio del 2014

Dr.
José A. Riofrio Beltán
INSPECTOR GENERAL DE LA UNIDAD EDUCATIVA
"DR. MANUEL AGUSTIN CABRERA LOZANO".

CERTIFICA:

Que la señorita YADIRA PAOLA PELAEZ SALINAS, realizó el Taller sobre "ADOLESCENCIA, DEPRESIÓN Y DROGAS LEGALES", con los alumnos del décimo año de Educación Básica, el día 24 de junio del año en curso, de 10H00 a 12H00; bajo la coordinación docente del Lic. Marco Ayala.

Lo cual certifico en honor a la verdad, pudiendo el interesado hacer uso del presente en lo que creyera conveniente.


Dr. José A. Riofrio Beltán

INSPECTOR GENERAL DE LA UNIDAD EDUCATIVA
"DR. MANUEL AGUSTIN CABRERA LOZANO"



ANEXO 7: Tríptico

Todos estos síntomas deben durar al menos dos semanas y no es necesario presentar todos los síntomas.

Si tienes Alguno de estos síntomas ¡PIDE AYUDA! En lugar de perder habrás Ganado...!!

¿QUÉ PUEDES HACER?

- ✓ Pertener y permanecer en grupos de adolescentes.
- ✓ Realizar actividades físicas y comunitarias.
- ✓ Formular proyectos de vida.
- ✓ Mejorar la comunicación con tus padres y las relaciones dentro de la familia.

Bibliografía

Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2007/09.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
LOJA**

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

MEDICINA

YADIRA PELÁEZ

DEPRESIÓN

¿QUÉ ES?

Un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas. Alteración que afecta de manera significativa la funcionalidad del individuo en sus principales áreas de actividad



SÍNTOMAS

- Humor depresivo, presente la mayor parte del día y casi todos los días.
- Pérdida del interés de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.



- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar.
- Cambios de la actividad sicomotriz, con agitación o inhibición.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.



- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
- Insomnio (despertarse en la mañana 2 horas o más antes de lo habitual).

- Empeoramiento en la mañana del humor depresivo.
- Enlentecimiento o agitación de movimientos.
- Pérdida marcada del apetito.
- Pérdida de peso de al menos el 5% en el último mes.
- Notable disminución del interés sexual.
- Conductas de riesgo de tipo autoagresivo (no suicidas).
- Bajo rendimiento escolar.
- Aislamiento social.
- Irritabilidad.
- Conductas antisociales.
- Consumo de sustancias.



¿QUÉ PUEDES HACER?

EVITAR el consumo de estas dos sustancias (Alcohol y Tabaco) te beneficia en los siguientes aspectos:

- ✓ Mejora TU Autoestima
- ✓ Mejora tu relación Familiar
- ✓ Disminuye catarros, tos.
- ✓ Aumenta tu rendimiento deportivo
- ✓ Menos problemas de salud

Dejar de fumar y beber alcohol tiene sus dificultades, como ocurre con cualquier otra adicción, pero es POSIBLE. En la actualidad se dispone de una amplia gama de tratamientos farmacológicos y psicológicos que ayudan a dejar el consumo de dichas sustancias.



Bibliografía

Ministerio de sanidad y consumo. Drogas efectos, mitos, causas, consumo, dependencia. [en línea]. Secretaria general de Sanidad. Madrid. Plan Nacional sobre drogas. [accesado 13 junio 2013]. Disponible en:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
LOJA**

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

MEDICINA

YADIRA PELÁEZ

DROGAS LEGALES

TABACO

ALCOHOL

Sustancia que al ser introducida en el organismo modifica algunas de las funciones del sistema nervioso central



ALCOHOL

¿QUÉ ES?

El alcohol es una droga depresora del Sistema Nervioso Central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Afecta a la capacidad de autocontrol, produciendo inicialmente euforia y desinhibición, por lo que puede confundirse con un estimulante.

EFFECTOS INMEDIATOS EN EL ORGANISMO

- Desinhibición
- Euforia
- Relajación
- Aumento de la socialización
- Dificultad para hablar
- Dificultad para asociar ideas
- Descoordinación motora
- Intoxicación aguda: estos pueden variar en función del peso, la edad y estado de salud.

El consumo excesivo de alcohol puede provocar importantes problemas de salud, conflictos familiares y sociales.



TABACO

¿QUÉ ES?

Es una droga estimulante del sistema nervioso central. Uno de sus componentes, la nicotina, posee una enorme capacidad adictiva, y es la causa por la que su consumo produce dependencia.

EFFECTOS INMEDIATOS EN EL ORGANISMO

- Aumento de catarrros de repetición.
- Aumento de la tos.

- Disminución del rendimiento deportivo.
- Pérdida del apetito.

Produce alteraciones poco deseables entre las que se encuentran:

- Arrugas prematuras en la zona del labio superior, alrededor de los ojos (patas de gallo), barbilla y mejillas, y coloración grisácea de la piel que constituye el llamado “rostro del fumador”.
- Manchas en los dientes, infecciones y caries dentales.
- Mal aliento y mal olor corporal por impregnación del olor del tabaco.
- Manchas amarillentas en uñas y dedos.



13. INDICE

II. CERTIFICACIÓN.....	I
III. AUTORÍA.....	II
IV. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS	III
V. DEDICATORIA.....	IV
VI. AGRADECIMIENTO.....	V
1. TITULO	1
2. RESUMEN.....	2
SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. OBJETIVOS	7
5. REVISIÓN DE LITERATURA.....	8
CAPITULO 1. ADOLESCENCIA	8
5.1 ADOLESCENCIA	8
5.1.1 Definición.....	9
5.1.2 Cambios y etapas en la adolescencia	10
5.1.3 DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA.....	11
5.1.3.1 Desarrollo Físico.....	11
5.1.3.2 Desarrollo Cognoscitivo.....	12
5.1.3.3 Desarrollo Emocional.....	13
5.1.3.4 Desarrollo Social.....	13
5.1.3.5 Desarrollo Psicosexual	14
5.1.3 PROBLEMAS EN LA ADOLESCENCIA	15
5.1.4.1 Factores de riesgos psicológicos y sociales	15
CAPITULO 2. DEPRESIÓN	17
5.2 DEPRESIÓN.....	17
5.2.1. La teoría cognitiva de Beck.....	17
5.2.1.1 Definición	18
5.2.1.2 Epidemiología	19
5.2.1.3 Fisiopatología.....	19
5.2.1.4 Etiología	20

5.2.1.4.1 Primarias	20
5.2.1.4.2 Secundarias	22
5.2.1.5 Cuadro clínico.....	22
5.2.2 TRATAMIENTO.....	24
5.2.2.1 Medicamentos.....	25
CAPITULO 3 CONSUMO DE DROGAS.....	28
5.3 CONSUMO DE DROGAS.....	28
5.3.1 Generalidades.....	28
5.3.2 Tipos de consumidores.....	29
5.3.3 Problema de las drogas en la adolescencia.....	29
5.3.4 Factores que inciden en la evolución del problema.....	32
5.3.4.1 Individuales y de relaciones interpersonales.....	33
5.3.4.1.1 Biológicos.....	33
5.3.4.1.2 Factores psicológicos y cognitivos.....	34
5.3.4.1.3 Factores familiares.....	34
5.3.4.1.4 Factores escolares.....	35
5.3.4.1.5 Factores relacionados con el grupo de amigos.....	35
5.3.4.2 Factores socioculturales y ambientales.....	36
CAPITULO 4. DROGAS.....	37
5.4 DROGAS.....	37
5.4.1 Definiciones.....	38
5.4.2 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS.....	39
5.4.2.1 ALCOHOL	41
5.4.2.2 TABACO	46
5.4.2.3 CONSECUENCIAS DEL USO DE LAS DROGAS	50
5.4.2.4 REHABILITACIÓN: CONCEPTOS Y PROCESOS	51
5.4.2.5 ETAPAS MOTIVACIONALES Y MEDIDAS TERAPÉUTICAS	53
6. MATERIALES Y MÉTODOS.....	55
7. RESULTADOS.....	57
8. DISCUSIÓN.....	68
9. CONCLUSIONES.....	72
10. RECOMENDACIONES.....	73
11. BIBLIOGRAFIA.....	74

12. ANEXOS.....	80
ANEXO 1: Test Depresión de Beck.....	81
ANEXO 2: Test OMS para Consumo de Drogas Modificado	84
ANEXO 3: Guía de Interpretación del Test de Beck.....	86
ANEXO 4: Solicitud a Rector del Colegio	87
ANEXO 5: Consentimiento Informado.....	88
ANEXO 6: Certificación de taller	89
ANEXO 7: Tríptico	90