



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

**Depresión y consumo de alcohol en adolescentes de padres
migrantes de la comunidad de Oñacapac, período 2022.**

**Trabajo de Titulación previa
a la obtención del Título de
Psicóloga Clínica**

AUTORA:

Janeth Isabel Morocho Saca

DIRECTORA:

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2022

Certificación de la directora del trabajo de titulación

CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Loja, 16 de septiembre de 2022

Dra.

Ana Catalina Puertas Azanza. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICO:

Que una vez asesorado, monitoreado y revisado con pertinencia y rigurosidad científica todo el proceso de la ejecución del Trabajo de Titulación con el tema: **DEPRESIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE PADRES MIGRANTES DE LA COMUNIDAD DE OÑACAPAC, PERIODO 2022**, de autoría de la estudiante **Janeth Isabel Morocho Saca**, con cédula de identidad Nro. **1104825698**; previo a la obtención del título de **Psicóloga Clínica**, quien ha desarrollado su investigación con responsabilidad, interés y perseverancia; el mismo cumple con las disposiciones institucionales metodológicas y técnicas que regulan esta actividad académica; consecuentemente, el Trabajo de Titulación se encuentra **CULMINADO Y APROBADO**, por lo que autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA**

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza. Mg. Sc.

1103488605

ana.puertas@unl.edu.ec

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Autoría

Yo, **Janeth Isabel Morocho Saca**, declaro ser autora del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales por el contenido y desarrollo del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Titulación en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma: 

Cédula de Identidad: 1104825698

Fecha: 30 de noviembre de 2022

Correo electrónico: janeth.morocho@unl.edu.ec

Celular: 0998713591

Carta de autorización

Carta de autorización del trabajo de titulación por parte de la autora para la consulta de producción parcial o total, y publicación electrónica de texto completo.

Yo, **Janeth Isabel Morocho Saca**, declaro ser autora del Trabajo de Titulación denominado: **Depresión y consumo de alcohol en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac, periodo 2022**, como requisito para optar el título de **Psicóloga Clínica**, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre 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 Repositorio Institucional, 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 del Trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los treinta días del mes de noviembre del año dos mil veintidós.



Firma:

Autora: Janeth Isabel Morocho Saca

Cédula de identidad: 1104825698

Dirección: Comunidad de Oñacapac

Correo electrónico: janeth.morocho@unl.edu.ec

Celular: 0998713591

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de Trabajo de Titulación: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

- **Presidenta:** Dra. Karina Gabriela Rojas Carrión, Mgs.
- **Vocal:** Psic. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez, Mgs.
- **Vocal:** Psic. María Paula Torres Pozo, Mgs.

Dedicatoria

A Dios y a la Virgen María, por siempre escuchar mis oraciones, por brindarme la sabiduría y la fortaleza necesaria para poder afrontar cada situación que he atravesado, por ser esa luz que me ha guiado en cada paso que he dado y en cada decisión que he tomado.

A mis queridos padres Rosa y Pedro, y a mis hermanos Fabián y Junior, por brindarme ese apoyo incondicional durante todos estos años de mi formación académica, por ser los pilares fundamentales en mi vida y por educarme con excelentes valores que me han permitido con perseverancia, dedicación y esfuerzo cumplir una de mis metas más importantes.

A mis abuelitos Dolores y Asunción, a mis tías, en especial a Mercedes y Ana, a mis primas Kermy, Irma y Erika, y demás familiares, que siempre han estado presentes motivándome, acompañándome y extendiéndome su apoyo a lo largo de este trayecto recorrido.

A mis amigas/os de la Universidad, en especial a Jessica, Anita y Daniela por brindarme una amistad sincera y leal durante estos años. A las hermanas Guadalupanas, por sus oraciones y mensajes de motivación. Y a todas aquellas personas que también de alguna forma me han impulsado seguir siempre hacia adelante. Los llevaré por siempre en mi corazón.

Janeth Isabel Morocho Saca

Agradecimiento

Agradezco eternamente a la prestigiosa Universidad Nacional de Loja y a todos quienes están detrás de la misma por haberme abierto las puertas y en sus aulas brindar los espacios adecuados para mi formación profesional, inculcando valores en pro de la sociedad.

De la misma manera mi agradecimiento sincero a cada uno de los docentes de la Carrera de Psicología Clínica y a la Psi. Cl. Yadira Castillo quienes, con dedicación, amor, paciencia y el conocimiento que poseen han contribuido significativamente en toda mi formación.

Agradezco infinitamente a mi directora de Tesis Dra. Ana Puertas por todo el tiempo, apoyo y asesoría brindada en el transcurso de la ejecución del presente trabajo de investigación. También agradezco al Ing. Eduardo Estrella, por las tutorías brindadas sobre estadística.

Mi agradecimiento a la comunidad de Oñacapac y a sus dirigentes por haberme permitido y apoyado para que se ejecutó de la mejor manera la investigación y de manera muy especial a los adolescentes que con buena voluntad y predisposición brindaron su colaboración.

Finalmente agradezco a mi familia, amigos, compañeros y a cada una de las personas que me brindaron su apoyo y motivación incondicional en todo momento para que el presente trabajo de investigación sea ejecutado con total dedicación y responsabilidad.

Janeth Isabel Morocho Saca

Índice de contenidos

Portada.....	i
Certificación de la directora del trabajo de titulación	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenidos.....	vii
Índice de tablas.....	xi
Índice de anexos	xii
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
2.1. Abstract.....	3
3. Introducción	4
4. Marco teórico	7
4.1. Depresión en adolescentes.....	7
4.1.1. Antecedentes	7
4.1.2. Definición.....	7
4.1.3. Epidemiología	8
4.1.4. Teorías sobre la depresión.....	9
4.1.4.1. Teoría cognitiva de Beck.	9
4.1.4.2. Teorías conductuales.....	9
4.1.5. Factores Etiológicos	10
4.1.5.1. Factores Genéticos	10
4.1.5.2. Factores biológicos.	10
4.1.5.3. Factores psicológicos.....	10
4.1.5.4. Factores sociales.	11
4.1.6. Manifestaciones clínicas.....	11
4.1.6.1. Síntomas emocionales.....	11
4.1.6.2. Síntomas cognitivos.....	11
4.1.6.3. Síntomas conductuales.....	12
4.1.6.4. Síntomas Somáticos.....	12
4.1.7. Niveles de depresión	12

4.1.7.1.	Depresión Mínima.	12
4.1.7.2.	Depresión Leve.	12
4.1.7.3.	Depresión Moderada.	13
4.1.7.4.	Depresión Grave.	13
4.1.8.	Evaluación y diagnóstico de la depresión	13
4.1.9.	Consecuencias	14
4.1.10.	Tratamiento	15
4.2.	Consumo de alcohol en adolescentes	15
4.2.1.	Antecedentes	15
4.2.2.	Alcohol y consumo de alcohol	16
4.2.3.	Epidemiología	17
4.2.4.	Teorías sobre el consumo de alcohol	18
4.2.4.1.	Teoría cognitiva de Beck.	18
4.2.4.2.	Teorías conductuales.....	18
4.2.5.	Factores etiológicos.....	18
4.2.5.1.	Factores individuales.	19
4.2.5.2.	Factores familiares.	19
4.2.5.3.	Factores Sociales.....	20
4.2.6.	Formas de consumo de alcohol	20
4.2.6.1.	Consumo experimental.	20
4.2.6.2.	Consumo ocasional.	21
4.2.6.3.	Consumo habitual	21
4.2.6.4.	Consumo compulsivo.....	21
4.2.7.	Tipos de bebedores de alcohol	21
4.2.7.1.	Abstinentes.....	21
4.2.7.2.	Bebedores habituales no excesivos	21
4.2.7.3.	Bebedores problemáticos o excesivos.....	22
4.2.7.4.	Bebedor alcoholdependiente.....	22
4.2.8.	Niveles de consumo de alcohol	22
4.2.8.1.	Consumo de bajo riesgo.....	22
4.2.8.2.	Consumo de riesgo.....	22
4.2.8.3.	Consumo perjudicial.	23
4.2.8.4.	Dependencia de alcohol.	23
4.2.9.	Evaluación y diagnóstico del consumo de alcohol.....	23

4.2.10.	Consecuencias	24
4.2.11.	Tratamiento	25
4.3.	Relación entre depresión y consumo de alcohol.....	25
4.4.	Adolescencia.....	27
4.4.1.	Definición.....	27
4.4.2.	Etapas	27
4.4.2.1.	Adolescencia temprana	27
4.4.2.2.	Adolescencia media	27
4.4.2.3.	Adolescencia tardía	27
4.4.3.	Repercusiones psicológicas de la migración parental	28
4.5.	Contexto del área de estudio.....	28
4.5.1.	Ubicación geográfica y población	28
4.5.2.	Datos sociodemográficos	29
4.5.2.1.	Edad, género, etnia y estado civil	29
4.5.2.2.	Clase social y ocupación	29
4.5.2.3.	Nivel educacional.....	29
4.5.2.4.	Migración parental	29
4.5.3.	Salud mental en los habitantes	30
4.5.4.	Organización política y recursos disponible	30
4.5.4.1.	Directiva del cabildo.	30
4.5.4.2.	Recursos disponibles.....	30
5.	Metodología	31
5.1.	Área de estudio	31
5.2.	Tipo de estudio	31
5.3.	Universo y Muestra	31
5.3.1.	Criterios de inclusión	31
5.3.2.	Criterios de exclusión.....	32
5.4.	Técnicas e Instrumentos	32
5.4.1.	Consentimiento informado.....	32
5.4.2.	Ficha sociodemográfica.....	32
5.4.3.	Inventario de depresión de Beck II (BDI-II).....	33
5.4.4.	Test de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) .	34
5.5.	Procedimiento.....	35
5.6.	Equipos y materiales.....	38

5.7. Análisis estadístico	39
6. Resultados	40
7. Discusión.....	75
8. Conclusiones	79
9. Recomendaciones.....	80
10. Bibliografía.....	81
11. Anexos.....	90

Índice de tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de adolescentes de padres migrantes de Oñacapac.....	40
Tabla 2. Niveles de depresión en adolescentes de padres migrantes de Oñacapac.....	41
Tabla 3. Consumo de alcohol en adolescentes de padres migrantes de Oñacapac	42
Tabla 4. Relación entre los niveles de depresión y niveles de consumo de alcohol	43
Tabla 5. Tabla cruzada entre los niveles de depresión y consumo de alcohol.....	44
Tabla 6. Descripción de las actividades del programa de prevención.....	48

Índice de anexos

Anexo 1. Asentimiento informado para el participante.....	90
Anexo 2. Consentimiento informado para el representante.	91
Anexo 3. Ficha Sociodemográfica.....	92
Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II).....	93
Anexo 5. Test de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT)	97
Anexo 6. Cartilla de unidades de bebida estándar	100
Anexo 7. Oficio de pertinencia, estructura y coherencia.....	101
Anexo 8. Designación de directora de tesis.....	103
Anexo 9. Oficio de autorización para la ejecución del proyecto.....	104
Anexo 10. Convocatoria para la socialización de proyecto y charla informativa.....	105
Anexo 11. Resultados complementarios.....	106
Anexo 12. Recursos y materiales del programa de prevención	111
Anexo 13. Certificación de acceso a la base de datos de la comunidad	117
Anexo 14. Certificación de constancia de la ejecución de la investigación	118
Anexo 15. Certificación de traducción del resumen.....	119
Anexo 16. Certificación del tribunal de grado.....	120

1. Título

Depresión y consumo de alcohol en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac, período 2022.

2. Resumen

La depresión es una enfermedad mental que puede presentarse en cualquier edad; la adolescencia es una etapa vulnerable a padecerla, debido que al atravesar por importantes cambios en su desarrollo pueden enfrentarse a circunstancias que ponen en riesgo la salud mental. Frente a ello, el consumo de alcohol es una de las conductas que suele asociarse. Además, un factor que puede aumentar la vulnerabilidad de desarrollar ambas problemáticas, es la ausencia de las figuras parentales que ejerzan un papel protector y modulador. Por ello, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la depresión y el consumo de alcohol en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacpac, utilizando un enfoque de tipo cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo - correlacional y de corte transversal, en el que participaron 82 adolescentes de padres migrantes comprendido entre edades de 15 a 19 años, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia de una población total de 103 adolescentes. Como instrumentos de recolección de datos se utilizó una ficha sociodemográfica, el inventario de depresión de Beck II (BDI II) y el test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT). Para el análisis estadístico descriptivo e inferencial se utilizó el programa SPSS 22. Los resultados indican que existe una relación directa pero significativamente baja entre la depresión y el consumo de alcohol en la muestra estudiada ($p=0,021<0.05$; $r_s=0,255$); la depresión mínima y leve en un 76,9%, conjuntamente con el consumo de bajo riesgo y de riesgo en un 81,7%, son los niveles que prevalecen. Considerando dichos datos se propuso un programa de prevención con la finalidad de evitar la exacerbación de los mismos a niveles más graves.

Palabras claves: Adolescencia, migración parental, depresión, alcohol.

2.1. Abstract

The depression is a mental illness that can appear at any age; the adolescence is a vulnerable stage where you can deal with it, due to the different type of changes the person can suffer during his or her develop it will face to different circumstances that can put at risk his or her mental health. Furthermore, the use of alcohol is one of the behaviours can be related with. Also, a factor that can increase the vulnerability to develop both problematics, is the absence of parents who play the protective and modulator role. For that reason, the present study it had as an objective to stablish the relation between depression and alcohol consumption at the adolescence stage with parents who have emigrate in the community of Oñacapac, using the quantitative type approach, non-experimental, descriptive-correlational design and cross sectional, in which participated 82 teenagers which parents migrate between ages of 15 and 19, selected through non- probability sampling for convenience in a total population of 103 teens. As a data collection instrument, it was used a Sociodemographic File, the Beck Depression Inventory II (BDI II) and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). For the statistical descriptive and inferential analysis, it was used the SPSS 22. The results show that exist a direct but meaningful low relation between depression and alcohol disorder in the sample study ($p=0,021<0.05$; $r_s=0,255$); minimal and mild depression in a 76.9%, together with low-risk and risky consumption in a 81.7%, are the most prevalent levels. Considering these results, a prevent program was proposed with the main objective to avoid exacerbation of the same with more serious levels.

Keywords: Adolescence, parental migration, depression, alcohol.

3. Introducción

Actualmente la depresión y consumo de alcohol son consideradas como principales problemáticas de salud pública que se manifiestan cada vez más desde tempranas edades (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021a). Existen estudios que indican la considerable incidencia de las mismas en la adolescencia, ya que al ser una etapa en el cual se presentan cambios significativos a nivel biopsicosocial y en el que buscan cristalizar la identidad, autonomía y sentido de pertenencia y responsabilidad, pueden atravesar por circunstancias que ponen en vulnerabilidad la salud mental (Pérez y Navarro, 2012). Ante esto, un factor estresor que puede aumentar el riesgo de presentar estas problemáticas, es la migración de los padres, un fenómeno que ocasiona desintegración familiar, abandono a los hijos y ausencia de figuras parentales que ejerzan un rol modulador y papel protector frente a situaciones que puedan perturbar el desarrollo del adolescente (Bellorín Andrade et al., 2018; Barrera Garnica y Saldaña Gómez, 2020).

La depresión se caracteriza por presencia de síntomas emocionales, motivacionales, conductuales, cognitivos y somáticos que, dependiendo del número, la intensidad e impacto que genera en el funcionamiento del individuo, puede clasificarse en leve, moderado y grave (OMS, 2021a). Por otra parte, el consumo de alcohol que se describe en términos de gramos de alcohol ingeridos, es una de las conductas de riesgo que frecuentemente tiene un inicio en la adolescencia y dependiendo del patrón de ingesta, puede clasificarse en bajo riesgo, de riesgo, perjudicial y dependencia (Babor et al., 2001). Además, diversos estudios sugieren que la depresión y el consumo de alcohol guardan una compleja relación; en ocasiones los síntomas depresivos pueden conllevar a un mayor consumo de alcohol y en efecto, a mayor riesgo de presentar trastornos por consumo de alcohol y otras veces, la ingesta de alcohol es un factor de riesgo importante que tiende a agravar los síntomas depresivos existentes o bien propiciar un episodio o trastorno depresivo (Marshall, 2014).

En relación a lo anterior, a nivel mundial, un considerable porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años padecen depresión y más de la cuarta parte son consumidores (OMS, 2021b). Estudios llevados a cabo por De Pablos (2018), Marmet et al. (2019) y Zhang et al. (2021) en adolescentes de España, Suecia y China, encontraron que los participantes depresivos presentaban las proporciones más altas de consumo de alcohol en comparación con los no depresivos. En América Latina, estas problemáticas según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2021) ocupan cerca de la mitad de la prevalencia de trastornos mentales en adolescentes. Hernández-Cortaza et al. (2018) en un estudio llevado a cabo en

México y Estrada-Durand y Salinas-Salas (2019) en Perú, concluyeron que el consumo de alcohol es una de las conductas de riesgo que suele asociarse a la depresión; aquellos que presentaban depresión grave mantenían un consumo de riesgo o dependencia.

En Ecuador, según los datos revelados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2018) también existe una destacada prevalencia de la depresión y consumo de alcohol en adolescentes. En las investigaciones de Telumbre et al. (2017), Llerena (2019) y Pillcorema (2019) se encontró una relación significativa entre la depresión y el consumo de alcohol; a mayor nivel de depresión, mayor nivel de consumo. En la provincia de Loja, distintos estudios también reflejan la incidencia de estas problemáticas en la población de adolescentes (Jadán, 2017; Rivadeneira-Díaz et al., 2020). De la misma manera los estudios de Samaniego-Namicela et al. (2019) y Valarezo-Bravo et al. (2021) indican que existe una relación entre el alto riesgo de consumo con los altos niveles de depresión.

En el cantón Saraguro, no existen investigaciones sobre la depresión en la población de adolescentes, sin embargo, en la práctica clínica ha sido frecuente esta afección mental. Respecto al consumo de alcohol existe investigaciones llevadas a cabo por Cabrera (2016) y Barrera (2016) en adolescentes tanto mestizos como indígenas de este cantón, que reflejan la considerable incidencia del mismo. Concretamente en la comunidad de Oñacapac, donde la migración forma parte de la dinámica de muchas familias y problemáticas como depresión y consumo de alcohol están latentes, no existen investigaciones al respecto, por lo que surgió el interés por explorar y profundizar el tema en esta población vulnerable, para determinar la presencia de los mismos y en base a ello proponer estrategias para prevenir complicaciones más graves a futuro, teniendo en cuenta que estas enfermedades mentales se asocian con mayores tasas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial según la OMS (2021b).

Considerando estos antecedentes, el presente estudio pretende dar respuesta a la siguiente pregunta; ¿Existe relación entre la depresión y consumo de alcohol en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac, período 2022? Planteando como objetivo general: determinar la relación entre la depresión y el consumo de alcohol en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac, y como objetivos específicos; identificar los niveles de depresión en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac a través del inventario de depresión de Beck II (BDI II), identificar los niveles de consumo de alcohol en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac y proponer un programa para la prevención de la depresión y consumo de alcohol dirigido a adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac.

El marco teórico aporta información con evidencia empírica que permite esclarecer y comprender cada una de las variables de estudio y su relación. Se divide en las siguientes secciones: Depresión; antecedentes, perspectiva teórica, definición, epidemiología, factores etiológicos, manifestaciones clínicas, diagnóstico, niveles de depresión, consecuencias y tratamiento. Cabe recalcar que en el presente estudio los términos “depresión” o “depresión clínica” se utilizan para referirse específicamente al episodio o trastorno de depresión mayor. Consumo de alcohol; antecedentes, perspectiva teórica, aspectos generales sobre el alcohol y consumo de alcohol, epidemiología, formas de consumo, tipos de bebedores, niveles de consumo, diagnóstico, factores etiológicos, consecuencias y tratamiento. Investigaciones previas acerca de la relación entre la depresión y el consumo de alcohol en los adolescentes. Adolescencia; definición, etapa y repercusiones de psicológicas de la migración parental. Contexto del lugar de estudio; ubicación geográfica, población, datos sociodemográficos, organización política y recursos disponibles.

Finalmente, la presente investigación aporta resultados útiles que pueden ser usados como una herramienta diagnóstica por las autoridades competentes de la comunidad u otros profesionales de la salud mental, debido a que sirven de apoyo para plantear estrategias de promoción, prevención o intervención enfocadas en solventar estas problemáticas presentes y sobre todo evitar a futuro complicaciones más graves como el suicidio u otros problemas psicosociales. También aporta información importante debido a que existen pocos estudios llevados a cabo en adolescentes de comunidades indígenas y que tengan a padres emigrados. De igual manera, permiten que investigaciones posteriores pueden tomar como referencia los resultados obtenidos y ampliar el conocimiento de cada una de las variables estudiadas considerando otros factores.

4. Marco teórico

4.1. Depresión en adolescentes

4.1.1. Antecedentes

Hernández-Cortaza et al. (2018) realizaron una investigación con el propósito de conocer la presencia de depresión y consumo de alcohol en adolescentes de una institución educativa de la comunidad rural de Sotepan-México; el estudio fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de nivel descriptivo y de corte transversal; aplicaron el BDI II y el AUDIT en una muestra conformada por 222 adolescentes. Con relación a la depresión, los resultados indican que el 59,9% presentaron algún nivel de depresión, siendo la depresión moderada la que predomina en un 24,8%, seguida del nivel leve con un 20,3 % y grave con un 14,8%, reflejando la considerable presencia de esta patología en dicha población.

Herrera y Rea (2021) también llevaron a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional que tuvo como objetivo analizar la relación entre la migración y depresión en 185 adolescentes mestizos e indígenas de entre 14 a 20 años de una Institución Educativa de Chimborazo-Ecuador, al aplicar el BDI II encontraron que el 49% de los estudiantes que tenían algún parentesco emigrado hacia los países exteriores presentaron depresión mínima y un 51% presentaron depresión entre leve, moderado y grave, además determinaron que si existe relación entre la migración de familiares cercanos y la presencia de depresión.

En una investigación llevada a cabo por Tuapante y Clavijo (2016) sobre la depresión como efecto de la migración parental en adolescentes de una institución educativa rural de la ciudad de Cuenca, encontraron que de los 34,17% de adolescentes con padres migrantes, el 39,4% presentaron una depresión mínima, mientras que el 60,6% presentaron entre leve, moderado y grave. Con base a estos resultados concluyeron que, la desorganización familiar, la ruptura del vínculo afectivo entre los padres e hijos, los cambios de roles, la situación de desamparo y vulnerabilidad a los que se quedan sometidos, entre otras repercusiones psicosociales que surgen tras la migración parental afectan la salud mental del adolescente.

4.1.2. Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021a) considera a la depresión como una afección mental frecuente y tratable que se caracteriza por presencia de síntomas como tristeza, irritabilidad, pesimismo, pérdida del interés o disfrute por actividades consideradas agradables, que pueden acompañarse de otros síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático como problemas de concentración, baja autoestima, sentimientos de culpa, alteraciones del sueño y/o del apetito, ideas suicidas, etc., y además tiene un etiología multifactorial.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) describe a la depresión como un trastorno mental grave que afecta tanto la vida cotidiana de quien la padece, como también de su entorno; interfiere en el normal funcionamiento laboral, académico, familiar y social, lo que genera un gran sufrimiento e impide el disfrute pleno de la vida en general. Hoy en día es considerada como la causante principal de discapacidad y contribuye de una manera significativa a las tasas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial (OMS, 2021a).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), engloba a la depresión dentro del apartado de los “Trastornos depresivos” que, dependiendo de la duración e intensidad de los síntomas se clasifican comúnmente en trastorno (episodio) de depresión mayor y trastorno depresivo persistente (distimia). Se incluye otros como el trastorno depresivo inducido por sustancia o medicamento y el trastorno depresivo debido a otra afección médica.

4.1.3. Epidemiología

A nivel mundial, se estima que la depresión afecta a más de 450 millones de personas y aproximadamente uno de cada cuatro personas sufren de esta afección mental a lo largo de su vida, sin importar la edad o estatus social, pero siendo más prevalente en las mujeres que en los hombres. Asimismo, cerca de la mitad de adultos que padecen depresión presentaron su primer episodio en la infancia o adolescencia, antes de los 20 años (OMS, 2021a; Corea Del Cid, 2021). En la población de adolescentes de 10 a 19 años, se estima que uno de cada siete padece de algún trastorno mental, aproximadamente el 1,1% de adolescentes de 10 a 14 años y el 2,8% de 15 a 19 años de edad sufren de depresión clínicamente significativa en algún momento de su vida (OMS, 2021b), mientras que un 5% a 10% manifiestan depresión subclínica o conocida también como depresión mínima, pero con un mayor riesgo de suicidio y de desarrollar trastorno de depresión mayor en la edad adulta (Rey et al., 2015).

En las regiones de América Latina y Caribe, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2021), cerca de 16 millones de adolescentes de 10 a 19 años sufren de algún trastorno mental, entre ellos, la depresión y la ansiedad están presentes casi en un 50% de esta población. Específicamente en Ecuador, el 15,4% de este grupo etario presentaron algún trastorno mental en el año 2019, la prevalencia tiende a variar según la población y período que se considera. Por otra parte, la depresión en adolescentes suele estar relacionado con conductas como el abuso de alcohol, la delincuencia, violencia, conductas sexuales de riesgo y con alteraciones en la conducta alimentaria, en los hábitos de sueño, inactividad física y tienen un mayor riesgo de desarrollar trastorno bipolar (Rey et al., 2015). En el peor de los casos la

depresión puede llegar a provocar el suicidio, que es la segunda causa de muerte en jóvenes de entre los 15 a 29 años de edad (OMS, 2021a).

4.1.4. Teorías sobre la depresión

Hasta el momento existen diversos modelos teóricos que intentan dar una explicación acerca de la depresión, entre estos, en los que se sustentan está investigación son:

4.1.4.1. Teoría cognitiva de Beck. Desde esta teoría, la depresión puede ser en parte el resultado de una interpretación errónea de las situaciones que experimenta y afronta la persona, producto de distorsiones cognitivas específicas presentes en individuos susceptibles a padecer depresión (Beck et al., 2012). Beck propone tres elementos que lo explican:

La tríada cognitiva, que está conformada por creencias distorsionadas que tiene sobre sí mismo (autopercepción negativa; atribución de experiencias negativas a un defecto; carencia de atributos para alcanzar la felicidad), sobre el entorno (el mundo es visto como hostil, exigente y poco gratificante; las interacciones se interpretan negativamente) y sobre el futuro (expectativas de sufrimiento, fracaso, desesperanza) (Beck et al., 2012).

Los esquemas cognitivos, refieren a la forma en cómo codifica, almacena y recupera la información de las representaciones cognitivas formadas por experiencias pasadas, que son base para las interpretaciones de situaciones actuales, es allí donde aparecen los errores cognitivos que pueden ser en parte aprendidas socialmente o ser el resultado de una escasa habilidad para enfrentarse a experiencias estresantes de la vida (Beck et al., 2012).

Errores cognitivos o procesamiento distorsionado de la información, son aquellos que mantienen las creencias erróneas pese a que exista una evidencia contraria. Entre estas está la sobregeneralización, la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, maximización o minimización, los pensamientos absolutistas-dicotómicos y la personalización, que a su vez llegan a influir en el estado de ánimo y en el comportamiento (Beck et al., 2012).

4.1.4.2. Teorías conductuales. Los teóricos conductistas consideran que la depresión puede estar condicionada por patrones desadaptativos aprendidos en base a acontecimientos o las interacciones negativas entre la persona y su entorno, que tiende recíprocamente actuar con los estilos cognitivos negativos y las emociones. Del mismo modo puede también ser el resultado de un escaso o nulo refuerzo positivo que recibe el individuo, debido a factores como: un entorno pobre en reforzadores, cambios en el sistema de recompensas y castigos, falta de habilidades sociales para obtener reforzamiento y poca capacidad para disfrutar de aquellos estímulos que refuerzan positivamente (Sadock et al., 2015; 2018).

Dentro de este enfoque existe una hipótesis de que la depresión puede deberse a una indefensión aprendida que surge cuando el sujeto aprende que independientemente de sus actos

las situaciones que ocurren a su alrededor no van a cambiar; se comportan de forma pasiva ante todo tipo de dificultades y sienten que no tienen un control y dominio sobre el entorno. Esto conlleva a una baja autoestima, falta de motivación, aislamiento, incapacidad para enfrentar los problemas y buscar soluciones, etc (Sadock et al., 2015; 2018).

4.1.5. Factores Etiológicos

En el curso y desarrollo de la depresión influyen múltiples factores que aún no se ha podido establecer en su totalidad, ni su grado de influencia y ni las interacciones existentes entre ellos (Ospina, 2018). A continuación, se describen algunas de las mismas.

4.1.5.1. Factores Genéticos. Múltiples estudios familiares y con gemelos demuestran la contribución de los genes en los trastornos del estado de ánimo. Se han documentado que es la predisposición a la enfermedad lo que se hereda; si uno de los progenitores sufre de un trastorno del estado de ánimo, el hijo tiene un riesgo de entre 15 a 30% de padecerlo también, y es mayor cuantos más familiares de primer grado lo padezcan (Sadock et al., 2015). Sin embargo, se han encontrado que también pueden desarrollarse en aquellos que no presentan antecedentes familiares de depresión (De la Fuente y Heinze, 2018).

4.1.5.2. Factores biológicos. Varios estudios han encontrado que la depresión puede ser originada por una deficiente concentración de los neurotransmisores monoaminérgicos como serotonina, noradrenalina y dopamina en el espacio intersináptico. Otros incluyen al GABA y glutamato, planteando que el estrés crónico ocasiona alteración en las conexiones neuronales mediadas por dichos neurotransmisores (Tafet, 2018; Pérez-Esparza et al., 2020). También el desequilibrio de las hormonas se le ha vinculado con la depresión, esto explica el por qué las mujeres son más propensas a padecerla (Sadock et al., 2018).

Asimismo, la disfunción del eje hipotálamo hipófisis suprarrenal (HHS) producidos por los niveles anormales de cortisol como respuesta a un estrés crónico contribuyen en el desarrollo de la depresión, dado que el estrés puede provocar atrofia neuronal, disminuir la neurogénesis y la neuroplasticidad (Pérez-Padilla et al., 2017; Tafet, 2018). También otros estudios muestran que la depresión puede estar asociada a disfunciones en áreas cerebrales encargadas principalmente de la regulación emocional como el hipocampo, la amígdala, el tálamo, la zona cingulada anterior y corteza prefrontal (Abdallah et al., 2017).

4.1.5.3. Factores psicológicos. La personalidad, las experiencias traumáticas en la infancia y las circunstancias vitales estresantes son considerados como factores que pueden desencadenar o mantener la depresión (Sadock et al., 2015). Con respecto a la personalidad, no se ha determinado una en específico, sin embargo, han encontrado que las personalidades neuróticas son más vulnerables, debido a que se caracterizan por ser más inestables a nivel

emocional y tener una deficiente forma de afrontar el estrés, el cual les hace más propensas a padecer depresión (De la Fuente y Heinze, 2018; López Molina, 2020).

Con relación a las situaciones vitales estresantes, que son aquellas circunstancias que provocan un cambio importante en la vida de las personas como puede ser la muerte de un ser querido, los conflictos familiares, las rupturas amorosas, el maltrato físico, psicológico o sexual, los problemas escolares, bullying, presencia de enfermedades graves y comórbidas, negligencia en el cuidado, etc., pueden desencadenar depresión. Sin embargo, la influencia de estos depende también en gran parte de la capacidad de resiliencia del individuo (Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de la Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia, 2018; Feder, 2018; Valdez Melo, 2022).

4.1.5.4. Factores sociales. Condiciones como la pobreza, el desempleo, aislamiento social, escasas redes de apoyo, desintegración familiar, migración, inadecuadas condiciones de vivienda, dificultades y mala convivencia con el entorno, hábitos poco saludables, entre otros, son factores estresantes que pueden también contribuir en el desarrollo de la depresión (Ospina, 2018). Dentro de este contexto, la migración bajo cualquier condición supone un acontecimiento estresor que, de no contenerse y tratar con adecuadas redes de apoyo, podría propender al desarrollo de enfermedades mentales (Jaramillo, 2019).

4.1.6. Manifestaciones clínicas

La depresión se caracteriza por presentar un sinnúmero de manifestaciones tanto a nivel emocional, cognitivo, conductual, incluido el somático, que no se presenta por igual en todas las personas, ni tampoco en la misma intensidad o severidad (Retamal, 2020).

4.1.6.1. Síntomas emocionales. Se manifiestan en tristeza profunda, bajo estado de ánimo, irritabilidad, sentimientos de culpa, baja autoestima, pérdida del interés o disfrute por actividades consideradas placenteras o agradables (anhedonia), ausencia de motivación y/o desinterés por actividades cotidianas (apatía), llanto fácil, sensación de vacío, desesperanza, etc (De la Fuente y Heinze, 2018). El estado de ánimo deprimido, irritabilidad y pérdida de placer se constituyen como síntomas típicos de la depresión (APA, 2014).

4.1.6.2. Síntomas cognitivos. Los problemas de atención, concentración y memoria, junto a la disminución del rendimiento académico y dificultad para pensar y tomar decisiones son los síntomas cognitivos más comunes (Ospina, 2018). También suelen ser frecuentes la presencia de pensamientos rumiativos, pesimistas, erróneos que se manifiestan en autocrítica excesiva, sensación de torpeza, inutilidad, impotencia, pensamientos recurrentes de muerte o autodestrucción, entre otros (Rey et al., 2015; García Cruz et al., 2017).

4.1.6.3. Síntomas conductuales. La agitación, lentitud o inhibición psicomotora son las manifestaciones clínicas más frecuentes (Zarragoitia, 2011). Sin embargo, los síntomas conductuales también se expresan en abandono de responsabilidades personales, aislamiento o disminución de la interacción social y familiar, deseo continuo de estar solo, evitación de actividades lúdicas y agradables, ausentismo escolar, conductas autodestructivas o suicidas, que en el peor de los casos acaba en muerte (Retamal, 2020).

4.1.6.4. Síntomas Somáticos. Los síntomas físicos que frecuentemente se presentan son los problemas de sueño, que se manifiestan en insomnio o hipersomnia y los cambios en el peso o apetito, que bien puede haber un descenso o un aumento (Rey et al., 2015). Otros síntomas que se presentan son la disminución de la libido, la tensión o debilidad muscular, pérdida o ausencia de energía (anergia), fatiga, cansancio, ansiedad, cefaleas, molestias o trastornos digestivos, entre otros (Ospina, 2018; Retamal, 2020).

En los adolescentes hay que tener en cuenta que la sintomatología depresiva puede estar enmascarada por frecuentes quejas somáticas que no tienen una explicación médica. Además, pueden estar ocultas tras problemas conductuales como abuso de alcohol, cambios en el carácter, rebeldía o desobediencia, fugas de casa, retraimiento social, bajo rendimiento académico, riesgo suicida o conductas autolesivas, etc. (Retamal, 2020).

4.1.7. Niveles de depresión

La depresión puede presentarse en niveles dependiendo del número, la intensidad e interferencia que generan los síntomas en el nivel de funcionamiento (OMS, 2021a). Cabe recalcar que en el DSM-5 la depresión clínica se clasifica en tres niveles: leve, moderado y grave. Sin embargo, en la presente investigación se incluye a la depresión mínima no como un nivel clínico, sino más bien para referirse a los bajones emocionales normales.

4.1.7.1. Depresión Mínima. Es aquella que prácticamente pasa de manera inadvertida porque no están presentes los síntomas típicos como el estado de ánimo deprimido y pérdida de interés o disfrute por las actividades. Sin embargo, pueden estar presentes otros síntomas asociados como tristeza, decaimiento, irritabilidad, pesimismo, baja autoestima, desinterés, autocrítica, entre otros, que no llegan a causar malestar significativo, ni interfiere en el nivel de funcionamiento, por lo que no cumplen con los criterios diagnósticos (Retamal, 2020).

4.1.7.2. Depresión Leve. Están presentes los síntomas típicos como estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, baja sensación de placer y disminución de energía durante al menos dos semanas. Además de mostrar otros tres síntomas asociados como las alteraciones de sueño o apetito, dificultades para pensar o concentrar, cansancio, llanto, entre otros, pero en

una intensidad mínima y manejable que interfiere sutilmente el funcionamiento; puede continuar llevando a cabo las tareas casi sin ninguna dificultad (OMS, 2000; APA, 2014).

4.1.7.3. Depresión Moderada. Se presentan un mayor número de manifestaciones, adicional a los marcados síntomas típicos, se presentan otros cuatro o cinco asociados, como problemas de concentración, sentimientos de culpa o fracaso, autocrítica excesiva, pérdida de energía, indecisión, molestias físicas, desvalorización, presentes en variada intensidad en un período mínimo de dos semanas. El nivel de funcionamiento se compromete y ya presenta dificultades para llevar a cabo actividades cotidianas y sociales (OMS, 2000; APA, 2014).

4.1.7.4. Depresión Grave. Se manifiestan mayor número de síntomas emocionales, cognitivos, somáticos y conductuales, en una intensidad no manejable, que causa un impacto negativo grave en casi todas las áreas del funcionamiento, no son capaces de continuar con su desempeño normal en las diferentes esferas de la vida y frecuentemente se presenta riesgo significativo de suicidio. En algunos casos llegan a presentar estupor, delirio y alucinaciones, que es conocida como depresión grave con síntomas psicóticos (OMS, 2000; APA, 2014).

4.1.8. Evaluación y diagnóstico de la depresión

La evaluación y diagnóstico de la depresión en adolescentes debe realizarse mediante entrevistas e historias clínicas, empleando técnicas adecuadas y no limitándose únicamente a la aplicación de los test, debido a que estos por sí solos no permiten realizar un diagnóstico individual más específico. Del mismo modo, para una evaluación diagnóstica completa, es imprescindible la información proporcionado por los padres y otros entornos en los que se desenvuelve (ej. el colegio) (Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de la Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia, 2018).

Los criterios utilizados para diagnosticar depresión son los descritos en los manuales de clasificación vigentes actualmente: La Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición (CIE-10) de la OMS y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5) de la APA.

En ambos manuales se considera que, para el diagnóstico de un episodio depresivo, los síntomas deben estar presentes como mínimo dos semanas y presentar al menos uno de los dos síntomas típicos de la depresión; bien sea el estado de ánimo deprimido e irritable o pérdida de interés y agrado por las actividades consideradas como placenteras y cotidianas, presentes la mayor parte del día y casi todos los días (OMS, 2000; APA, 2014).

Adicional, deben estar presentes en el mismo periodo de tiempo otros cuatro (o más) síntomas asociados como; las alteraciones en el sueño (insomnio o hipersomnia), cambios significativos en el apetito/peso, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de culpabilidad e

inutilidad excesiva, disminución de la capacidad para pensar, concentrar o tomar decisiones, alteraciones psicomotoras (agitación, lentitud, inhibición), pérdida de libido y pensamientos recurrentes de muerte o conductas autolesivas o suicidas (OMS, 2000; APA, 2014).

Además, estos síntomas no deben ser la manifestación de efectos de una sustancia, medicamento u otra afección médica y deben causar un malestar clínicamente significativo; generando un impacto negativo en el nivel del funcionamiento del individuo y deteriorando el rendimiento en los diferentes ámbitos de la vida, sea en lo personal, familiar, interpersonal, académico, laboral y social (OMS, 2000; APA, 2014).

4.1.9. Consecuencias

La depresión puede ocasionar consecuencias devastadoras tanto para la persona que lo padece como también para sus familiares y la sociedad en general, dado que conlleva un gran sufrimiento y un impacto negativo importante en el funcionamiento del diario vivir, sobre todo cuando es grave y recurrente (OMS, 2021a). De la depresión pueden derivar otras enfermedades mentales o comportamentales como ansiedad, trastorno de pánico, trastornos por consumo de sustancias, fobia social, entre otras (Retamal, 2020). Asimismo, predispone a mayor riesgo de presentar otras condiciones médicas como enfermedades cardiovasculares, sobrepeso, etc (Corea del Cid, 2021), lo que implican en efecto, mayor necesidad de servicios asistenciales con el elevado coste económico que involucra (De la Fuente y Heinze, 2018).

El impacto que genera en el nivel de funcionamiento va desde un deterioro ligero hasta incapacitante, donde la persona no es capaz de afrontar la vida diaria, las relaciones sociales, las ocupaciones o las actividades cotidianas, inclusive las necesidades básicas de autocuidado, que terminan limitando y llevando a un aislamiento social por completo que cronifica aún más la depresión (APA, 2014). Otras de las consecuencias, es la modificación de ciertas estructuras y funciones cerebrales, ya que con el tiempo la depresión provoca inflamación cerebral, pérdida importante de las conexiones neuronales, menor producción de neurotransmisores, estructuras como la amígdala, corteza prefrontal y el hipocampo son afectas, esto provoca otras alteraciones que empeoran los síntomas depresivos (Tafet, 2018).

En los adolescentes, la depresión puede causar cambios de carácter, personalidad y ser más propensos a involucrarse en varias conductas de riesgo (Ospina, 2018). De hecho, el abuso de alcohol u otras sustancias es una de las consecuencias más comunes, estudios indican que empiezan a consumir sustancias como una manera de afrontar o enmascarar los síntomas depresivos (Telumbre Terrero et al., 2017). Asimismo, puede provocar periodos prolongados de aislamiento, problemas con el entorno familiar y social, ausentismo escolar, bajo rendimiento académico, trastornos de la conducta alimentaria, mayor probabilidad de continuar

con depresión en la edad adulta, mayores comorbilidades y en el peor de los casos conllevar a adicciones, autolesiones, conductas temerarias y suicidio (Corea del Cid, 2021).

4.1.10. Tratamiento

El tratamiento para los pacientes con diagnóstico de un trastorno depresivo debe estar enfocado a garantizar la seguridad del paciente abordando no solo los síntomas presentes, sino también buscando el bienestar futuro, para ello se debe tomar en cuenta las situaciones estresantes que pueden provocar recaídas o exacerbar. Existe dos tipos de tratamientos que han demostrado mayor eficacia en el manejo a los pacientes depresivos; la psicoterapia y la farmacoterapia, cuya efectividad dependerá de cada paciente, del tipo de depresión que padezca y de su nivel de severidad. Existen estudios que sugieren que el tratamiento resulta más efectivo cuando se combina ambos, sobre todo cuando es grave (Sadock et al., 2018).

Entre las terapias psicológicas que mayor efectividad y evidencia han tenido para la depresión en adolescentes son: la terapia cognitiva conductual, que se centra en identificar cuáles son aquellos pensamientos y acciones que están influenciando en el estado de ánimo para modificar y enseñar tener mayor autocontrol (Rosselló y Bernal, 2007); la psicoterapia interpersonal, que pone énfasis en cuatro focos de tensión que identifica y aborda; duelo complicado, transición vital/de rol, disputa interpersonal y déficit interpersonal (Weissman et al., 2014), y otros también incluyen la terapia familiar, ya que en ocasiones la depresión puede ser provocada por conflictos dentro del mismo contexto familiar (Rey et al., 2015).

En cuanto a la farmacoterapia, no es recomendada utilizarla como primera elección, sino que se debe considerar cuando no existe una mejoría de los síntomas depresivos con la terapia psicológica o cuando la depresión es grave, entre los antidepresivos que han mostrado eficacia están: tricíclicos y tetracíclicos, inhibidores selectivos de recaptación de serotonina o noradrenalina, inhibidores de recaptación de la serotonina y noradrenalina e inhibidores de la monoaminoxidasa irreversible o reversible. La elección del medicamento dependerá del médico, considerando las características individuales de cada paciente, la efectividad y las características de cada fármaco y entre otros factores (Sadock et al., 2015; Pérez, 2017).

4.2. Consumo de alcohol en adolescentes

4.2.1. Antecedentes

De la Cruz-Irineo et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo de identificar la prevalencia y niveles de consumo de alcohol en los adolescentes de una comunidad rural de México; el estudio fue de tipo descriptivo transversal y aplicaron el AUDIT en una muestra conformada por 178 adolescentes. Los resultados indican del 100% de los participantes, el 13,89% presentaron un consumo de riesgo, el 2,78% un consumo perjudicial y el 1,85%

dependencia. Determinaron a la familia y grupos de pares como los principales factores de riesgo. Además, el consumo fue más prevalente en adolescentes mayores de 15 años.

Clavijo y Mancheno (2017) también llevaron a cabo un estudio de tipo descriptivo no experimental, con el objetivo de conocer la prevalencia del consumo de alcohol en una población de adolescentes de padres migrantes y no migrantes de una institución educativa en Quito-Ecuador. Mediante la aplicación del AUDIT en una población de 549 estudiantes, identificaron que la mayoría mantienen consumo de bajo riesgo (84%), seguido de consumo de riesgo (14%) y consumo perjudicial o posible dependencia (2%). Establecieron también que 7 de cada 10 adolescentes consumen alcohol en dicha población.

Cabrera (2016) llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo, epidemiológico y de corte transversal con el fin de identificar y describir el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas en adolescentes mestizos e indígenas del Cantón Saraguro, provincia Loja, en el que determinó que el alcohol es la sustancia más consumida por los adolescentes de esta población con un 62,28% en los hombres y un 41,44% en las mujeres. Asimismo, determinó como el principal factor de riesgo el fácil acceso a las bebidas alcohólicas.

4.2.2. Alcohol y consumo de alcohol

El alcohol es una sustancia química derivado de la descomposición de carbohidratos vegetales y contiene etanol, un componente hidrófilo y liposoluble que atraviesa fácilmente las membranas y llega rápidamente al cerebro; es un depresor del sistema nervioso central que genera un desequilibrio metabólico, desestabiliza progresivamente las distintas funciones cerebrales y tiene un componente psicoactivo que puede generar dependencia si el consumo es frecuente y excesivo. El etanol tiene una concentración variada en las bebidas alcohólicas dependiendo del proceso de la elaboración (Navarrete y Secín, 2018).

Las bebidas fermentadas como la cerveza y vino, son elaboradas mediante un proceso de degradación de sustancias orgánicas por la acción de los enzimas microbianos, mientras que las bebidas destiladas como el whisky, el ron, el aguardiente, son producto de un proceso de vaporización y condensación de las bebidas fermentadas (Ahumada-Cortez et al., 2017). Las bebidas destiladas tienen mayor concentración de etanol, supera los 15° (15% de alcohol puro) y oscila entre 30° a 50°, mientras que las fermentadas tienen menor concentración de etanol, oscilando entre los 2° a 14° de alcohol puro (Ortuño, 2013).

Entonces, el consumo de alcohol es la ingesta de cualquier bebida alcohólica que se describen en términos de cantidad de gramos de alcohol ingeridos (Ahumada-Cortez et al., 2017). La unidad de bebida estándar (UBE) es una forma práctica de conocer los gramos de alcohol ingeridos, considerando la cantidad y el tipo de bebida alcohólica. Cada país permite

diferentes cantidades en una bebida. Una unidad de bebida estándar en España y en Estados Unidos es equivalente a 10 gramos de alcohol puro (Ministerio de Sanidad, 2020).

Asimismo, el alcohol después de haberse absorbido en el organismo y dependiendo de la cantidad ingerida y de las características individuales de cada persona, puede provocar desinhibición, relajación, euforia, lentificación de percepción, lagunas mnésicas, dificultad para asociar ideas y hablar, desequilibrio motor, somnolencia, entre otros. Puede provocar una intoxicación si la concentración del alcohol en la sangre es muy alta, incluso llegar hasta un estado de coma y/o terminar en muerte (Perdiz et al., 2017; Ortuño, 2013).

4.2.3. Epidemiología

A escala mundial, en base al informe emitido por la OPS en el año 2016, el consumo de alcohol per cápita (APC) en habitantes mayores de 15 años fue de 6,4 litros de alcohol puro por día. Se estima que para el año 2025, el consumo total de alcohol aumente a 7 litros. En la región de América se registró un APC total de 8 litros del alcohol puro por habitante, entre los tipos de bebidas alcohólicas de mayor consumo son el licor, aguardiente, la cerveza y el vino, aunque esto tiende a variar entre regiones. En todo el mundo más de la cuarta parte del total de adolescentes de 15 a 19 años son bebedores, lo que representa un aproximado de 155 millones de adolescentes (OPS, 2019; OMS, 2021b).

En el año 2016, en las regiones de América y el Caribe, los adolescentes presentaron niveles de consumo de alcohol (8,5 litros) por encima del promedio de la población mundial, incluso en esta región, los estudios llevados a cabo en instituciones educativas indican que el consumo se inicia antes de los 15 años, siendo más prevalente en hombres que en mujeres (OPS, 2021). En Ecuador, pese a que el consumo de alcohol está permitido desde los 18 años, los hallazgos en las diferentes investigaciones indican que tiene un inicio a una edad más temprana, en promedio desde los 11 y 12 años. En el año 2018, el 7,6% de adolescentes de 10 a 17 años fueron consumidores según el INEC (2018).

En distintos contextos culturales y familiares, la ingesta de alcohol es considerada como una práctica socialmente aceptada, incluso apreciado como un medio de socialización, por lo que en la actualidad es cada vez más frecuente el inicio de la ingesta desde edades tempranas, de hecho en adolescentes es común una forma de consumo conocida como “binge drinking” que consiste en la ingesta de grandes cantidades de alcohol en pocas horas, hasta embriagarse y perder el control, sin tener una percepción consciente de los efectos que se derivan de la misma (Díaz y Moral, 2018; Alonso et al., 2017).

4.2.4. Teorías sobre el consumo de alcohol

Existen varias teorías psicológicas que intentan explicar el consumo de alcohol y los trastornos debidos al mismo, las que sustentan esta investigación son:

4.2.4.1. Teoría cognitiva de Beck. Propone que, dependiendo de la vulnerabilidad de cada individuo, un conjunto de creencias nucleares erróneas al interactuar con situaciones estresantes puede activar otros tipos de creencias asociadas a la ingesta de alcohol, las cuales pueden influir en el inicio y/o en el mantenimiento del mismo, sobre todo cuando estas están vinculadas a determinadas situaciones predecibles. Por ejemplo, creencias como “el alcohol alivia las penas”, “bebiendo me olvido los problemas”, “el alcohol me desinhibe”, etc., son considerados vulnerables cuando se activan ante una situación social o ante una situación estresante. De hecho, dependiendo del significado que se dé a dichas creencias, desarrollará un modo explícito de sentir y de actuar frente a las diferentes situaciones de la vida, y en este caso pueden incrementar el consumo continuado del alcohol (estimula el craving) y a largo plazo generar un patrón de abuso o dependencia (Beck et al., 1999).

Por otra parte, algunas personas que tienen problemas de consumo suelen también presentar problemas psicológicos como la depresión, por lo que tienden recurrir a la ingesta de bebidas alcohólicas bajo la creencia de que el alcohol es una sustancia que les ayuda a contrarrestar o enmascarar dichos malestares, incluso una misma creencia nuclear errónea puede generar depresión y promover el consumo (Marshall, 2014).

4.2.4.2. Teorías conductuales. Esta teoría plantea que el problema de alcoholismo es producto de un proceso de aprendizaje por condicionamiento. Se suele iniciar con la ingesta buscando experimentar efectos placenteros que genera el alcohol, cuando resulta gratificante (refuerzo positivo) se continua con la conducta pese a los problemas que se vayan surgiendo, llegando a un punto en que se genera dependencia y el consumo ya no es por placer, sino más bien para evitar los síntomas de abstinencia (refuerzo negativo). Se debe considerar que la continuidad tras la primera experiencia o el paso de uso a abuso o dependencia también depende de una serie de factores adicionales como; la exposición frecuente al consumo de alcohol en la infancia y/o adolescencia por parte de personas cercanas o por influencia del entorno (aprendizaje vicario), la actitud que tenga cada individuo frente al consumo (Sadock et al., 2015) y entre otros que se mencionarán a continuación.

4.2.5. Factores etiológicos

El problema del consumo de alcohol no tiene una sola causa, sino que al igual que otras patologías es multifactorial, en el que factores de riesgo micro y macro contextuales como la

familia, la sociedad, la comunidad, los compañeros y las características propias de la persona contribuyen en el inicio y mantenimiento (Alonso-Castillo et al., 2017).

4.2.5.1. Factores individuales. Se destacan factores genéticos y biológicos, así como psicológicos y la personalidad (Becoña y Cortés, 2011). Diversos estudios genéticos indican que los hijos cuyos padres o familiares de primer grado sean dependientes alcohólicos, tienen riesgo mayor de consumir alcohol y volverse también dependientes (Ahumada-Cortez et al., 2017). Asimismo, la edad y el sexo son relevantes, existe mayor riesgo de consumo en los hombres y en etapa de la adolescencia, donde buscan mayor independencia, se despierta la curiosidad por experimentar y descubrir cosas, buscan ser aceptados por su círculo social y en este proceso, los amigos influyen significativamente (Becoña y Cortés, 2011).

Por otra parte, la presencia de acontecimientos adversos en la infancia y la presencia de trastornos mentales aumentan la probabilidad, estudios han encontrado por ejemplo que la depresión aumenta el riesgo, debido a que recurren a la ingesta como una estrategia de afrontamiento (Pedrelli et al., 2016; McHugh y Weiss, 2019). Otro aspecto son las actitudes que tienen respecto al consumo, se ha encontrado que aquellas personas que tienen actitudes más positivas presentan una mayor predisposición, menor resistencia a la presión grupal y manifiestan creencias erróneas sobre la ingesta de alcohol (Ocaña et al., 2020).

También, varios estudios han intentado relacionar ciertas personalidades con el uso, abuso y dependencia, los resultados indican que individuos con personalidades neuróticas e impulsivas son más propensos hacia el consumo, además de que influyen en la presencia de otras conductas de riesgo y en consecuencia mayor presencia de estresores que contribuyen en el mantenimiento del mismo (González et al., 2016; Sifuentes-Castro et al., 2021). De igual manera, la conducta antisocial y agresividad son factores de riesgo importantes que se han vinculado con el consumo de alcohol y otras sustancias (Becoña y Cortés, 2011).

4.2.5.2. Factores familiares. El entorno familiar se constituye como el primer agente socializador en el que el individuo crece y va desarrollando su personalidad, además de ir adquiriendo valores; puede actuar como factor protector o de riesgo (Alonso-Castillo et al., 2017). El tipo de apego, el estilo de crianza, el clima, la disciplina y estructura familiar, así como el consumo de sustancias por parte de los padres o presencia de algún trastorno mental en los mismos, se constituyen como factores importantes a considerar tanto en el inicio como en el mantenimiento del consumo de alcohol y otras sustancias (Becoña y Cortés, 2011).

Existen estudios que indican que aquellos que crecen en una familia negligente y con apego inseguro pueden no contar con los recursos necesarios y suficientes para afrontar el estrés cotidiano y recurrir a la ingesta de alcohol como estrategia de afrontamiento (Schindler et al.,

2007 como se citó en Becoña y Cortés, 2011). El estilo de crianza parental que predomina y la forma en como el adolescente percibe e interpreta al mismo, sumado a ello las actitudes que mantienen frente al consumo de alcohol, incrementa o disminuye el riesgo de involucrarse en el mismo (Becoña y Cortés, 2011; García Barba et al., 2018).

El clima familiar en el que convive el adolescente también es un factor importante; si vive en un hogar que carece de afecto, disciplina, supervisión, donde no existe adecuada comunicación y relación de confianza, donde no hay participación, respeto y cohesión entre sus miembros, tienen mayor probabilidad de involucrarse en el consumo de alcohol (Alonso et al., 2017). Asimismo, hay investigaciones que concluyen que la familia monoparental es también un factor de riesgo a considerar, sin embargo, es importante tener en cuenta de no siempre catastrofizar a este tipo de familia (Becoña y Cortés, 2011; Paredes, 2016).

4.2.5.3. Factores Sociales. Situaciones sociales como el estilo de vida, los valores y las creencias que la comunidad tenga acerca de la ingesta de bebidas alcohólicas, influirá positiva o negativamente en el inicio y/o mantenimiento del mismo; pues si se propicia, es más probable que los adolescentes se involucren sin ninguna objeción (Losada et al., 2018). Asimismo, la forma en cómo la comunidad percibe los riesgos sobre el consumo de alcohol, es un factor importante, en este sentido, si se perciben mayores riesgos y hay mayor control, menores serán las posibilidades de consumir alcohol (Becoña y Cortés, 2011).

El grupo de los iguales desempeñan también un papel importante frente al consumo de alcohol, los amigos ya sea por presión, experimentación o medio de socialización, ejercen una fuerte influencia en el inicio y la continuidad. Sumado a ello, la disponibilidad y fácil accesibilidad a la sustancia, se constituyen como factores de riesgo más importantes (Ocaña et al., 2020; Juergens, 2021). Adicional, el contexto escolar también influye, pues una mala convivencia, el fracaso o abandono escolar, el aislamiento del grupo de amigos, las escasas actividades que fomenten autonomía y sentido de responsabilidad, son considerados como factores que pueden promover el consumo de alcohol (Becoña y Cortés, 2011).

4.2.6. Formas de consumo de alcohol

No todas las personas que consume alcohol tienen un mismo patrón de ingesta, cada uno consume en cantidades y frecuencia diferentes y bajo distintas razones que lo motivan a hacerlo (García-Carretero et al., 2019). Se distingue las siguientes formas de consumo:

4.2.6.1. Consumo experimental. Se relaciona con situaciones de contacto inicial con el alcohol, que muchas veces suele darse bajo la influencia de los pares. La persona ingiere una o varias veces para probar los efectos, pero esto no implica que se vuelva a consumir y se continúe, aunque depende también en gran parte de la influencia de otros factores. Las razones

principales de esta forma de consumo son por la mera curiosidad o para adquirir sentido de pertenencia dentro de un grupo (Lorenzo et al., 2009; Rodríguez y Plaza, 2018).

4.2.6.2. Consumo ocasional. La persona consume alcohol en situaciones puntuales y en una cantidad moderada. Se empieza a presentarse en ámbitos de ocio, la principal razón del consumo es la integración en su círculo social, dado que el alcohol supuestamente les desinhibe. Esta forma de consumo se caracteriza por propiciar experiencias agradables que no lleva a una pérdida de control, aunque si estas se vuelven frecuentes y continuas, aumenta el riesgo de desarrollar una dependencia (Lorenzo et al., 2009; Rodríguez y Plaza, 2018).

4.2.6.3. Consumo habitual. La persona incorpora el consumo de alcohol en su vida cotidiana, por lo que se dedica parte de su tiempo a pensar en la sustancia, buscarla e ingerirla porque conoce claramente los efectos que genera. Puede consumir, por una parte, para aliviar malestares o, por otra parte, para mantener la sensación placentera que proporciona. Aparece los problemas del comportamiento y aunque mantienen aún cierta estabilidad en los distintos ámbitos, tiene riesgo de ser dependiente (Lorenzo et al., 2009; Rodríguez y Plaza, 2018).

4.2.6.4. Consumo compulsivo. La persona consume alcohol en grandes cantidades y varias veces al día debido al deseo intenso que siente (craving), a la dificultad que tiene para controlar la ingesta y para evitar los malestares que se manifiestan cuando deja de consumir. El funcionamiento en los diferentes ámbitos de la vida está notablemente afectado, aparece serios problemas sociales, familiares, laborales, académicos, no obstante, pese a ello, su vida continúa girando en torno al alcohol (Lorenzo et al., 2009; Rodríguez y Plaza, 2018).

4.2.7. Tipos de bebedores de alcohol

Lorenzo et al., (2009) también propone que a los bebedores de alcohol se les puede distinguir en cuatro principales tipos, considerando el motivo por el que beben, la intensidad y frecuencia del consumo y las consecuencias:

4.2.7.1. Abstinentes. Son aquellas personas que no consumen alcohol. Existen dos tipos: los abstinentes primarios, que son los que nunca consumen bebida alcohólica bien sea por cuestiones metabólicas o por aversión natural y los abstinentes secundarios, que son aquellos que se mantiene abstinentes por razones circunstanciales, por ejemplo, por un condicionamiento, por enfermedades adquiridas o por contraindicaciones en relación con alguna afección médica o tratamiento (Lorenzo et al., 2009; Losada et al., 2018).

4.2.7.2. Bebedores habituales no excesivos (bebedor social). Son aquellas personas que consumen en cantidades moderadas y frecuentemente de baja graduación alcohólica (Losada et al., 2018). Por lo que el consumo de alcohol en este tipo de bebedores no genera problemas conductuales, familiares, laborales y sociales, ni tampoco el bebedor dependen de la sustancia

para poder socializar o continuar con las actividades cotidianas, por eso son conocidos también como “bebedores no problemáticos” (Lorenzo et al., 2009).

4.2.7.3. Bebedores problemáticos o excesivos. Son aquellas personas que consumen en cantidades excesivas, sea de forma regular, continua y sostenida o de forma irregular, aguda y recurrente, bajo distintos motivos, ya sea como conducta de evitación, desinhibición, de estimulación o de alivio de sufrimientos. Se presenta considerables consecuencias en los diferentes ámbitos de la vida; en lo personal, familiar, académico, laboral, legal, económico y puede también afectar a la salud tanto física como mental (Lorenzo et al., 2009).

4.2.7.4. Bebedor alcoholdependiente. Son aquellas personas que llevan un consumo crónico. Se presenta tolerancia y síndrome de abstinencia, por lo que el alcohol pasa a formar parte imprescindible en sus vidas. El funcionamiento en las diferentes esferas se deteriora significativamente. Existe dos tipos de alcoholdependientes; el tipo I, tiene gran influencia ambiental y los problemas se presentan tardíamente y el tipo de II, tiene una predisposición genética importante y los problemas aparecen tempranamente (Lorenzo et al., 2009).

4.2.8. Niveles de consumo de alcohol

El nivel de consumo de alcohol se refiere a la relación entre el patrón de consumo (cantidad, frecuencia, intensidad) con el riesgo de presentar problemas a nivel familiar, social, económico, legal, laboral, interpersonal y de salud. La OMS plantea los siguientes niveles de consumo de alcohol (Babor et al, 2001):

4.2.8.1. Consumo de bajo riesgo. Se considera a aquel consumo que tiene un bajo grado de repercusión, debido a que al nivel de alcohol que ingiere se encuentra dentro de los límites legales y de salud establecidas (Babor et al., 2001). Para la población mayores de 18 años, los límites del consumo promedio de bajo riesgo de alcohol se sitúan entre 20 g/día (2 UBE) para hombres y 10g/día (1 UBE) para mujeres. No obstante, es importante considerar que no existe un nivel de consumo seguro, cualquier consumo por mínimo que sea implica algún riesgo y no están exentos de las consecuencias (Ministerio de Sanidad, 2020).

4.2.8.2. Consumo de riesgo. El consumo de riesgo se refiere a un patrón de consumo que dependiendo de la frecuencia y cantidad de consumo tiende a incrementar el riesgo de presentar consecuencias adversas tanto para el consumidor como para su entorno. Se debe considerar que a pesar de que no se presente algún trastorno asociado, se puede presentar considerables problemas en los diferentes contextos (Babor et al., 2001). En los hombres, un consumo de alcohol mayor de 40 g/día (4 UBEs) y en mujeres, un consumo mayor de 20 a 25 g/día son considerados como consumo de riesgo (Ministerio de Sanidad, 2020).

4.2.8.3. Consumo perjudicial. Se refiere a aquel consumo que conlleva importantes consecuencias para la salud física y mental, aunque en algunos también se incluyen las consecuencias sociales, económicas y legales, con un riesgo alto de volverse dependiente. Bajo este nivel, es marcada la presencia de sentimientos de culpa, lagunas mnésicas, lesiones asociadas y la preocupación del entorno (Babor et al., 2001). En hombres, un consumo de alcohol mayor a 60 g/día (6 UBEs) y en mujeres un consumo mayor de 40 g/día (4 UBEs) son considerados como consumos perjudiciales (Ministerio de Sanidad, 2020).

El “binge drinking” caracterizada por el consumo de grandes cantidades de alcohol en un único episodio de ingesta, en promedio de 6 o más UBEs en hombres y de 4 UBEs o más en mujeres son también considerados como perjudiciales, debido a que implica un alto riesgo, es frecuente que se presenten intoxicaciones, hospitalizaciones, accidentes, lesiones, suicidios, entre otros (Ministerio de Sanidad, 2020; Díaz y Moral, 2018).

4.2.8.4. Dependencia de alcohol. La dependencia es un patrón que se genera a partir un consumo prolongado, repetitivo e incontrolado de alcohol. Se caracteriza por un deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar la ingesta, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones cotidianas, aumento de tolerancia y presencia de abstinencia cuando el consumo se interrumpe. Bajo este nivel de consumo se presenta un deterioro clínicamente significativo en el ámbito cognitivo, físico y conductual, interfiriendo en las diferentes esferas de la vida (Babor et al., 2001; APA, 2014).

4.2.9. Evaluación y diagnóstico del consumo de alcohol

El diagnóstico e intervención que se realice sobre el consumo de alcohol dependerá de algunas decisiones clínicas, por ello es fundamental realizar una correcta valoración. Se han sugerido realizar cribados en grupos de alto riesgo como, por ejemplo, en adolescentes, en pacientes con enfermedades mentales y riesgo de consumo, entre otros, para la detección precoz del patrón de consumo y los problemas asociados al mismo (OMS, 2018).

Existen algunos cuestionarios de screening para el cribado y diagnóstico de consumo de riesgo, perjudicial y dependencia alcohólica, entre los que mayor utilidad han tenido tanto en contextos clínicos e investigativos son: Test de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), el ASSIST, el cuestionario CAGE y la Prueba de Detección de Alcohol de Michigan (MAST). Es importante considerar que estos al ser instrumentos de cribado, no son suficientes para realizar un diagnóstico completo, sino que también será necesario la elaboración de buena historia clínica.

Para el diagnóstico de los trastornos por consumo de alcohol, específicamente para el consumo perjudicial y síndrome de dependencia, en la CIE 10 se describen los siguientes criterios (OMS, 2000):

F10.1 Consumo perjudicial

Para el diagnóstico requiere que este afectado la salud física o mental del individuo que consume, se presente consecuencias sociales adversas de varios tipos y que su forma de consumo suele ser criticada por terceras personas. Sin embargo, hay que considerar que el hecho de que la forma de consumo sea reprobada por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa (OMS, 2000).

F10.2 Síndrome de dependencia

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el que el consumo adquiere la máxima prioridad. Para su diagnóstico debe cumplir con las siguientes pautas: en algún momento en los doce meses previos o de modo continuo han estado presentes 3 o más de las siguientes manifestaciones; deseo intenso o compulsión a consumir, disminución de la capacidad para controlar el consumo, síntomas de síndrome de abstinencia cuando reduce o cesa el consumo, tolerancia (aumento de dosis para conseguir mismos efectos), abandono progresivo de otras fuentes de placer a causa del consumo; aumento del tiempo para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos y persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias (OMS, 2000).

4.2.10. Consecuencias

El consumo de alcohol genera complicaciones tanto a corto y a largo plazo, partiendo desde el efecto que produce en el funcionamiento del sistema nervioso como disminución de las funciones cognitivas, motoras y emocionales hasta graves repercusiones psicológicas, físicos, sociales y sanitarios. Actualmente es el responsable de importantes enfermedades no transmisibles como la hipertensión arterial, la cirrosis hepática, las encefalopatías, el cáncer y también de enfermedades infecciosas como el VIH y tuberculosis. Además, es el causante de múltiples traumatismos, accidentes de tránsito, actos de violencia y de un alto porcentaje de muertes o suicidio en la población de adolescentes (OMS, 2018).

Otras de las consecuencias es la dependencia, ya que es una sustancia adictiva que modifica el funcionamiento de los circuitos cerebrales. En efecto, si el consumo se inicia a edades tempranas se duplica el riesgo de ser dependiente a una temprana edad, debido a que el cerebro está en pleno desarrollo e investigaciones indican que el alcohol interfiere en el mismo; disminuye la neurogénesis, neuroplasticidad, provoca daños en estructuras como el hipocampo,

corteza prefrontal, cerebelo, etc (Tafet, 2018; Spear, 2018). Asimismo, puede desencadenar también trastornos psicológicos y del comportamiento, como la depresión, la ansiedad, cambios de personalidad, alteraciones en el sueño, entre otras que afectan la salud mental del adolescente y la calidad de vida en general (Marshall, 2014).

Por otra parte, trae también consigo una serie de repercusiones en el ámbito familiar y social. Los adolescentes con problemas de consumo del alcohol a menudo presentan una mala convivencia con sus padres, familiares o personas cercanas, los cambios emocionales y comportamentales que se presentan van alterando la relación dentro de estos contextos (Alonso-Castillo et al., 2017). Además, pueden presentarse serios problemas en el ámbito académico y laboral, llegando incluso a provocar absentismo o abandono escolar, alterar la convivencia y pueden involucrarse en comportamientos de riesgo, por ejemplo, en conductas delictivas, relaciones sexuales de riesgo, violencia y entre otros actos que pueden atentar la vida e integridad personal y/o ajena (Amaro et al., 2016; Becoña y Cortés, 2011).

4.2.11. Tratamiento

La OMS recomienda ejecutar programas psicoeducativos y preventivos para aquellas personas que presentan un consumo de bajo riesgo y añadir intervenciones breves y consejo simple para aquellos con consumo de riesgo. Para los que presenta un consumo perjudicial, adicional a la intervención breve también es necesario una monitorización continua. Para aquellos que presentan posible dependencia según los test de screening se debe derivar a un especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento oportuno (Babor et al, 2001).

Entre los tratamientos para trastornos debidos al consumo de alcohol se destacan la psicoterapia y los fármacos (para desintoxicación y manejo de abstinencia), aunque también pueden beneficiarse al asistir a grupos de ayuda. Asimismo, hay personas que dependiendo de la severidad necesitaran solo tratamiento ambulatorio, mientras que otros un tratamiento más intensivo, residencial o internamiento, para ello debe realizarse un correcto diagnóstico y tomar en consideración todos los factores de riesgo y protección (Sadock et al., 2015).

Entre los tratamientos psicológicos, las que mayor efectividad ha tenido son la terapia cognitivo-conductual y la terapia motivacional, aunque éstas se pueden acompañar de terapia familiar y las intervenciones breves. En cuanto a los medicamentos que han sido aprobados para tratar el trastorno por consumo de alcohol son: el disulfiram, naltrexona y acamprosato principalmente, según la prescripción del médico (Sadock et al., 2015).

4.3. Relación entre depresión y consumo de alcohol

Existe una relación compleja entre la depresión y consumo de alcohol, en ocasiones los episodios depresivos pueden conllevar al uso y abuso de alcohol, ya que algunos suelen hacer

uso de esta sustancia para compensar o enmascarar dichos molestares emocionales, sobre todo aquellos que tienen inadecuada regulación emocional y no cuentan con estrategias para afrontar adecuadamente las situaciones estresantes (Hussong et al., 2008). No obstante, el consumo frecuente de alcohol no solo produce una sensación falsa de alivio o bienestar, sino que, por sus propiedades depresoras, puede agravar los síntomas depresivos existentes o bien inducirlos; provoca sentimientos de culpa, baja autoestima, desvalorización, tristeza, conflictos familiares, interpersonales, sociales, etc (Marshall, 2014).

Existen estudios que han sugerido que, en los adolescentes, la presencia de síntomas depresivos o trastorno depresivo mayor, se asocia con el consumo semanal de alcohol o con el consumo episódico excesivo, además sugieren que la relación que existe entre la depresión y consumo de alcohol pueden deberse también a que existen factores de riesgo comunes que desencadenan estas problemáticas, como pueden ser las experiencias vitales estresantes a una temprana edad (Pedrelli et al., 2016; McHugh y Weiss, 2019).

Hernández-Cortaza et al. (2018) llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de analizar la relación entre el nivel de depresión y consumo de alcohol en los adolescentes de entre 15 y 19 años de una institución educativa de Veracruz-México, para ello aplicó el DBI II y AUDIT respectivamente. Los resultados indicaron que la mayoría de los estudiantes que consumen alcohol presentaron algún nivel de depresión; los niveles de depresión moderada y grave se presentan con mayor frecuencia en aquellos que reportaron consumir alcohol entre bajo riesgo, riesgo y perjudicial.

Llerena (2019) llevó a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional y de diseño transversal-no experimental en adolescentes indígenas y mestizos de una institución educativa de Napo con el objetivo de determinar la relación entre la depresión y consumo de alcohol, utilizando también el BDI II y AUDIT como instrumentos de recolección de datos. Como resultado encontró que sí existe relación entre la depresión y consumo de alcohol; a mayores niveles de depresión, mayores son los patrones de consumo.

Valarezo-Bravo et al. (2021) en una investigación cuantitativa, de diseño transversal, no experimental, llevada a cabo con el objetivo de determinar si los síntomas de depresión y ansiedad se asocia con el nivel de riesgo de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la ciudad de Loja, encontró como resultado que existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva con el riesgo asociado al consumo de alcohol.

4.4. Adolescencia

4.4.1. Definición

La adolescencia es una etapa del desarrollo del ser humano que transcurre en el periodo de transición entre la infancia y la vida adulta, suelen iniciarse aproximadamente entre las edades de 10 a 12 años y finalizar entre los 18 y 20 años (UNICEF,2020). Durante esta etapa se producen cambios significativos a nivel biológico, psicológico, social, que permite al individuo ir adquiriendo sentido de identidad, autonomía e independencia. Por lo tanto, es una etapa de la vida indispensable para formar adultos funcionales que sean capaces de incorporarse de forma productiva y adaptativa a la sociedad (Pérez y Navarro, 2012).

4.4.2. Etapas

De acuerdo con la UNICEF (2020) este periodo de transición, abarca tres etapas:

4.4.2.1. Adolescencia temprana. Comprende entre edades de 10 a 13 años, durante esta etapa son notables principalmente los cambios físicos y corporales que pueden despertar curiosidad, ansiedad y dudas (UNICEF, 2020). Los chicos y chicas se sienten más cohibidos por su apariencia física, sienten mayor necesidad de privacidad, buscan la independización, se vuelven egocéntricos, por lo que suelen iniciar los conflictos con los padres si no se logra establecer un adecuado clima de confianza, afecto y disciplina (Allen y Waterman, 2019).

4.4.2.2. Adolescencia media. Comprende entre edades de 14 y 17 años, los cambios físicos se cristalizan, buscan la mayor independencia posible de los padres y dan prioridad a los amigos, el cual los hace más vulnerables a implicarse en actividades de riesgo. En esta etapa se destacan principalmente los cambios psicológicos y la construcción de la identidad; dan importancia a cómo se ven a sí mismo y cómo les gustaría que los demás vean, el aspecto físico, la presión y aceptación de los pares alcanzan su punto máximo (UNICEF, 2020).

En estas edades pueden cuestionarse sobre su identidad sexual, surgen el interés por las relaciones amorosas y sexuales que, si no son correspondidos y no hay aceptación del entorno familiar y social pueden resultar estresantes. Asimismo, el cerebro durante esta etapa continúa madurando, pero aún hay diferencia en la forma de pensar y actuar en comparación a la de un adulto, debido a que el lóbulo frontal que se encargan principalmente de la toma de decisiones y control de impulsos está en desarrollo (Allen y Waterman, 2019).

4.4.2.3. Adolescencia tardía. Empieza aproximadamente alrededor de los 18 años hasta los 20 años. En esta etapa el desarrollo físico está completo, hay una mayor aceptación del aspecto físico y corporal y va consolidándose la identidad. Existe mayor preocupación respecto al futuro, por lo que los planes y las decisiones están enfocadas en ello y los amigos van quedándose en segundo plano, inclusive se vuelven más selectivos al respecto (UNICEF, 2020).

En esta etapa, el lóbulo frontal ya se encuentra más desarrollado en comparación a la de adolescencia media, existe mayor control de impulsos y mayor capacidad para analizar las situaciones. Los adolescentes se van convirtiéndose en adultos jóvenes con un sentido de identidad, autonomía e individualidad, se cristalizan sus valores e ideales y las relaciones interpersonales se tornan más estables (Allen y Waterman, 2019).

4.4.3. Repercusiones psicológicas de la migración parental

La ausencia física y el distanciamiento emocional causada por la migración de los padres puede acrecentarse con el tiempo y convertirse en abandono. Estudios muestran que en un primer momento los hijos comprenden la emigración de sus padres como oportunidad para mejorar la calidad de vida, pero con el pasar del tiempo, dicha ausencia física puede ser interpretada como una forma de abandono o negligencia (Aguirre, 2017).

Asimismo, la migración de los padres coloca al adolescente en una situación que demanda de ellos una gran capacidad de adaptación frente a los distintos cambios que se derivan, como el hecho de aprender a vivir sin las figuras de mayor apego, aceptación de nuevas estructuras familiares, el desempeño de nuevos roles y responsabilidades dentro de la misma, entre otras situaciones que de alguna manera predispone a mayores niveles de estrés (Bermeo y Heras, 2017; Barrera Garnica y Saldaña Gómez, 2020).

También la migración de los padres no solo desencadena la desunión de la familia, sino que encomienda el ejercicio de la paternidad a un tercero, quienes muchas veces no asumen el rol con total responsabilidad y no brindan el cuidado, afecto y protección adecuada para evitar conductas de riesgo a las que son susceptibles los adolescentes. Además, cuando están bajo el cuidado de algún familiar o persona cercana, presentan dificultades en el desarrollo de la identidad, de la autoestima y en la adaptación al nuevo entorno familiar que los acoge, ya que puede generar inseguridad (Bellorín et al., 2019).

4.5. Contexto del área de estudio

La comunidad de Oñacapac, es un barrio indígena y rural, creada con el Acuerdo Ministerial Nro. 466 del 23 de agosto de 1990, pertenece al cantón Saraguro y a la provincia de Loja. A continuación, se describen algunas de sus principales características, mismas que fueron recopiladas de la base de datos de la comunidad, de la sala situacional del Puesto de Salud Oñacapac y de los diálogos llevados a cabo con algunos dirigentes y comuneros.

4.5.1. Ubicación geográfica y población

Se encuentra ubicada en la parte oriental a unos 7 km desde la cabecera cantonal de Saraguro, sus límites son los siguientes; al norte con Hierba Buena, al sur con Urtisinka, al este con Gurudel y al oeste con el río Pukaychi, su extensión aproximada es de 30 hectáreas. La

comunidad se encuentra organizada por los siguientes sectores; Wiñashapa, Yaku Uray, Dawña, Escuela Loma, Sutupamba, Totorá Pamba, Conejo Kucha, Licapa, Garuk, Rumi Loma, Muchka Pamba, Membrillo, Virgen Loma, Chiniwayku, Dardar Loma, Sauce Pampa, Shima Loma, Coco pampa, Pukaychi, Turupampa y Manzana Pampa.

La población total es de 1317 habitantes y 210 familias, de las cuales 90 tienen a uno o más de sus integrantes emigrados hacia países exteriores, principalmente a Estados Unidos y España. El tipo de familia que prevalece son las nucleares y monoparentales (180 familias), aunque también hay familias extendidas y reconstruidas (30 familias).

4.5.2. Datos sociodemográficos

Con respecto a los datos sociodemográficos se destacan principalmente los siguientes aspectos que serán considerados para llevar a cabo la presente investigación:

4.5.2.1. Edad, género, etnia y estado civil. Los habitantes están comprendidos entre edades de 0 meses a 90 años aproximadamente. La mayor parte de la población son adultos de 20 a 45 años (un total de 465) seguido de adolescentes de 10 a 19 años (un total de 370). Existe más mujeres (740) que hombres (577). El 98% son indígenas. Los adolescentes y jóvenes en su mayoría son solteros, aunque algunos están en unión libre, sobre todo aquellos que ya tienen hijos. Los adultos en su mayoría son casados, sin embargo, algunos viven solos porque sus parejas han emigrado. Los adultos mayores que son viudos, viven solos.

4.5.2.2. Clase social y ocupación. Las familias pertenecen a una clase social entre baja y media, son contados las personas que cuentan con un título profesional y tienen un trabajo estable. Dentro de la comunidad las mujeres por lo general se dedican a actividades domésticas, a la agricultura, ganadería y comercio, los hombres se dedican a trabajos de construcción o al trabajo jornal, por lo que las fuentes de ingresos económicos son mínimos como para cubrir las necesidades del hogar, educación y salud. Del mismo modo, jóvenes que no están estudiando se trasladan a otros lugares en busca de oportunidades laborales.

4.5.2.3. Nivel educacional. El máximo nivel educacional alcanzado en la mayoría de las personas es la educación básica, son muy pocos los que cuentan con título de bachiller o de tercer nivel, inclusive entre los adultos y personas mayores hay un considerable número de analfabetismo. En cuanto a los jóvenes, la mayoría han culminado el bachillerato, pero son pocos los que ingresan a la educación superior, entre los motivos se destaca la situación económica baja, la falta de apoyo y motivación por parte de los padres, las dificultades en el aprendizaje o porque no se les ha asignado el cupo para su carrera de preferencia.

4.5.2.4. Migración parental. La migración ha sido un fenómeno marcado desde años atrás. El desempleo es el motivo principal por el cual muchas familias emigran a los países

exteriores buscando fuentes de trabajo y mejoras en la calidad de vida. Cuando son los padres quienes emigran, dejan a cargo de sus hijos a los familiares, situación que afecta no solo a los ellos que se quedan con mayores responsabilidades, sino que también los mismos hijos sufren; presentan baja autoestima, problemas en el rendimiento académico, se involucran en conductas de riesgo como el consumo de alcohol, embarazo en adolescentes, etc.

4.5.3. Salud mental en los habitantes

En la comunidad de Oñacpac el tema de salud mental está estigmatizado sobre todo en los adultos, muchos desconocen el papel que desempeña el psicólogo, ni quienes son los que asisten a estos servicios, mientras que los niños y adolescentes son más conscientes acerca de la importancia de la salud mental, incluso algunos asisten a consulta psicológica. Considerando este aspecto, las autoridades de la comunidad proponen que es fundamental psicoeducar a la población en general sobre la importancia de la salud mental.

Con respecto al tema de la depresión, algunos si tiene el conocimiento acerca de sus manifestaciones y los factores que influyen, mientras que otros desconocen al respecto. En cuanto al consumo de alcohol, es una conducta que está presente culturalmente, no obstante, durante los últimos años, la justicia indígena y las autoridades de la comunidad han estado trabajando para prevenir el consumo de alcohol sobre todo en los jóvenes, llevando a cabo talleres psicoeducativos y reestructurando nuevas normas y reglamentos.

4.5.4. Organización política y recursos disponible

Toda la comunidad se reúne a mediados de diciembre de cada año para elegir los nuevos líderes comunitarios, quienes tienen el rol de ejercer funciones en bienestar de la comunidad, trabajando conjuntamente con el apoyo de las suborganizaciones internas y de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

4.5.4.1. Directiva del cabildo. El directorio del cabildo está conformado de la siguiente manera: presidente/a, vicepresidente/a, tesorero/a, secretario/a, dos síndicos y dos mayores. A esto se suman los presidentes de las distintas suborganizaciones existentes como del comité de padres de familia de la Institución Educativa “Tupak Yupanki”, de la Justicia Indígena, Caja de mujeres, Seguro Campesino, Consejo pastoral, entre otros.

4.5.4.2. Recursos disponibles. Cuenta con espacios disponibles para llevar a cabo varias actividades deportivas y sociales. Existe tres canchas de indor y boli vóley, un estadio, dos sitios de recreación y turismo, una casa comunal e iglesia. Además, hay una institución educativa que ofrece educación desde el nivel inicial hasta bachillerato. Entre los recursos oficiales del sector de salud se cuenta con un puesto de salud tipo A que brindan atención en medicina, enfermería y odontología, dispuestos a trabajar en temas de salud mental.

5. Metodología

5.1. Área de estudio

La investigación se ejecutó en la comunidad de Oñacapac, una comunidad rural e indígena que pertenece a la parroquia y al cantón Saraguro, de la provincia de Loja. Está ubicada en la parte oriental a unos 7 kilómetros desde la cabecera cantonal. Cuenta con 1317 habitantes y 210 familias, de las cuales 90 tienen a uno o varios de sus integrantes emigrados hacia países exteriores y en su mayoría son padres de familia. Para la presente investigación se consideró a aquellos adolescentes, hijos e hijas de padres migrantes.

5.2. Tipo de estudio

La presente investigación estuvo enmarcada dentro de un enfoque cuantitativo. Los datos de las variables de estudio fueron recolectados y medidos por medio de los reactivos psicológicos estandarizados y con adecuadas propiedades psicométricas. Asimismo, fueron analizados mediante métodos estadísticos (Hernández-Sampieri et al., 2018).

El estudio fue no experimental y de campo, dado que las variables de estudio fueron descritas y analizadas en su contexto natural, tal y como se presentaron, sin ser manipuladas ni controladas. Además, fue de corte transversal, debido que se llevó a cabo en un lapso de tiempo único, en este caso, durante el año 2022 (Hernández-Sampieri et al., 2018).

El alcance fue descriptivo y correlacional. Pues primeramente se buscó caracterizar de forma independiente los niveles de depresión y los niveles de consumo de alcohol en la muestra estudiada, y a partir de ello se determinó también el grado de correlación existente entre las ambas variables objeto de estudio (Hernández-Sampieri et al., 2018).

5.3. Universo y Muestra

La población de estudio estuvo conformada por 103 adolescentes de ambos sexos, de la comunidad de Oñacapac, comprendidos entre edades de 15 a 19 años, que tienen a uno o ambos padres emigrados hacia los países exteriores.

La muestra estuvo conformada por 82 adolescentes que fueron seleccionados por medio de la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia según los criterios de inclusión y exclusión descritos a continuación:

5.3.1. Criterios de inclusión

- Adolescentes comprendidos entre las edades de 15 a 19 años de ambos sexos, que tengan a uno o ambos padres emigrados hacia los países exteriores.
- Adolescentes que firmen el consentimiento informado y/o tengan la autorización de sus representantes a cargo en caso de ser menor de edad.

- Adolescentes que al momento de la aplicación de los instrumentos psicológicos se encuentren en la comunidad y respondan a los mismos voluntariamente.

5.3.2. Criterios de exclusión

- Adolescentes que tengan diagnóstico de un trastorno mental y/o estén asistiendo a un tratamiento psicológico.
- Adolescentes que no firmen el consentimiento o no tengan la autorización de sus tutores en caso de ser menor de edad.
- Adolescentes que decidieron abandonar el estudio o no completaron debidamente los instrumentos aplicados.

5.4. Técnicas e Instrumentos

A continuación, se detallan cada uno de los instrumentos y técnicas que se utilizaron en la presente investigación:

5.4.1. Consentimiento informado

El consentimiento informado fue elaborado considerando los principales criterios éticos de confidencialidad, beneficencia y autodeterminación descritos por Franca-Tarrangó (1996) en el libro de “Ética para psicólogos”. Este instrumento permitió asegurar que los participantes reciban información suficiente y veraz sobre la investigación a ejecutarse, antes de que acepten, rechacen o anulen su participación. Fue diseñado tanto para los adolescentes (Anexo 1) como para sus representantes o tutores a cargo (Anexo 2).

En el consentimiento se tuvo presente los siguientes aspectos: los datos informativos de la investigadora, el objetivo por el cual se ejecuta la investigación, la razón por la que se solicita la colaboración, la cláusula de confidencialidad respecto a la identidad, la garantía en el manejo de la información, los instrumentos a aplicar, los riesgos - beneficios de la investigación y la voluntariedad en cuanto a la participación. El completar y firmar este documento, se asumió que comprenden y aceptan ser parte del estudio.

5.4.2. Ficha sociodemográfica

La ficha (Anexo 3) consta de 7 preguntas, fue diseñada por la autora con la finalidad de obtener los datos sociodemográficos de cada participante y con ello comprobar que se cumplan con los criterios establecidos para formar parte de la muestra. Permitted recolectar datos acerca de la edad, sexo, estado civil, ocupación, cuál de los padres es emigrante (y el país donde residen), quién es el representante a cargo y si presenta diagnóstico de algún trastorno mental y/o está recibiendo tratamiento actualmente (pregunta filtro).

5.4.3. Inventario de depresión de Beck II (BDI-II)

El BDI II (Anexo 4) es un instrumento estandarizado y ampliamente utilizado en los contextos clínicos e investigativos. En la presente investigación se utilizó para medir los niveles de depresión. A continuación, se describe detalladamente sus características:

Nombre original. Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II).

Autor. Aaron Beck, Robert Steer y Gregory Brown (1996).

Autor de la adaptación española. Jesús Sanz y Carmelo Vázquez (2011). Validada y adaptada a la población de adolescentes ecuatorianos por Astudillo y Quezada (2021).

Descripción. Es un inventario autoaplicado que tiene por objetivo identificar y medir la severidad de los síntomas depresivos en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. Mide cuatro niveles de depresión; mínimo, leve, moderado y grave (Sanz et al., 2014).

Estructura. Consta de 21 ítems que evalúan la intensidad con la que están presentes los síntomas clínicos de la depresión, los 15 primeros ítems están relacionados con síntomas emocionales, cognitivos y conductuales, los 6 restantes con síntomas somáticos /vegetativos. Cada ítem contiene cuatro tipos de respuestas que van desde 0 hasta 3, los cuales indican o describen la intensidad de cada uno de los síntomas (Beck et al., 2011; Sanz et al., 2014).

Modo de aplicación. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o a modo entrevista. Como instrucción se solicita a la persona evaluada que elija las afirmaciones que mejor describan el modo en cómo se han sentido durante las dos últimas semanas, incluido el día en que se le aplica el inventario. Se toma de entre 5 a 10 minutos en dar contestación a todos los ítems (Beck et al., 2011; Sanz et al., 2014).

Baremos e interpretación. La puntuación total es la suma de las respuestas a los 21 ítems. El rango de la puntuación total es de 0 a 63 puntos. En base a esta puntuación total se determina cuatro niveles de depresión (Beck et al., 2011; Sanz et al., 2014):

- De 0 a 13 puntos: Depresión mínima
- De 14 a 19 puntos: Depresión leve
- De 20 a 28 puntos: Depresión moderada
- De 29 a 63 puntos: Depresión grave.

Propiedades psicométricas. La confiabilidad es estadísticamente significativa en términos de consistencia interna con coeficientes alfa de Cronbach que oscilan entre 0,73 a 0,95, así como de estabilidad temporal con correlaciones test-retest de entre 0,70 a 0,90. La validez de constructo con otras medidas de depresión es buena, con correlaciones de entre 0,68 a 0,89. Tiene buena validez de contenido ya que los ítems se corresponden con los criterios del

episodio depresivo descritos en el DSM IV y en la CIE 10 (Beck et al., 2011; Sanz et al., 2014; Astudillo y Quezada, 2021).

5.4.4. Test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT)

El AUDIT (Anexo 5) es un instrumento validado internacionalmente que se utilizó en la investigación para identificar los niveles de consumo de alcohol. A continuación, se describe detalladamente sus características:

Nombre original. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).

Autor. Organización Mundial de Salud (OMS, 1982). Actualizado en 1992.

Descripción. El AUDIT busca detectar precozmente los problemas relacionados con el inicio del consumo de alcohol, antes de que se presenten dependencia u otros problemas crónicos asociados. El test identifica si el sujeto presenta un consumo de bajo riesgo, un consumo de riesgo, un consumo perjudicial o una posible dependencia (Babor et al., 2001).

Estructura. Consta de 10 ítems organizados en tres dominios; del 1 a 3 determinan el consumo de riesgo (frecuencia y cantidad de consumo), los ítems 4 a 6 evalúan los posibles síntomas de dependencia (pérdida de control, aumento de consumo y consumo matutino) y los ítems 7 a 10 exploran el consumo perjudicial (sentimientos de culpa, lagunas mnésicas, lesiones asociadas y la preocupación del entorno). Las opciones de respuesta son de tipo Likert, los ítems 1 a 8 tienen 5 opciones y los ítems 9 y 10, 3 opciones (Babor et al, 2001).

Modo de aplicación. Puede ser administrado como un cuestionario autoaplicado o a modo de entrevista en la población en general. Como instrucción se solicita que elija las afirmaciones que mejor se ajusten respecto a su patrón de consumo durante el último año. Se debe explicar que se entiende por bebidas estándar o consumiciones con ejemplos típicos del contexto. Toma aproximadamente 5 minutos en dar contestación (Babor et al, 2001).

Baremos e interpretación. Cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4 para los ítems de 1 a 8 y una puntuación de 0, 2 y 4, para los ítems 9 y 10. El rango de puntuación total va de 0 hasta 40 puntos. Las puntuaciones igual o mayor a 8 indican mayor probabilidad de un consumo de riesgo, un consumo perjudicial o posible dependencia. La puntuación total refleja los siguientes niveles de consumo de alcohol (Babor et al, 2001):

- De 0 a 7 puntos: Consumo de Bajo Riesgo
- De 8 a 15 puntos: Consumo de Riesgo
- De 16 a 19 puntos: Consumo Perjudicial
- De 20 a 40 puntos: Posible Dependencia

Propiedades psicométricas. Los análisis de consistencia interna indican un alfa de Cronbach que oscilan de entre 0,78 a 0,92. La estabilidad test-retest presentan un coeficiente de correlación de 0,80 a 0,90. La validez de criterio determinada mediante la correlación de Pearson entre puntuaciones del AUDIT y otros instrumentos son significativas ($r=0,78$ con CAGE, $r=0,88$ con el MAST). El análisis de la validez de contenido indica que es un buen instrumento de screening para la detección de consumo de riesgo, consumo perjudicial o posible dependencia, dado que los ítems se ajustan con los criterios diagnósticos descritos en la CIE-10 (Babor et al, 2001; Rial Boubeta et al., 2017; Valenzuela, 2017).

5.5. Procedimiento

Para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación, el presente estudio se llevó a cabo en cinco etapas distintas, considerando las cuestiones éticas, respetando la dignidad y las diferencias culturales e individuales y ejecutándose bajo los respectivos lineamientos de la investigación científica. Cada una de las etapas se describen a continuación:

Primera Etapa

Una vez aprobado el ante proyecto de investigación (Anexo 18) con su respectivo oficio de pertinencia, estructura y coherencia (Anexo 7) se tuvo un acercamiento con los dirigentes de la comunidad de Oñacpac para socializar el proyecto investigativo y presentar la solicitud de autorización para la ejecución del presente estudio (Anexo 9), además de solicitar que también autorice a quien corresponda, me facilite el acceso a la base de datos para obtener la lista de aquellos adolescentes comprendidos entre las edades de 15 a 19 años, que tienen a uno o ambos padres emigrados hacia los países exteriores.

Obtenida la autorización y la lista de los adolescentes, que fue proporcionado por el secretario del cabildo (Anexo 13), se llevó a cabo una prueba piloto de los instrumentos que se utilizó en la presente investigación, en un grupo de 10 adolescentes de 15 a 19 años, de ambos sexos, seleccionados al azar, no pertenecientes a la población de estudio pero si con características similares, con el fin de determinar inconvenientes respecto a las instrucciones o ítems de los instrumentos antes de ser aplicados a la población de estudio.

Para la prueba piloto se les informó en que consiste este proceso, la finalidad del mismo, se socializó el proyecto, se entregó el consentimiento informado a cada participante y se explicó cada uno de los aspectos considerados. Luego, a aquellos que desearon libre y voluntariamente colaborar y que además contaron con los consentimientos firmados por sus tutores legales, se procedió a aplicar la ficha sociodemográfica y los reactivos psicológicos (BDI II y AUDIT); se explicó la manera correcta de completar cada uno de los mismos y se solventó todas las dudas que surgieron antes, durante y después de la aplicación.

En el proceso de prueba piloto, no se presentó sugerencias u observaciones respecto al consentimiento informado y ficha sociodemográfica. Al calificar los test psicológicos no se evidenció alguna dificultad, los instrumentos fueron completados adecuadamente, por lo que no existieron cambios a la hora de aplicar a los participantes de la muestra estudiada. Cabe recalcar que para una mejor comprensión respecto al término “consumiciones” del Test de AUDIT, se anexó como un material de apoyo “La cartilla de unidad de bebida estándar” diseñado por Valenzuela (2017) con la adaptación al contexto ecuatoriano (Anexo 6).

Adicionalmente con los datos obtenidos en la prueba piloto se realizó el análisis de confiabilidad de los test psicológicos (DBI II y AUDIT), mediante el método de consistencia interna utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach, determinado con ello un alto grado de fiabilidad con valores equivalentes a 0,899 y 0,891 respectivamente (Anexo 11. Tabla 7 y 8).

Segunda Etapa

En esta etapa en coordinación con el secretario de la comunidad se procedió en primer lugar, convocar a los adolescentes de la población de estudio y a sus representantes a cargo a una reunión de socialización del proyecto investigativo y a la vez recibir una charla informativa acerca de la depresión y consumo de alcohol (Anexo 10). Para ello se organizó en cuatro grupos de 20 a 25 personas, entre adolescentes y representantes, la reunión se llevó a cabo de forma presencial en la casa comunal con duración de 1 hora aproximadamente.

En la socialización del proyecto se informó sobre el tema de investigación con su debida justificación, los objetivos, la metodología, los criterios de inclusión y exclusión, los riesgos y beneficios y las consideraciones éticas. Posterior a la socialización, se llevó a cabo la charla con el objetivo de brindar información acerca de la depresión y consumo de alcohol antes de aplicar los instrumentos, abordando brevemente los siguientes aspectos: ¿Qué es la depresión y cuáles son sus manifestaciones? Los tipos de bebidas alcohólicas, ¿Qué se entiende por “consumiciones”? las consecuencias ¿Cuándo buscar ayuda psicológica?

En segundo lugar, finalizada la charla se procedió a entregar a los participantes y a sus tutores los respectivos consentimientos, se informó cada aspecto considerado en los mismos y se aclaró todas las inquietudes. Luego se brindó un tiempo oportuno para que los representantes y sus representados consideren algunas cuestiones antes de aceptar o negar su participación, se volvió recalcar que la participación es voluntaria y cual sea la decisión que tomen no implica riesgo. Una vez recogidos los consentimientos, se solicitó a aquellos adolescentes que aceptaron ser parte del estudio completar la ficha sociodemográfica.

Para finalizar se recalcó cuáles son los criterios establecidos para formar parte del estudio, se decidió con los mismos participantes y representantes la modalidad para aplicar los

reactivos psicológicos, por decisión unánime se consideró que la recolección de datos se realice mediante visitas domiciliarias, en horas de la tarde, por cuestiones de disponibilidad y tiempo de la mayoría de los participantes. Cabe recalcar que todos los aspectos ejecutados en esta etapa se realizaron con cada uno de los grupos que se conformaron.

Tercera Etapa

En esta etapa se procedió a recolectar los datos de las variables de estudio por medio de la aplicación de los reactivos psicológicos a aquellos adolescentes que aceptaron formar parte del estudio. Tal como se acordó en la etapa anterior, la recolección se realizó mediante visitas domiciliarias a cada uno de los participantes. Para mayor organización se distribuyó por sectores y se visitó de 3 a 5 participantes por día. En las visitas, se volvió a recordar que la participación es libre y voluntaria, a pesar de que aceptaron en la etapa anterior tienen el derecho de revocar o no aceptar completar los reactivos sin que implique riesgo.

Para aplicar los reactivos psicológicos a los participantes que decidieron continuar en el estudio, primeramente, se aseguró buscar un espacio cómodo y tranquilo, que facilite completar a los mismos sin ninguna interrupción. Luego se entregó los reactivos, los cuales contaban con un número de identificación para mantener la confidencialidad de la identidad e información proporcionada, se dio las respectivas indicaciones de cada instrumento para que completen correctamente y se recalcó que ante cualquier duda que surja antes, durante o posterior a la aplicación deben realizar a la investigadora para que sea solventada.

Para cumplir con el primer objetivo que buscó identificar los niveles de depresión, se aplicó el Inventario de depresión de Beck II (BDI-II) adaptada al español por Sanz y Vázquez (2011) y validada a la población de adolescentes ecuatorianos por Astudillo y Quezada (2021). Para cumplir con el segundo objetivo que buscó identificar los niveles de consumo de alcohol, se aplicó el Test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) y adicionalmente se utilizó la Cartilla de unidades de bebida estándar diseñado por Valenzuela (2017) como material de apoyo.

Finalmente, la calificación e interpretación de cada uno de los reactivos psicológicos aplicados a la muestra estudiada se llevó a cabo de forma manual, considerando los baremos descritos en el apartado de las técnicas e instrumentos.

Cuarta Etapa

En esta etapa, una vez obtenida los datos de la muestra mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y la calificación e interpretación de los reactivos psicológicos para su debido procesamiento y análisis se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 22. Se procedió en primer lugar, definir cada una de las variables y elaborar una matriz de datos en el programa.

Luego, se llevó a cabo el respectivo análisis individual de cada variable de estudio y después su correlación mediante métodos de estadística descriptiva e inferencial, en concordancia con los objetivos planteados en la presente investigación.

Para el análisis estadístico descriptivo se utilizó tablas de distribución de frecuencias y porcentajes, que permitieron caracterizar las medidas de prevalencia de la depresión y del consumo de alcohol en sus distintos niveles y con ello dar cumplimiento al primer y segundo objetivo. Para el análisis estadístico inferencial, al tratarse de variables ordinales, categóricas y no paramétricas, se utilizó la correlación de Spearman que permitió determinar si existe o no una relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio y con ello dar respuesta al objetivo general y a la pregunta de investigación.

Adicionalmente se realizó una tabulación cruzada y un análisis de correspondencia, que permitió describir la asociación entre los niveles de depresión y niveles de consumo de alcohol para determinar específicamente cuales son los niveles o categorías que más se correlacionaron. Para finalizar se volvió a revisar los resultados estadísticos, se priorizó los datos más útiles de cada una de las tablas y se procedió a organizar de acuerdo a los objetivos planteados, partiendo por los descriptivos y culminando con los inferenciales.

Quinta Etapa

En esta etapa, los resultados del SPSS se copiaron a Microsoft Word para realizar el respectivo informe de la investigación. Se llevó a cabo la debida interpretación, descripción y análisis de los resultados obtenidos; describiendo los valores de las tablas de frecuencias y porcentajes, tabla de correlación de Spearman y tabla cruzada. Posteriormente en base a ello, se procedió a elaborar la discusión, las conclusiones y recomendaciones.

Asimismo, en esta etapa en base a los resultados obtenidos también se diseñó una propuesta de programa de prevención para la depresión y consumo de alcohol dirigido a los adolescentes de la población estudiada, dando de esta manera respuesta al tercer objetivo. El programa está enfocado en fomentar el desarrollo de estrategias, técnicas y habilidades que les permitan protegerse frente a factores que contribuyen en la aparición o la exacerbación de los cuadros de depresión y de consumo de alcohol en los adolescentes.

5.6. Equipos y materiales

Para la ejecución del presente estudio se utilizó los siguientes equipos y materiales:

- Computadora portátil, teléfono móvil, USB
- Libros, artículos y revistas
- Impresora, resmas de papel bond
- Impresiones / Copias

- Programa estadístico SPSS 22
- Materiales de escritorio: esferos, grapadora, papelógrafos, marcadores, tableros.

5.7. Análisis estadístico

Para el procesamiento y análisis estadístico de datos se utilizó el programa estadístico SPSS “Statistical Package for Social Sciences” en su versión 22. En la que una vez definida las variables de estudio y elaborada una matriz de datos con toda la información necesaria para dar respuesta a los objetivos de la investigación, se realizó un análisis de datos mediante métodos estadísticos descriptivos e inferenciales (no paramétricos).

Entre los métodos de análisis descriptivos que se empleó son tablas de distribución de frecuencia (y porcentaje) y tabla cruzada, que permitieron caracterizar la prevalencia de la depresión y consumo de alcohol en sus distintos niveles. Entre los métodos de análisis inferenciales que se empleó es la correlación de Spearman, dado que la distribución de datos de la muestra no cumplió con el supuesto de normalidad y las variables de estudio fueron categóricas y ordinales, por lo cual se empleó una prueba no paramétrica para determinar la relación entre ambas variables en la muestra estudiada.

- Para verificar si los datos de la muestra tienen una distribución normal se empleó la prueba estadística de Kolmogorov Smirnov debido al número de la muestra (mayor a 30) y se encontró que no cumplen con el supuesto de normalidad (sig. 0.00 < 0.05) (Anexo 11. Tabla 9).

- Para interpretar el coeficiente de correlación de Spearman (Rho de Spearman =rs) se basó en los siguientes rangos descritos por Hernández-Sampieri et al. (2018):

Rho de Spearman = 0 → Relación nula

Rho de Spearman = 0,00 – 0,19 → Relación muy baja

Rho de Spearman = 0,20 – 0,39 → Relación baja

Rho de Spearman = 0,40 – 0,59 → Relación moderada

Rho de Spearman = 0,60 – 0,79 → Relación considerable

Rho de Spearman = 0,80 – 0,99 → Relación muy fuerte

Rho de Spearman = 1 → Relación perfecta

Nota: La relación puede ser directa (+) o inversa (-)

- Para determinar si la correlación es estadísticamente significativa, el valor o nivel de significación (p-valor) debe ser menor al nivel de significancia requerido (p< 0,005).

Todos estos análisis estadísticos realizados se encuentran reflejados y descritos en el apartado correspondiente a los resultados.

6. Resultados

Descripción general de la muestra

La tabla 1 indica la información general sobre la muestra estudiada, misma que fue recolectada mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de adolescentes de padres migrantes de Oñacapac, año 2022

Variabes	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
15 – 17 años	48	58,5 %
18 – 19 años	34	41,5 %
Sexo		
Hombre	39	47,6 %
Mujer	43	52,4 %
Progenitor emigrado		
Ambos padres	47	57,3 %
Solo papá o solo mamá	35	42,7 %
Diagnóstico de algún trastorno mental y/o tratamiento psicológico		
Sí	0	0 %
No	82	100 %
Total	82	100 %

Fuente: Ficha sociodemográfica aplicado a adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac.

Elaborado por: Janeth Isabel Morocho Saca.

Análisis e interpretación

Del 100% de adolescentes que participaron en la investigación, el 58,5% pertenecen al rango de edad de entre 15 a 17 años y el 41,5% de entre 18 y 19 años; el 52,4% son mujeres y el 47,6% son hombres; el 57,3% tienen a ambos progenitores emigrados y el 42,7% tienen a uno solo y el 100% de la muestra estudiada no han recibido diagnóstico de algún trastorno mental y/o está asistiendo a tratamiento psicológico.

En cumplimiento al primer objetivo

Identificar los niveles de depresión en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac a través del Inventario de depresión de Beck II.

Tabla 2

Niveles de depresión en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac

Niveles de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Depresión Mínima	34	41,5 %
Depresión Leve	29	35,4 %
Depresión Moderada	15	18,3 %
Depresión Grave	4	4,9 %
Total	82	100 %

Fuente: BDI-II aplicado a adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac.

Elaborado por: Janeth Isabel Morocho Saca.

Análisis e interpretación

En la tabla 2 se muestra los niveles de depresión identificados en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac, que se determinó mediante la aplicación del BDI-II. Se evidencia que del 100% de adolescentes que participaron en la investigación, es decir, de una muestra de 82 adolescentes, el 41,5% que corresponde a 34 adolescentes tienen depresión mínima, el 35,4% que representa a 29 adolescentes manifiestan depresión leve, el 18,3% que corresponde a 15 adolescentes presentan una depresión moderada y el 4,9% que representa a 4 adolescentes tienen depresión grave.

Al analizar estos niveles, se observa que la depresión mínima es la que prevalece en un 41,5% de la muestra estudiada. Sin embargo, más de la mitad (58,5%) presentan algún nivel de depresión clínica, con predominio del nivel leve (35,4%).

Se recalca que en la presente investigación la depresión mínima hace referencia a los bajones emocionales normales, mas no es considerado como un nivel clínico.

En cumplimiento al segundo objetivo

Identificar los niveles de consumo de alcohol en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac.

Tabla 3

Niveles de consumo de alcohol en adolescentes de padres migrantes de Oñacapac

Consumo de alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Consumo de Bajo riesgo	39	47,6 %
Consumo de Riesgo	28	34,1 %
Consumo Perjudicial	13	15,9 %
Posible Dependencia	2	2,4 %
Total	82	100%

Fuente: AUDIT aplicado a los adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac.

Elaborado por: Janeth Isabel Morocho Saca.

Análisis e interpretación

En la tabla 3 se indica el consumo de alcohol identificado en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac, que se determinó por medio de la aplicación del AUDIT. Se evidencia que del 100 % de adolescentes que participaron en la investigación, es decir, de una muestra de 82 adolescentes, el 47,6% que corresponde a 39 adolescentes presentan un consumo de bajo riesgo, el 34,1% que representa a 28 adolescentes indican un consumo de riesgo, el 15,9% que corresponde a 13 adolescentes manifiestan un consumo perjudicial y el 2,4 % que representa a 2 adolescentes tienen una posible dependencia.

Al analizar estos datos, el consumo de bajo riesgo es la que prevalece con un 47,6% en la muestra estudiada. No obstante, el consumo de riesgo y el consumo perjudicial están presentes en un 50%.

En cumplimiento al objetivo general

Determinar la relación entre la depresión y el consumo de alcohol en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac, periodo 2022.

Tabla 4

Relación entre los niveles de depresión y niveles de consumo de alcohol

			Niveles de depresión	Niveles de consumo de alcohol
Rho de Spearman	Niveles de depresión	Coeficiente de correlación	1	0,255*
		Sig. (bilateral)	.	0,021
		N	82	82
	Niveles de consumo de alcohol	Coeficiente de correlación	0,255*	1
		Sig. (bilateral)	0,021	.
		N	82	82

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: BDI-II y AUDIT aplicados a los adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac.

Elaborado por: Janeth Isabel Morocho.

Análisis e interpretación

En la tabla 4 se muestra la relación entre los niveles de depresión y el consumo de alcohol que se determinó mediante la correlación bivariada de Spearman. Por una parte, se evidencia que existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, dado que el valor de significación bilateral es menor que el nivel de significación requerido ($p=0,021<0,05$). Asimismo, se evidencia que el coeficiente de correlación de Spearman es de 0,255, lo que indica que tienen una relación directa, pero en un nivel bajo.

En síntesis, se puede afirmar con el 95% de confianza y 5% de significancia, que existe relación directa pero significativamente baja entre los niveles de depresión y consumo de alcohol en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac, es decir, que a medida que aumenta el nivel de depresión puede incrementar también el consumo. Pero al ser baja la relación, indica que la depresión no es un factor causal o determinante para que haya mayor consumo, hay que tener en cuenta otras variables relacionadas.

Tabla 5

Tabla cruzada entre los niveles de depresión y niveles de consumo de alcohol

		Consumo de alcohol				Total	
		Bajo riesgo	Riesgo	Perjudicial	Dependencia		
Niveles de depresión	Mínima	<i>f</i>	21	8	5	0	34
		%	25,6 %	9,8 %	6,1 %	0 %	41,5 %
	Leve	<i>f</i>	12	13	4	0	29
		%	14,6 %	15,9 %	4,9 %	0 %	35,4 %
	Moderada	<i>f</i>	5	5	4	1	15
		%	6,1 %	6,1 %	4,9 %	1,2 %	18,3 %
	Grave	<i>f</i>	1	2	0	1	4
		%	1,2 %	2,4 %	0 %	1,2 %	4,9 %
	Total	<i>f</i>	39	28	13	2	82
		%	47,6 %	34,1 %	15,9 %	2,4 %	100 %

Nota: *f* = Frecuencia y % = Porcentaje

Fuente: BDI-II y AUDIT aplicados a los adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac.

Elaborado por: Janeth Isabel Morocho Saca.

Análisis e interpretación

En la tabla 5 se muestra una tabulación cruzada entre los niveles de depresión y los niveles de consumo de alcohol, en el que se evidencia lo siguiente:

Del 41,5% de adolescentes que tienen depresión mínima, el 25,6% presentan un consumo de bajo riesgo. Del 35,4% de adolescentes que tienen depresión leve, el 15,9% presentan un consumo de riesgo y el 14,6% de bajo riesgo. Del 18,3% de adolescentes que tienen depresión moderada, el 6,1% presentan un consumo de bajo riesgo y de riesgo y un 4,9% consumo perjudicial. Del 4,9% de adolescentes que tienen depresión grave, el 2,4% presentan consumo de riesgo y 1,2% posible dependencia y consumo de bajo riesgo.

Por lo tanto, se evidencia que la depresión mínima se relaciona considerablemente con el consumo de bajo riesgo, mientras que la depresión leve se relaciona ligeramente con el consumo de riesgo, al igual que la moderada con el perjudicial y no hay una asociación entre la depresión grave con posible dependencia (Ver Anexo 11. Gráfico 1). Esto explica por qué la relación es baja entre los niveles de depresión y consumo de alcohol.

En cumplimiento al tercer objetivo

Proponer un programa para la prevención de la depresión y consumo de alcohol dirigido a adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac.

Tema

“Llakikunata Saki, Hayak Yakuta Mana Nipay”

Programa de prevención para la depresión y el consumo de alcohol en adolescentes.

Presentación

Hoy en día la depresión y el consumo de alcohol son consideradas como principales problemáticas de salud pública que puede afectar en cualquier edad. La adolescencia es una etapa vulnerable a desarrollarla, ya que al ser un periodo en el que se producen importantes cambios biopsicosociales pueden enfrentarse a circunstancias que ponen en vulnerabilidad la salud mental, más aún cuando no cuentan con redes de apoyo y adecuadas estrategias para hacerle frente a las presiones y al estrés de la vida diaria (UNICEF, 2020).

La depresión en adolescentes se manifiesta principalmente con cambios emocionales y conductuales, como irritabilidad, pérdida de interés por las actividades que solía disfrutar, autocrítica excesiva, baja autoestima, aislamiento, conductas autolesivas, ideas suicidas, etc. (Rey et al., 2015) con mayor vulnerabilidad de involucrarse en conductas de riesgo como es el consumo de alcohol (Marshall, 2015). Por ello, como profesionales de la salud mental es nuestro deber implementar acciones de promoción, prevención o intervención encaminadas a evitar la presencia de estas patologías o bien evitar su exacerbación.

Las intervenciones bajo el enfoque cognitivo-conductual han mostrado eficacia para tratar algunos trastornos mentales en adolescentes, entre ellos la depresión y el consumo de alcohol, ya que se centra en reducir el malestar emocional y las conductas desadaptativas mediante la modificación de pensamientos distorsionados o negativos (Rosselló y Bernal, 2007; Sadock et al., 2015). Por ello, se ha considerado proponer las actividades desde este enfoque, de manera que los adolescentes cuenten con un repertorio de herramientas que les facilite mayor autocontrol y capacidad para afrontar las situaciones.

Justificación

Considerando que en la presente investigación se determinó que la depresión y el consumo de alcohol están presentes en mayor porcentaje en niveles mínimos y bajos, se ha propuesto un programa de prevención primaria para evitar que estos cuadros se desarrollen o exacerben, dado que deben ser intervenidas oportunamente considerando la vulnerabilidad que implica a futuro la presencia de las mismas a una temprana edad.

El programa preventivo está diseñado específicamente para trabajar con adolescentes y contiene actividades enfocadas en fomentar estrategias, técnicas y habilidades que ayuden a gestionar las emociones, modificar creencias erróneas o pensamientos negativos, mejorar la autoestima, las relaciones interpersonales, potenciar alternativas a comportamientos de riesgo, entrenar en la comunicación asertiva, la toma de decisiones, resolución de conflictos y enseñar a distribuir racionalmente el tiempo, que son componentes esenciales que se toman en cuenta en los programas preventivos (Becoña y Cortés, 2011; Rey et al., 2015).

En el programa no se incluyen actividades para trabajar con los representantes debido a ciertas limitaciones como el analfabetismo, el idioma y la disponibilidad del tiempo, por lo que se tendrá que diseñar programas preventivos más específicos y con una metodología y modalidad distinta a la propuesta para involucrar también a ellos. Sin embargo, si se les considera como participantes pasivos al igual que los dirigentes de la comunidad, ya que en ciertas actividades se solicitará su colaboración. Además, se enfocó específicamente en los adolescentes debido a que en esta etapa buscan mayor independencia de los tutores.

Para finalizar, es importante recalcar que el programa está diseñado para trabajar con los adolescentes de la comunidad de Oñacapac, pero puede ser adaptada a otras poblaciones, por ejemplo, para ser aplicado en estudiantes de bachillerato, no obstante, ciertas actividades tendrán que ser modificadas al contexto y a las necesidades de la población. Además, con la aplicación del presente programa se espera contribuir en la disminución de la prevalencia de la depresión y consumo de alcohol en la población de adolescentes, ya que pone en énfasis en brindar estrategias aplicables y generalizables a sus contextos de desarrollo.

Objetivos

General

- Fomentar en los adolescentes el desarrollo de estrategias, técnicas y habilidades que les permitan afrontar frente a situaciones de riesgo que contribuyen en la aparición o exacerbación de la depresión y consumo de alcohol.

Específicos

- Sensibilizar sobre la depresión y consumo de alcohol a través de la psicoeducación, proporcionando información objetiva que genere compromiso con el programa.
- Enseñar estrategias que permitan identificar, medir y gestionar las emociones, para que puedan enfrentarse y adaptarse adecuadamente a las situaciones estresantes.
- Trabajar con técnicas cognitivos conductuales para combatir pensamientos negativos o irracionales, generar pensamientos positivos y mejorar la autoestima.

- Entrenar en habilidades de comunicación asertiva, toma de decisiones y resolución de conflictos que permita establecer relaciones interpersonales flexibles.
- Impulsar en los adolescentes la distribución racional de tiempo y a la vez promover el uso adecuado del tiempo libre y la ejecución de actividades agradables.

Metodología

El programa está conformado por 14 actividades organizadas en 4 fases; la primera abarca dos actividades centradas en convocar a los adolescentes y presentar los lineamientos del programa. La segunda consiste en 2 actividades enfocadas en psicoeducar y sensibilizar a los adolescentes acerca de la depresión y del consumo de alcohol. La tercera fase consta de 8 actividades encaminadas específicamente en el desarrollo de estrategias, técnicas y habilidades que les permita a los adolescentes protegerse frente a factores que contribuyen en la aparición o exacerbación de la depresión y consumo de alcohol y la última fase abarca 2 actividades que se enfoca en lo que respecta al cierre y evaluación del programa y adicional la formación de un club de adolescentes como un factor protector importante.

Todas las actividades están organizadas para que sean interactivas, incluye dinámicas de activación, recapitulación y tareas a casa. Por ello se sugiere trabajar con grupos de 20 a 30 participantes como máximo. Cada actividad tendrá una duración aproximada de 90 a 180 minutos dependiendo de las temáticas que se va a abordar. Se debe considerar los tiempos de receso necesarios en cada actividad.

Descripción de las actividades

En la tabla 6 se describen de una manera sintetizada cada una de las actividades propuestas para el programa preventivo y la descripción detallada de las mismas se encuentra más adelante.

Tabla 6

Descripción de las actividades del programa de prevención “Llakikunata Saki, Hayak Yakuta Mana Nipay”

Fase 1: Convocatoria a la participación y presentación del programa preventivo.					
Actividades	Temas a abordar	Objetivos	Técnicas	Desarrollo	Responsable
Actividad 1 Presentación del programa de prevención.	Lineamientos del programa: Justificación Objetivos Actividades Duración	Socializar los lineamientos del programa e invitar a los adolescentes a ser partícipes del mismo.	Rapport. Encuadre.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinar con el líder de la comunidad para que autorice y cite a una reunión a los adolescentes y a sus tutores a cargo. 2. Bienvenida, presentar los lineamientos del programa y motivar la participación de todos en las actividades planificadas. 3. Establecer los días para las actividades y entrega de consentimientos informados para formar parte del programa. 4. Recapitulación general y cierre. 	Profesional de salud mental. Presidente de la comunidad. Duración 90 minutos.
Actividad 2 Conversatorio sobre depresión y consumo de alcohol.	Generalidades sobre la depresión y el consumo de alcohol en los adolescentes.	Estimar los conocimientos que tienen sobre la depresión y el consumo de alcohol.	Rapport. Mesa redonda. Escucha activa. Clarificación. Recapitulación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida y dinámica de presentación “El cartero” para facilitar el contacto e interacción inicial entre participantes. 2. “Mesa redonda con ovillo de lana” para dialogar acerca de lo que saben sobre la depresión y el consumo de alcohol. 	Profesional de salud mental. Participantes.

Aplicación de los test.	Aplicación del BDI II y AUDIT.	Aplicar los reactivos psicológicos.	3. Aplicación de los test BDI-II y AUDIT pre- participación en el programa. 4. Recapitulación de la actividad y cierre.	Duración 90 minutos.
-------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	--	--------------------------------

Fase 2: Psicoeducación y sensibilización sobre depresión y consumo de alcohol.

Actividad	Temas a abordar	Objetivos	Técnicas	Desarrollo	Responsable
Actividad 3 Taller psicoeducativo acerca de la depresión en adolescentes.	Contenidos sobre la depresión: Signos y síntomas Factores de riesgo Causas-Consecuencias Tratamiento (motivar la búsqueda de ayuda profesional)	Proporcionar información clara y objetiva acerca de la depresión para sensibilizar sobre esta problemática.	Psicoeducación. Sensibilización. Clarificación. Recapitulación.	1. Dinámica de grupo “Me voy de viaje” para generar un clima de confianza. 2. Exposición de los contenidos acerca de la depresión mediante el uso de recursos didácticos (diapositivas, videos...). 3. Elaboración de afiches psicoeducativos sobre la depresión por los participantes, para ser publicados en sitios visibles. 4. Retroalimentación de la actividad.	Profesional de salud mental. Participantes. Duración 180 minutos.
Actividad 4 Taller psicoeducativo sobre el consumo de alcohol	Contenidos acerca del consumo de alcohol: Alcohol-Clasificación Formas de consumo Niveles de consumo Factores de riesgo	Proporcionar información clara y objetiva acerca del consumo de alcohol para	Psicoeducación. Técnica narrativa (<i>Historia de vida</i>). Escucha activa. Clarificación. Recapitulación.	1. Participación de un ex alcohólico, quien compartirá su vida en torno al consumo de alcohol (una reflexión al final). 2. Exposición de los contenidos acerca del consumo de alcohol mediante el uso de recursos didácticos (carteles, videos...).	Profesional de salud mental. Participante Invitado. Participantes.

alcohol en adolescentes.	Causas-Consecuencias Mitos y creencias	sensibilizar sobre esta problemática.	3. Elaboración de videos desmitificando el consumo de alcohol y concientizando acerca de las consecuencias. 4. Retroalimentación de la actividad.	Duración 180 minutos.
--------------------------	---	---------------------------------------	--	---------------------------------

Fase 3: Actividades enfocadas en el desarrollo de estrategias, técnicas y habilidades.

Actividad	Temas a abordar	Objetivos	Técnicas	Desarrollo	Responsable
Actividad 5 Taller sobre conciencia emocional.	Las emociones: Definición y tipos Expresión, identificación y medición de la intensidad de las emociones.	Concientizar acerca de la importancia de liberar, expresar e identificar las emociones.	Emociómetro. Evocación de recuerdos. Autorregistro del estado emocional.	1. Dinámica “Cartas de las emociones” que facilite la descripción, la comprensión y expresión de las emociones. 2. Elaborar el emociómetro para enseñar a identificar y medir las emociones (para ello se le solicitará al participante evocar recuerdos que impliquen emociones). 3. Motivar a llevar un autorregistro diario del estado emocional (Tarea). 4. Hablar sobre la importancia de expresar y no reprimir las emociones.	Profesional de salud mental. Participantes. Duración 180 minutos
Actividad 6	Estrategias para regular emociones: Respiración abdominal	Proporcionar herramientas para el manejo	Escritura terapéutica. Respiración abdominal.	1. Recapitulación de la actividad anterior. 2. Brindar espacio para liberar y expresar las emociones y sentimientos mediante la	Profesional de salud mental. Participantes.

Taller sobre regulación emocional.	Técnica del semáforo Botiquín emocional	adecuado de las emociones.	Técnica del semáforo.	<p>escritura o cualquier otro método.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. En un sitio tranquilo, explicar, enseñar y practicar la respiración abdominal. 4. Explicación sobre qué es la regulación emocional y en qué consiste la técnica del semáforo emocional. 5. Crear un botiquín emocional con pautas para manejar o evitar crisis emocionales. 	<p>Duración 180 minutos</p>
Actividad 7 Taller para combatir los pensamientos irracionales.	Pensamientos irracionales: Tipos de pensamientos irracionales. Modelo ABC de Ellis.	Enseñar a los adolescentes el modelo ABC-DE para modificar pensamientos irracionales.	Psicoeducación. Lluvia de ideas. Modelo ABC-DE. Confrontación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recapitulación de la actividad anterior. 2. Dinámica “Reflejándome a través de mis pensamientos” para identificar la presencia de ideas irracionales. 3. Explicar mediante lluvia de ideas los estilos de pensamientos irracionales y su influencia en la emoción y conducta. 4. Trabajar el modelo ABC para confrontar pensamientos erróneos (D) y construir pensamientos constructivos (E). 5. Practicar el modelo ABC-DE en base a acontecimientos cotidianos (Tarea). 	<p>Profesional de salud mental. Participantes.</p> <p>Duración 120 minutos</p>

<p>Actividad 8</p> <p>Taller para fomentar pensamientos positivos y mejorar la autoestima.</p>	<p>Autoestima. Pensamientos positivos.</p>	<p>Fomentar pensamientos positivos sobre sí mismo y sobre la vida, de manera que ayude a mejorar la autoestima en adolescentes.</p>	<p>Técnica del espejo. Listado de actividades agradables.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recapitulación de la actividad anterior. 2. Dinámicas: “La primera maravilla del mundo” y “El árbol de los logros” para trabajar en autoconcepto y autoestima. 3. Hablar sobre qué es la autoestima, cómo mejorarla y por qué es importante tener una buena y positiva autoestima. 4. Elaborar “La cajita de caricias para el alma” con auto regalos y frases positivas para fomentar el amor propio. 5. Tarea: Por 21 días parar frente al espejo y hablarse a sí mismo de forma positiva. 	<p>Profesional de salud mental. Participantes.</p> <p>Duración 180 minutos</p>
<p>Actividad 9</p> <p>Taller sobre los estilos de comunicación.</p>	<p>Estilos de comunicación y sus características: Pasivo, Agresivo, Asertivo.</p>	<p>Enseñar a diferenciar los tres estilos de comunicación y promover el estilo asertivo.</p>	<p>Psicoeducación. Técnica del sándwich. Role- Playing.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recapitulación de la actividad anterior. 2. Dinámica “El teléfono descompuesto” para adentrar al tema de comunicación. 3. Exposición acerca de los tres estilos de comunicación y sus características. 4. Practicar la comunicación asertiva por medio de la técnica del sándwich. 5. Role Playing practicando el ser asertivos frente a la presión grupal que insiste en el 	<p>Profesional de salud mental. Participantes.</p>

				consumo de alcohol.	Duración
				6. Retroalimentación y reflexión acerca de la importancia de ser asertivos.	120 minutos.
Actividad 10	Resolución de conflictos: Generación de soluciones y la toma de decisiones	Proporcionar pautas para promover la búsqueda de soluciones adaptativas ante las situaciones conflictivas.	Psicoeducación. Técnica de resolución de conflictos.	1. Recapitulación de la actividad anterior. 2. Dinámica “Da la vuelta a la sábana”. 3. Explicar sobre la técnica de resolución de conflictos y proporcionar pautas para buscar soluciones y tomar decisiones. 4. Practicar la técnica de la resolución de conflictos con las situaciones cotidianas. 5. Hablar sobre la importancia de buscar soluciones adaptativas frente situaciones conflictivas de la vida diaria.	Profesional de salud mental. Participantes. Duración 120 minutos.
Actividad 11	Distribución racional del tiempo.	Fomentar la distribución equilibrada del tiempo en función de las actividades.	Matriz de Eisenhower. Planteamiento de objetivos (Método SMART). Proyecto de vida.	1. Recapitulación de la actividad anterior. 2. Los participantes indicarán cómo está distribuido su tiempo en los diferentes ámbitos (personal, familiar, educativo...). 3. Manifestar la importancia de distribuir equitativamente el tiempo y brindar las pautas para que aprendan a priorizar las actividades y gestionar el tiempo.	Profesional de salud mental. Participantes.

				4. Enseñar a planificar y programar metas y actividades semanales para un mayor control y organización.	
				5. Diseñar un proyecto de vida planteando objetivos con el método SMART.	Duración 120 minutos.
Actividad 12	Uso adecuado del tiempo libre.	Potenciar actividades que promuevan el adecuado uso del tiempo libre.	Recapitulación. Bailoterapia. Yincana con juegos recreativos.	1. Recapitulación de la actividad anterior. 2. Bailoterapia (el instructor y los equipos estarán bajo el cargo del responsable). 3. Yincana con algunos juegos recreativos como: las canicas, la rayuela, el saquillo, la cuerda, el capitán manda, etc. 4. Diálogo sobre la importancia de llevar a cabo actividades físicas y los beneficios que aporta a la salud.	Profesional de salud mental. Participantes. Duración 180 minutos.
Fase 4: Formación de una organización juvenil, evaluación y cierre del programa.					
Actividades	Temas a abordar	Objetivo	Técnicas	Desarrollo	Responsable
Actividad 13	Todas las temáticas abordadas en la fase 3.	Dramatizar una historia de vida en la que se practique todas	Retroalimentación. Dramatización.	<i>Primera sesión:</i> 1. Retroalimentación de temas abordados. 2. Redacción de una historia de vida que será dramatizada por los participantes.	Profesional de salud mental. Participantes.

		las estrategias y habilidades fomentadas.		3. Elaboración de guiones, la planificación de escenas y selección de personajes. <i>Segunda sesión:</i> 4. Dramatización; pondrán en práctica las estrategias, técnicas y habilidades que fueron fomentadas en la fase 3. 5. Reflexión final de la actividad.	Habitantes de la comunidad (público espectador) Duración 180 minutos cada sesión.
Actividad 14	Liderazgo Juvenil.	Impulsar a que los participantes formen un club de adolescentes.	Reunión de cierre.	1. Dinámica de “Cienpies” para destacar la importancia del liderazgo y el trabajo en equipo para lograr un bien común. 2. Formar un club de adolescentes para que continúen trabajando en las actividades de promoción y prevención. 3. Aplicación de los test psicológicos y la evaluación del programa de prevención. 4. Finalización de las actividades y pampa mesa de agradecimiento.	Profesional de salud mental. Participantes. Dirigentes de la comunidad. Duración 120 minutos.
Formación de un club de adolescentes y aplicación de los test.	Aplicación del BDI II y AUDIT post-aplicación del programa.	Aplicar los test psicológicos para valorar la efectividad del programa.			
Finalización del programa.					

Elaborado por: Janeth Isabel Morocho Saca.

Desarrollo de actividades

Fase 1: Convocatoria a la participación y presentación del programa preventivo.

Actividad 1: Presentación del programa de prevención “Llakikunata Saki, Hayak Yakuta Mana Nipay”.

Objetivo:

- Explicar los lineamientos del programa de prevención e invitar a los adolescentes a ser partícipes del mismo.

Temas que aborda:

- Presentación de los lineamientos del programa preventivo.
- Invitación a los adolescentes a ser partícipes del programa.

Técnicas a utilizar:

- Rapport: Establecer una relación de confianza y empatía entre los participantes.
- Encuadre: Establecer acuerdos y horarios para trabajar con las próximas actividades.

Duración: 90 minutos

Materiales:

- Presentación en Power Point.
- Computadora, infocus, mesas y sillas.
- Esferos y hojas de consentimientos informados.

Descripción y metodología:

Primeramente, se coordinará con el presidente de la comunidad de Oñacapac para que, de su autorización para ejecutar el programa preventivo con los adolescentes, haciendo uso de los espacios disponibles dentro de la comunidad. Del mismo modo, se solicitará que convoque a una reunión a todos los adolescentes hijos de padres migrantes de entre 15 a 19 años de edad y a sus respectivos representantes a cargo o tutores legales.

En la reunión, el profesional responsable dará la bienvenida e informará a través de una presentación en Power Point los lineamientos del programa; la justificación (en base a los resultados del estudio), los objetivos, las actividades planificadas y la duración de la ejecución del programa. Además, motivará la participación de todos los adolescentes y se planificará los horarios (días y horas) para llevar a cabo las próximas actividades.

Para finalizar, el responsable entregará una hoja de consentimiento informado a todos los adolescentes y sus representantes (en caso de ser menor de edad) que, una vez leída y aclarada todos los puntos, tendrán que firmar para formar parte del programa.

Actividad 2: Conversatorio sobre depresión y consumo de alcohol en los adolescentes. ¿Qué tanto conoces acerca de la depresión y consumo de alcohol?

Objetivos:

- Conocerse y generar un ambiente de confianza entre los participantes.
- Estimar los conocimientos que tienen acerca de la depresión y el consumo de alcohol.
- Aplicar los reactivos psicológicos para valorar el nivel de depresión y de consumo que presentan antes de la aplicación del programa.

Temas que aborda:

- Generalidades sobre la depresión y consumo de alcohol en adolescentes.
- Aplicación de los test psicológicos: BDI II y AUDIT.

Técnicas a utilizar:

- Rapport: Establecer una relación de confianza y empatía entre participantes.
- Mesa redonda: Reunir en grupo y exponer a los demás sus conocimientos.
- Escucha activa: Prestar toda la atención a lo que dice la otra persona, sin interrumpir.
- Clarificación: Realizar pregunta para comprobar si se ha comprendido el mensaje.
- Recapitulación: Sintetizar una explicación que ha sido descrita previamente.

Duración: 90 minutos

Materiales:

- Mesas, sillas y ovillo de lana.
- Test psicológicos (BDI II y AUDIT)
- Hojas y esfero.

Descripción y metodología:

Se iniciará con la presentación del responsable y bienvenida a todos los participantes que formarán parte del programa, también se mencionará el tema y objetivo de esta actividad. Luego se llevará a cabo la dinámica de presentación “El cartero”, que consiste en que todos sentados formen un círculo y el responsable asuma el rol de cartero, quien anunciará en voz alta “ha llegado una carta para aquellos que tienen ... (mencionará una característica)” y los participantes con dichas características tendrán que levantarse y cambiarse de puesto, el que se sienta al último se presentará y responderá preguntas que permitan conocerle más. Se debe repetir esta dinámica hasta que todos participen (Facilitario, 2016).

Seguidamente se llevará a cabo una “Mesa redonda con ovillo de lana” que consiste en que los participantes formen un círculo y sentados sobre el piso vayan pasando el ovillo de un lado a otro, y cuando reciban, tienen que comentar lo que saben o han escuchado acerca de la

depresión. Cuando el ovillo llegue a la última persona, le devolverá al penúltimo, luego al antepenúltimo y así sucesivamente, pero de regreso en lugar de hablar sobre la depresión, dirán lo que saben o han escuchado sobre el consumo de alcohol, esto permitirá determinar el conocimiento que tienen acerca de estas problemáticas e ir además generando un adecuado ambiente de confianza. El responsable aclarará algunos aportes de los participantes si fuese necesario y considerará los aspectos a profundizar en actividades posteriores.

Para finalizar, se aplicará los test psicológicos; el BDI-II y AUDIT para determinar en qué nivel de depresión y patrón de consumo de alcohol se presentan los adolescentes antes de ser beneficiarios del programa y también valorar la efectividad en base a las puntuaciones. El responsable realizará una recapitulación general y motivará la participación de todos para la siguiente actividad (**Nota:** Es importante organizarse en cuanto a los grupos y materiales necesarios para la elaboración de los afiches en la próxima actividad).

Fase 2: Psicoeducación y sensibilización sobre depresión y consumo de alcohol.

Actividad 3: “Un espacio para profundizar acerca de la depresión”. Taller psicoeducativo sobre la depresión en la población de adolescentes.

Objetivo:

- Proporcionar a los adolescentes información clara y objetiva acerca de la depresión para sensibilizar sobre esta problemática.

Temas que aborda:

- Depresión: definición, manifestaciones, factores de riesgo y de protección, causas, consecuencias y tratamiento (motivar la búsqueda de ayuda profesional).

Técnicas a utilizar:

- Psicoeducación: Brindar información científica y relevante sobre la enfermedad.
- Sensibilización: Promueve cambio de actitud frente a una determinada problemática.
- Clarificación: Realizar pregunta para comprobar si se ha comprendido el mensaje.
- Recapitulación: Sintetizar una explicación que ha sido descrita previamente.

Duración: 180 minutos

Materiales:

- Diapositivas, videos psicoeducativos.
- Computadora, infocus, mesas, sillas.
- Cartulinas, tijeras, silicona, marcadores, imágenes, revistas, esferos, pinturas, entre otros necesarios para realizar los afiches.

Descripción y metodología:

Se inicia dando la bienvenida a los participantes, recapitulando la actividad anterior y dando a conocer el tema y el objetivo de esta actividad. Luego se realizará la dinámica “Me voy de viaje”, el cual consiste en que los participantes formen un círculo y alguien inicia diciendo “Me voy de viaje a (menciona un lugar) y me llevo un (ej. abrazo, palmada, etc)” y dará lo que menciona a su compañero de lado, el compañero nuevamente mencionará “me voy de viaje... y me llevo un...”, se lo dará al siguiente y así sucesivamente hasta llegar al último participante, con esto se busca generar mayor cohesión del grupo (Animus, 2011).

Posteriormente el responsable expondrá los contenidos sobre depresión (definición, síntomas, factores de riesgo, causas, consecuencias y tratamiento) mediante diapositivas, árbol de problemas, videos y esquemas gráficos. Asimismo, motivará la búsqueda de ayuda profesional sobre todo a aquellos participantes que, en base a puntuaciones obtenidas en los test, presentan una depresión de moderada a grave. Después de dos temas abordadas habrá que considerar un espacio para hacer preguntas y tomar un tiempo de receso.

A continuación, los participantes en grupos elaborarán afiches psicoeducativos con los temas abordados, el profesional responsable sorteará los temas para cada grupo, esto con el fin de evitar que los contenidos se repitan. Los afiches tendrán que ser colocados en sitios visibles para toda la comunidad. En cuanto a los materiales, pueden ser proporcionados por el responsable o bien pueden solicitar a los participantes, si es posible pueden realizar de manera digital para luego imprimirla, ya dependerá de la creatividad de cada grupo.

Para culminar, los participantes realizarán una breve reflexión sobre los contenidos abordados y el responsable motivará la participación de todos para la siguiente actividad.

Actividad 4: “Lo que sé y no sé acerca del consumo de alcohol”. Taller psicoeducativo sobre el consumo de alcohol en los adolescentes

Objetivo:

- Proporcionar información clara y objetiva sobre el consumo de alcohol para sensibilizar a los adolescentes acerca de esta problemática.

Temas que aborda:

- Consumo de alcohol: alcohol y clasificación, patrones de consumo, factores de riesgo y protección, efectos, consecuencias, mitos y creencias.

Técnicas a utilizar:

- Técnica narrativa: Relato de historia de vida (autobiografía de un ex alcohólico).
- Escucha activa: Prestar toda la atención a lo que dice la otra persona, sin interrumpir.
- Psicoeducación: Brindar información científica y relevante sobre la enfermedad.

- Sensibilización: Promueve cambio de actitud frente a una determinada problemática.
- Recapitulación: Sintetizar una explicación que ha sido descrita previamente.

Duración: 180 minutos

Materiales:

- Presentación en Power Point, videos psicoeducativos y collages.
- Cartulinas, revistas, tijeras, goma, plumones, etc.
- Computadora, celulares, infocus, mesas y sillas.

Descripción y metodología:

Se inicia dando la bienvenida a los participantes, recapitulando la actividad anterior y dando a conocer el tema y el objetivo de esta actividad. Luego se presentará al invitado, que será un ex alcoholico, quien compartirá su vivencia en torno a la dependencia de alcohol, las consecuencias en los diferentes ámbitos de su vida, etc., de manera que deje un mensaje a los adolescentes frente a esta problemática. Al finalizar, los participantes realizarán una reflexión sobre la historia de vida contada y también pueden realizar preguntas.

Posteriormente, utilizando recursos didácticos tales como presentación en Power Point, videos psicoeducativos y collages, el responsable trabajará y reforzará los contenidos sobre el consumo de alcohol, abordando lo siguiente: qué es el alcohol, su clasificación, formas de consumo, los factores de riesgo, los efectos y consecuencias, los mitos y creencias. Después de cada temática que se aborde, los participantes tendrán un espacio para realizar preguntas, solventar dudas y tomarse un tiempo receso para que no sea monótono.

Finalizada la exposición, el profesional responsable formará grupos, cada uno de los cuales usando la tecnología y poniendo en marcha la creatividad, grabarán un video psico-educativo que promueva el no consumo de alcohol en la población adolescente, enfatizando principalmente en las consecuencias y desmitificando el consumo de alcohol. Los videos serán publicados en distintas redes sociales para concientizar a la población en general.

Para culminar, los jóvenes realizarán una reflexión sobre los contenidos abordados y el responsable motivará la participación de todos para la siguiente actividad.

Fase 3: Actividades enfocadas en el desarrollo de estrategias, técnica y habilidades.

Actividad 5: “Reconociendo mi estado emocional”. Taller sobre conciencia emocional.

Objetivo:

- Concientizar sobre la importancia de liberar, expresar e identificar adecuadamente las emociones.

Temas que aborda:

- Las emociones: definición, tipos y estrategias que permitan expresar, identificar y medir la intensidad de las emociones.

Técnicas a utilizar:

- Emociómetro: Herramienta para trabajar en el reconocimiento de las emociones.
- Evocación de recuerdos: Llevar de nuevo un recuerdo a la conciencia.
- Autorregistros: Anotar el estado emocional y luego reflexionar sobre la misma.

Duración: 180 minutos (considerar tiempos de receso).

Materiales:

- Cartas de las emociones (descripción de la emoción y petición).
- Modelos de autorregistro del estado emocional y emociómetro.
- Cartón, cartulinas, tijeras, goma, plumones, etc. (para elaborar el emociómetro).
- Computadora, celulares, mesas y sillas

Descripción y metodología:

Se inicia dando la bienvenida a los participantes, recapitulando la actividad anterior y dando a conocer el tema y el objetivo de la actividad. Después se llevará a cabo la dinámica “Cartas de las emociones” que facilitará la comprensión, descripción y expresión de las emociones. El profesional responsable elaborará las cartas que contendrá la descripción de cada uno de las emociones básicas, las reacciones y cambios físicos, las consecuencias si no se gestiona adecuadamente, adicional una petición que permita expresar la emoción descrita. Para elaborar las cartas el responsable puede adaptar el contenido descrito en el libro “El emociómetro del inspector Drilo” de Isern y Carretero (2016). Para iniciar con la dinámica se solicitará participantes voluntarios, quienes escogerán una carta al azar.

Posteriormente el profesional responsable explicará sobre qué es un emociómetro, su importancia y utilidad, para que cada participante elabore un emociómetro de acuerdo a su creatividad, el cual es una herramienta muy útil para trabajar en la conciencia emocional. Para su elaboración el responsable elaborará un modelo (Anexo 12. a) y en cuanto a los materiales pueden ser proporcionados por el responsable o bien solicitar a los participantes. Una vez culminado, todos se sentarán en círculo y el responsable solicitará que cerrando los ojos recuerden una situación que genere alguna emoción o un hecho que les haya impactado emocionalmente y presten atención a todo lo que sienten. Para que luego utilizando el emociómetro identifiquen y compartan con los demás la emoción que sintieron y en que intensidad.

Del mismo modo, se animará a los participantes a llevar un registro diario del estado emocional, utilizando el emociómetro. En el registro se debe incluir que situaciones generan emociones y en que intensidad, con esto se busca fomentar el desarrollo de la conciencia emocional de cada individuo. Se recomienda que en una hoja elaboren un cuadro para toda la semana, para que al finalizar cada uno analice como ha sido su estado emocional y en qué aspectos se puede mejorar (Anexo 12. b) Para culminar los participantes conversarán sobre la importancia de expresar y no reprimir las emociones y el profesional responsable motivará la participación de todos para la siguiente actividad.

Actividad 6: “Siento, identifico, y regulo mis emociones”. Taller sobre la regulación emocional.

Objetivo:

- Enseñar a los adolescentes algunas estrategias o herramientas para manejar y regular adecuadamente las emociones.

Temas que aborda:

- Estrategias para regular emociones; respiración abdominal, técnica del semáforo y botiquín emocional.

Técnicas a utilizar:

- Respiración abdominal o diafragmática: Mediante la inhalación y exhalación ayuda a reducir la tensión física y mental.
- Técnica del semáforo: Ayuda a regular las emociones mediante la asociación de los colores del semáforo con las emociones.
- Botiquín emocional: Es una herramienta donde se almacena elementos que permitan afrontar o prevenir crisis emocionales.

Duración: 180 minutos (considerar tiempos de receso).

Materiales:

- Diapositivas sobre regulación emocional y cartel con el semáforo emocional.
- Marcadores, hojas, esferos, pinturas, tijeras, goma, etc. (Para elaborar el botiquín).
- Hojas impresas con las estrategias para regular las emociones.
- Computadora, infocus, mesas y sillas.

Descripción y metodología:

El responsable comenzará dando la bienvenida, recapitulando la actividad anterior y dando a conocer el tema y objetivo de esta actividad. Luego brindará un espacio para que todos los participantes liberen y expresen sus emociones y sentimientos de manera libre, por ejemplo,

escribiendo una carta, conversando entre amigos, cantando, dibujando, rayando, gritando, etc. Para después conversar como se sintieron realizando la actividad y comenten cómo han estado llevando a cabo el registro emocional que se solicitó.

Posteriormente el profesional responsable explicará en que consiste la respiración abdominal y como ayuda a relajar y manejar el estrés y las emociones. Dará las indicaciones para que los participantes vayan ejecutando paso a paso: 1) Acostarse, sentarse o pararse en un lugar cómodo. 2) Colocar la mano sobre el abdomen. 3) Inhalar profundamente el aire por la nariz y llevarlo despacio hacia el abdomen, sintiendo como el aire ingresa al cuerpo. 4) Retener el aire unos 3 segundos. 5) Exhalar el aire lentamente por la boca y sentir como el abdomen se va desinflando. 6) Una vez expulsado, dejar que pasen unos 5 segundos y volver a empezar el ciclo. Se puede utilizar sonidos o músicas de relajación que ayude en la concentración y esta actividad se sugiere realizar en el campo (Luque, 2020).

También explicará a través de diapositivas sobre la regulación emocional y en que consiste la técnica del semáforo emocional. La técnica ayuda a asociar las emociones y su intensidad con los colores del semáforo: el rojo indica PARAR (*identificar y medir la emoción*), el amarillo PENSAR (*reflexionar medidas alternativas; tiempo fuera, diálogo interno, etc.*) y verde ACTUAR (*ejecutar la mejor solución*) (Gracia, 2014). Además, se recomienda que el responsable elabore un material didáctico que facilite el aprendizaje y la participación. Se practicará la técnica planteando situaciones cotidianas (Anexo 12. c).

Finalmente se elaborará el botiquín emocional con un listado de estrategias para manejar y/o evitar crisis emocionales. El botiquín emocional es una caja con herramientas que puede utilizar para manejar las emociones desagradables y disfrutar de las emociones agradables. Algunas estrategias serán proporcionadas por el profesional responsable (Anexo 12. d), pero los participantes también pueden agregar otras que se consideren necesarias, incluso agregar objetos como pelotas antiestrés, el frasco de calma, las mandalas, etc.

Para culminar, los participantes comentaran sobre las actividades realizadas, que han aprendido y el responsable motivará hacer uso de los recursos elaborados, poner en marcha las estrategias enseñadas y solicitará la participación para la siguiente actividad.

Actividad 7: “¿Soy lo que realmente me describo a través de mis pensamientos?” Taller para combatir los pensamientos irracionales.

Objetivo:

- Enseñar a los adolescentes el modelo ABC-DE de Ellis para modificar pensamientos erróneos.

Temas que aborda:

- Pensamientos irracionales: Estilo de pensamientos irracionales y el modelo ABC de Ellis.

Técnicas a utilizar:

- Psicoeducación: Brindar información sobre los estilos de pensamientos erróneos.
- Confrontación: Debatir los pensamientos irracionales.
- Modelo ABC- DE: Técnica que permite modificar los pensamientos irracionales.

Duración: 120 minutos.

Materiales:

- Cartel con lluvias de ideas sobre los estilos de pensamientos irracionales.
- Videos psicoeducativos: Pensamientos racionales e irracionales
- Cartulina con el cuadro del Modelo ABC-DE de Ellis.
- Hojas impresas con el Modelo ABC-DE, lápices y esferos.
- Pizarra, computadora, celulares, infocus, mesas y sillas.

Descripción y metodología:

Se inicia dando la bienvenida a los participantes, recapitulando la actividad anterior y dando a conocer el tema y el objetivo de la actividad. Después se llevará a cabo la Dinámica “Reflejándome a través de mis pensamientos” que consiste en que los participantes escriban en la pizarra frases que siempre se dicen sobre sí mismo y sobre la vida en general, para determinar la presencia de pensamientos erróneos. Luego el responsable expondrá mediante lluvia de ideas los estilos de pensamientos erróneos y su influencia en la emoción y conducta. Para ello buscará en fuentes fiables los tipos de pensamientos irracionales más comunes. Adicionalmente puede presentar videos explicativos que permita comprender ampliamente entre pensamientos racionales e irracionales.

Posteriormente explicará en qué consiste el modelo ABC de Ellis para combatir pensamientos erróneos, para ello el responsable elaborará un cuadro en cartulina y en cada columna describirá a que hace referencia los componentes “A-B-C” (A= acontecimiento, B= Sistema de creencias y C= Consecuencias) (Ellis, 1991). Para facilitar la comprensión se ejemplificará con las situaciones cotidianas y se tomará como referencia los pensamientos escritos en la actividad inicial. En grupos se debatirán o cuestionarán dichos pensamientos “D” para construir pensamientos más constructivos o racionales “E”. Para poner en práctica el modelo ABC-DE, el responsable entregará una hoja impresa con el cuadro del modelo para que completen en base a acontecimientos cotidianos (Anexo 12. e). Se enviará como tarea que completen todo el cuadro para analizar en la próxima actividad.

Para culminar, los participantes realizarán una reflexión sobre los contenidos abordados y el responsable motivará la participación de todos para la siguiente actividad.

Actividad 8: “Construyamos juntos nuestra mejor versión”. Taller para fomentar pensamientos positivos y mejorar la autoestima.

Objetivo:

- Fomentar pensamientos positivos sobre sí mismo y sobre la vida, que ayude a mejorar la autoestima en los adolescentes.

Temas que aborda:

- Pensamientos positivos y autoestima.

Técnicas a utilizar:

- Técnica del espejo: Se basa en la autoobservación personal, mejora la autoestima.
- Introspección: Observación y reflexión de la propia consciencia o estado emocional.
- Actividades agradables: Acciones que proporcionan placer y bienestar personal.

Duración: 180 minutos.

Materiales:

- Caja con espejo “La caja de la primera maravilla”
- Hojas, esferos, cartulinas, marcadores, lápiz, etc.
- Computadora, celulares, infocus, mesas y sillas.

Descripción y metodología:

Se inicia dando la bienvenida a los participantes, revisando la tarea de actividad anterior (Modelo ABC-DE) y dando a conocer el tema y el objetivo de esta actividad. Luego se llevará a cabo las siguientes dinámicas:

- Dinámica 1: “La primera maravilla del mundo” para trabajar en el autoconcepto, el cual consiste en una cajita que lleva a dentro un espejo. El responsable solicitará que cada uno pase a observar en la cajita a la “primera maravilla del mundo”, la regla es que no tiene que comentar que es lo que observan hasta que todos hayan pasado. Posteriormente se dialogará sobre lo que han visto y porque creen que la primera maravilla del mundo es uno mismo, respondiendo a preguntas como: ¿qué cosas más valoro de mí? ¿Qué cosas les gusta a otros de mí? ¿cómo creen que te ven los otros? ¿cómo te describes a ti mismo? ¿Qué cosas debes mejorar? ¿Qué es lo que te hace diferente de los demás? ¿Cuáles son tus cualidades, tus habilidades?...
- Dinámica 2: “El árbol de los logros”, que consiste en que escriban en una hoja una lista de todas las cualidades positivas, los logros conseguidos, sean logros pequeños o grandes,

importantes o no para los demás y las personas que son su fuente de apoyo. Una vez escritas las listas, dibujarán en una cartulina un árbol, en las raíces escribirán todas las cualidades, resaltando con raíces gruesas las más importantes, en el tallo las personas que son sus redes de apoyo y en las flores o frutos todos los logros, igualmente lo más importante colocarán en los frutos o flores más grandes (Anexo 12. f) (Domínguez, 2019). Al finalizar cada uno de los participantes expondrán su árbol a los demás, quienes a su vez también destacaran otras cualidades o logros que observan de sus compañeros.

Finalizada ambas dinámicas, el responsable realizará una retroalimentación sobre la importancia de desarrollar una autoestima positiva y reforzará los contenidos sobre la misma, haciendo referencia a qué es la autoestima, los tipos y cómo influye en la vida cotidiana de los adolescentes. Posteriormente cada uno de los participantes elaborará “La cajita de caricias para el alma”, que contiene unas tarjetas de auto regalos y frases positivas, elaborada de acuerdo al gusto y creatividad de cada participante. Se indicará que cada día deben sacar una tarjeta al azar, si sale una de auto regalos tienen que cumplirlos o si se trata de una frase positiva tienen que analizarlo. Se recomienda que planteen auto regalos que sean sencillos y de fácil accesibilidad y no necesariamente deben ser cosas materiales.

Para finalizar, se propondrá el reto de que por 21 días se paren frente al espejo y hablen a sí mismo de una forma positiva, deben llevar un registro de evidencia para premiar a aquellos que cumplen al culminar el programa. Así mismo, se motivará la participación para la siguiente actividad.

Actividad 9: “¿Soy asertivo o asertiva?” Taller sobre los estilos de comunicación.

Objetivo:

- Enseñar a diferenciar los tres estilos de comunicación y promover el estilo asertivo.

Temas que aborda:

- Estilos de comunicación y sus características: pasivo, agresivo, asertivo.

Técnicas a utilizar:

- Psicoeducación: Brindar información relevante sobre los estilos de comunicación.
- Técnica del sándwich: Permite al emisor expresar lo que siente, necesita y quiere sin herir ni dañar al receptor.
- Role-Play: Interpretar un papel de una situación planteada (presión grupal que insiste en el consumo de alcohol).

Duración: 120 minutos.

Materiales:

- Presentación en Power Point sobre los estilos de comunicación.
- Cartel con la técnica del Sándwich.
- Computadora, infocus, mesas y sillas.
- Lista de situaciones de invitación hacia el consumo de alcohol (Para role-playing).

Descripción y metodología:

Se inicia dando la bienvenida a los participantes, recapitulando la actividad anterior y dando a conocer el tema y el objetivo de la actividad. Seguidamente realizará la dinámica “El teléfono descompuesto”, para ello el responsable pedirá que se formen en un círculo y dirá una sola vez en voz baja y al oído un mensaje al primer participante, quien transmitirá a su vez lo que escuchó al siguiente, y así sucesivamente hasta llegar al último participante, quien finalmente dirá en voz alta el mensaje que le llegó. Al culminar la dinámica, en grupos se analizará que elementos interfieren en la comunicación.

Posteriormente el profesional responsable explicará a través de diapositivas los tres estilos de comunicación que son pasiva, agresiva y asertiva y sus respectivas características (Torres, 2017). También ejemplificará cada uno de los estilos para una mayor comprensión. Para practicar la comunicación asertiva se enseñará la “Técnica del Sándwich” que consiste en dar una retroalimentación negativa entre dos piezas de retroalimentación positiva: - Se empieza con un comentario positivo o de empatía con la otra persona a la que va a dirigir. – Se comunica aquel mensaje que se desea transmitir de manera clara y concisa. – Se finaliza con palabras de ánimo y confianza (Sanz, 2022).

Una vez entrenado la técnica del Sándwich, se organizarán en grupos para realizar un Role – Playing practicando el ser asertivos frente a la presión grupal que insiste en el consumo de alcohol. Para ello el responsable propondrá varias situaciones donde los grupos de amigos o compañeros insistan en el consumo de alcohol y los participantes rechazarán la invitación, pero practicando la comunicación asertiva (Anexo 12. g). Para finalizar la actividad el responsable realizará una retroalimentación sobre la importancia de ser asertivos y motivará la participación de todos para la siguiente actividad.

Actividad 10: “Buscando alternativas, tomando decisiones, soluciono mis conflictos”. Taller sobre toma de decisiones y resolución de conflictos.

Objetivo:

- Proporcionar a los adolescentes las pautas para promover la búsqueda de soluciones adaptativas ante situaciones conflictivas.

Temas que aborda:

- Resolución de conflictos: Generación de soluciones y toma de decisiones.

Técnicas a utilizar:

- Psicoeducación: Brindar información sobre la técnica de resolución de conflictos.
- Técnica de resolución de conflictos: Proporciona métodos o estrategias para resolver los conflictos de diversa índole.

Duración: 120 minutos.

Materiales:

- Presentación en Power Point sobre la técnica de solución de conflictos.
- Tarjeta con situaciones conflictivas que se enfrentan los adolescentes
- Computadora, infocus, mesas, sillas y una sábana grande.

Descripción y metodología:

Se inicia dando la bienvenida a los participantes, recapitulando la actividad anterior y dando a conocer el tema y el objetivo de esta actividad. Se llevará a cabo una dinámica grupal conocida como “Da la vuelta a la sábana”, que consiste en que todos los participantes se coloquen encima de la mitad de una sábana tendida en el piso, luego entre todos tienen que darle la vuelta a la sábana, sin que nadie se baje ni pise fuera de la misma, con esta dinámica se estimula la búsqueda de soluciones. Al finalizar, compartirán sus experiencias, las estrategias que utilizaron y las dificultades que enfrentaron.

Posteriormente, el responsable a través de una presentación en diapositivas, reforzará y entrenará en las pautas para buscar soluciones adecuadas, explicando y ejemplificando los pasos de la técnica de resolución de conflictos 1) Orientación al problema. 2) Definición del problema. 3) Generación de soluciones alternativas. 4) Toma de decisiones. 5) Puesta en práctica de la solución y verificación. 6) Mantenimiento y generalización (Carrasco y Del Barrio, 2004). Seguidamente se formará grupos pequeños, el responsable entregará a cada grupo una tarjeta con varias situaciones conflictivas a los que se enfrentan los adolescentes (Anexo 12. h) y tendrán que poner en práctica cada uno de los pasos expuestos y encontrar soluciones efectivas, luego compartir con los demás explicando el cómo y por qué de cada una de las alternativas y decisiones tomadas en cada situación conflictiva.

Finalmente, se hablará sobre la importancia de buscar soluciones adaptativas frente a los problemas cotidianos de la vida. Si es necesario, se enviará una tarea para que continúen practicando la técnica. El responsable motivará la participación para la siguiente actividad.

Actividad 11: “Aprendamos a priorizar y organizar actividades”. Taller sobre la distribución racional del tiempo.

Objetivo:

- Fomentar en los adolescentes la distribución equilibrada del tiempo en función de las distintas actividades.
- Impulsar a los adolescentes a diseñar un proyecto de vida en base a sus experiencias, metas y posibilidades.

Temas que aborda:

- Distribución racional del tiempo.
- Proyecto de vida.

Técnicas a utilizar:

- Matriz de Eisenhower: Una estrategia que ayuda a organizar las tareas, gestionar el tiempo y tener mayor productividad.
- Planteamiento de objetivos (Método SMART): Focalizar la meta teniendo presente los objetivos para dar cumplimiento a un propósito.
- Proyecto de vida: Implica proyectarse en torno a lo que uno desea hacer con su vida, planteando metas a corto, mediano y largo plazo.

Duración: 120 minutos.

Materiales:

- Hojas impresas con gráficos para la distribución del tiempo.
- Reloj de cartón con contenidos sobre la distribución del tiempo.
- Hojas impresas con el programa de actividades semanales.
- Hojas para diseñar un proyecto de vida, marcadores, esferos.

Descripción y metodología:

Se inicia dando la bienvenida a los participantes, recapitulando la actividad anterior (técnica de resolución de conflictos) y dando a conocer el tema y el objetivo de la actividad. Luego el profesional responsable entregará una hoja de distribución del tiempo a cada uno de los participantes (Anexo 12. i) y tendrán que indicar en porcentajes como está distribuido su tiempo en los siguientes ámbitos: personal, familiar, laboral/educativo, amistades/pareja, ocio y otros (Marchena et al., 2016).

Posteriormente el profesional responsable haciendo uso de recurso didáctico (ej. reloj de cartón) explicará la importancia de distribuir equitativamente el tiempo en las diferentes actividades según las demandas o necesidades de cada uno y además brindar sugerencias y estrategias para que aprendan a priorizar las actividades y gestionar el tiempo (Rovira, 2017).

Al finalizar, los participantes analizarán si su distribución del tiempo que indicaron al inicio de la actividad es equilibrada y cómo piensan modificar en caso de que fuese necesario.

También enseñará a planificar y programar actividades y objetivos semanales para un mayor control y organización de las actividades diarias. El responsable entregará como modelo una hoja de planificación de actividades semanales (Anexo 12. k) y los participantes elaborarán un plan diario de actividades, distinguiendo entre las tareas urgentes, importantes y las menos productivas mediante la matriz de Eisenhower (Anexo 12. j), que tiene cuatro cuadrantes que las clasifica las actividades entre; urgente-importante, urgente-no importante, no urgente-importante y no urgente-no importante (Zarate, 2022).

Por otra parte, se recalcará la importancia de diseñar un proyecto de vida y trabajar en ellos para cumplirlos. El responsable explicará a través de diapositivas que es un proyecto de vida, de qué dependerá para poder alcanzarlo y los pasos para lograr cumplir los objetivos planteados (Unibetas, 2022). Luego solicitará a los participantes que diseñen su proyecto de vida, guiándose de los pasos proporcionados y planteando metas que sean claras y realistas tanto a corto, mediano y largo plazo (Método SMART) (Anexo 12. l).

Para culminar, los participantes realizarán una retroalimentación sobre la temática abordada y el responsable motivará la participación de todos para la siguiente actividad.

Actividad 12: “Un espacio para divertir y liberar el estrés” Bailoterapia y Juegos recreativos.

Objetivo:

- Potenciar actividades alternativas a los comportamientos de riesgo que promuevan a su vez el adecuado uso del tiempo libre.

Temas que aborda:

- Uso adecuado del tiempo libre.

Técnicas a utilizar:

- Bailoterapia y juegos recreativos.

Duración: 180 minutos.

Materiales:

- Parlantes y USB con músicas para Bailoterapia
- Cuerda, saquillo, canicas, cartas y rompecabezas para los juegos recreativos.

Descripción y metodología:

El responsable inicia dando la bienvenida a los participantes y recapitulando la actividad anterior, sobre todo respecto a cómo han estado llevando a cabo el programa de actividades semanales. También dará a conocer el tema y los objetivos de esta actividad y conversará sobre

qué actividades realizan durante el tiempo libre o que actividades físicas practican cada uno de los participantes.

Luego se llevará a cabo la bailoterapia en la cancha deportiva de la comunidad, que tendrá una duración de máximo una hora. El instructor de la bailoterapia y los equipos necesarios serán gestionados por parte del responsable o pueden coordinar con el presidente de la comunidad para solicitar en el municipio u otra institución pública. Al culminar se tomará un receso de descanso para continuar con la siguiente actividad.

A continuación, en el mismo espacio se llevará a cabo la Yincana con los siguientes juegos recreativos: las canicas, la rayuela, el saquillo, la cuerda, capitán manda, las cartas y armar rompecabezas. Para ello se organizarán en grupos de 10 personas, cada uno de los cuales tendrán que superar los juegos y triunfa el equipo que complete primero todas las pruebas. Es importante que el responsable mencione todas las reglas antes de iniciar con las competencias para evitar inconvenientes y además se tendrá que considerar un equipo que vigile que todas las pruebas lo realicen correctamente. En cuanto a los materiales y premios serán gestionados por el responsable en coordinación con el presidente de la comunidad.

Para finalizar, mientras los participantes tomen un descanso, se dialogará acerca de la importancia de practicar actividades físicas y los beneficios que aporta a la salud física y mental. Además, motivará la participación de todos para la siguiente actividad.

Fase 4: Formación de una organización juvenil, evaluación y cierre del programa.

Actividad 13: “Reforzando lo aprendido” Dramatización de cierre.

Objetivo:

- Dramatizar una historia de vida poniendo en práctica todas las estrategias, técnicas y habilidades fomentadas.

Temas que aborda:

- Todas las temáticas abordadas en la fase tres: Identificación y regulación de las emociones, confrontamiento de pensamientos irracionales, estrategias para fomentar la autoestima, comunicación asertiva, toma de decisiones y resolución de conflictos, la distribución racional del tiempo y el uso adecuado del tiempo libre.

Técnicas a utilizar:

- Retroalimentación: Sintetizar una explicación que ha sido descrita previamente.
- Dramatización: Adaptar un texto narrativo al formato de una obra de teatro.

Duración: Dos sesiones de 180 minutos.

Materiales:

- Diapositivas de síntesis de los temas abordados en la fase 3.
- Computadora, infocus, mesas y sillas.
- Hojas, esferos, guiones.
- Elementos para dramatización: vestuario, escenografía, sonidos, etc.

Metodología (Desarrollo):

Primera sesión:

El responsable inicia dando la bienvenida a los participantes y dando a conocer el tema y el objetivo de esta actividad. Luego realizará una breve retroalimentación de todos los temas abordados en la fase tres, para ello puede preparar una presentación en Power Point recalcando los puntos importantes y necesarios, de manera que ayude a los participantes a tener una idea de cómo organizar los guiones para la dramatización.

Posteriormente, los participantes se organizarán por grupos para delegar las acciones que se encargarán. Por ejemplo, unos se dedicarán a escribir los guiones, otros a arreglar las escenas y algunos a buscar vestimentas. La dramatización tendrá que tratar una historia de vida de dos adolescentes de padres migrantes, una mujer y otro varón, quienes tienen varios problemas en los diferentes ámbitos, sufren de depresión y consumo de alcohol. La historia y los guiones tendrán que ser guiada, revisada y aprobada por el responsable. Es importante tener en cuenta que deben poner en práctica las estrategias y habilidades fomentadas.

Breve ejemplo de historia: El chico está iniciando a consumir alcohol bajo la influencia de sus amigos, presenta conflictos en la escuela, le cuesta controlar el enojo, tiene una mala relación y comunicación familiar, piensa que toda su vida no tiene sentido, ha sufrido una ruptura amorosa reciente, ... La chica pasa encerrada en su habitación, no puede manejar la tristeza, piensa que todas las cosas son de su responsabilidad, no tiene tiempo para sí mismo, no tiene claro sus metas, no logró ingresar a la universidad, está a cargo de sus hermanos menores, tiene baja autoestima, piensa que ya no tiene sentido vivir, ...

La primera sesión se culminará con la selección de los personajes, para que cada uno repasen sus respectivos guiones. Se realizará una invitación al presidente de la comunidad para que convoque a todos los habitantes para que sean los espectadores de la dramatización.

Segunda sesión:

El profesional responsable iniciará dando la bienvenida a las autoridades y al público presente. Dará una breve introducción de la actividad a desarrollarse. Los encargados de la escenificación tendrán que tener todo listo y en orden. Posteriormente, se dará inicio con la dramatización, donde los participantes reflejarán las estrategias, técnicas y habilidades

fomentadas en las actividades anteriores. Al finalizar, tanto los participantes como el público presente realizarán una reflexión o darán una opinión sobre la actividad realizada. Además, se preguntará como los tutores han notado a sus representados durante las últimas semanas, si han notado algún cambio en su forma de pensar, actuar y en su estilo de vida en general. La opinión de ellos servirá también para determinar la efectividad del programa.

Para culminar se realizará un agradecimiento a todos y se motivará la participación para la siguiente y última actividad. Se hará también una cordial invitación a las autoridades de la comunidad para que sean partícipes.

Actividad 14: Aplicación de test y cierre del programa

Objetivo:

- Identificar el nivel de depresión y consumo en los adolescentes posterior a la aplicación del programa, para determinar la efectividad de la misma.
- Impulsar a que los participantes formen un club de adolescentes para que continúen ejecutando actividades de promoción y prevención.

Temas que aborda:

- Liderazgo Juvenil
- Aplicación de test: BDI-II y AUDIT.

Técnicas a utilizar:

- Reunión de cierre: Comunicación entre varias personas para llegar a una decisión final.

Duración: 120 minutos

Materiales:

- Computadora, infocus, mesas, sillas y tablas.
- Hojas, esferos, test psicológicos: BDI II y AUDIT

Metodología (Desarrollo):

Se inicia dando la bienvenida a los participantes, recapitulando la actividad anterior y dando a conocer el tema y el objetivo de esta actividad. Luego se llevará a cabo la dinámica de los “Cien pies”. La dinámica consiste en que en grupos de 10 personas se coloquen encima de la tabla y sus pies deben ser sujetados con un cordón o un hilo, y sin desatarse los pies y sin pisar fuera de la tabla, deben de tratar de recorrer un espacio propuesto por el responsable, el grupo que complete primero el recorrido gana la prueba. Es fundamental que haya una coordinación entre los participantes y deben elegir un líder en cada equipo. Con esto se busca destacar la importancia del liderazgo y trabajo en equipo para alcanzar un fin.

Posteriormente, el responsable explicará acerca de la importancia de contar con un club de adolescentes dentro de la comunidad, enfocado en continuar trabajando con las actividades de promoción y prevención. Para ello en coordinación con el presidente de la comunidad se elegirán a los líderes juveniles que encabezarán el club. Los candidatos serán lanzados por los mismos participantes destacando las capacidades de cada uno. Una vez formada la directiva juvenil se planteará la misión y la visión del club de adolescentes.

Por otra parte, se aplicará los test psicológicos que se aplicó al inicio del programa, las puntuaciones servirán como indicadores para evaluar la efectividad del programa. Así mismo se dará un espacio para que todos los participantes comenten que experiencias han tenido en el transcurso de su participación, que han aprendido, que se debe mejorar, entre otros aspectos a considerar para las futuras actividades. Se premiará a los participantes que cumplieron con todas las tareas.

Para dar cierre al programa y como agradecimiento por la participación, se llevará a cabo una pampa mesa, para ello se pedirá que cada uno de los participantes colaboren con alguna comida para luego compartir entre todos.

7. Discusión

El principal objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre la depresión y el consumo de alcohol en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac, para ello primeramente se identificó los niveles de depresión y consumo de alcohol mediante la aplicación del BDI II y AUDIT respectivamente, en una muestra que estuvo conformada por adolescentes comprendidos entre las edades de 15 a 19 años, ya que por ser una etapa en que se presentan cambios significativos en distintos ámbitos del desarrollo, están expuestos a condiciones que ponen en vulnerabilidad la salud mental y estadísticas mundiales indican que estas problemáticas en la población de adolescentes tienen mayor incidencia en el rango de edad considerado en este estudio (OMS, 2021b; OPS, 2019).

Los resultados del presente estudio indican que la depresión mínima prevalece en un 41,5% de la muestra. Sin embargo, más de la mitad presentan algún nivel de depresión clínica, con predominio del nivel leve (35,4%). Datos que se asemejan a un estudio llevado a cabo por Hernández-Cortaza et al. (2018) en adolescentes del mismo rango de edad en una institución educativa de una zona rural en México, donde identificaron que el 40,1% de los participantes presentaron depresión mínima mientras que un 59,9% presentaron algún nivel de depresión clínica, pese a que los participantes de dicho estudio pertenecían a una zona rural, la mayoría no eran indígenas, ni tenían a sus padres emigrados como se consideró en la presente investigación, sin embargo los resultados son similares. Esto se corrobora con lo planteado por la OMS (2021a) que la depresión es una enfermedad mental multifactorial que puede afectar a cualquier persona, sin importar la edad, cultura, estatus socioeconómico o nivel educativo, aunque estos factores si pueden aumentar la vulnerabilidad.

Otro estudio llevado a cabo en Ecuador por Herrera y Rea (2021) que al analizar la relación entre la migración de los padres y los niveles de depresión en adolescentes mestizos e indígenas de la Institución Educativa “Chunchi” de Chimborazo, identificaron también que la depresión mínima es la que predominaba en un 49% de la muestra estudiada, seguido del nivel leve con un 39%, mientras que los niveles moderado y grave estaban presentes en un 12%. Estos resultados reflejan que el hecho de que prevalezcan los niveles de depresión mínimo y leve es un buen indicador de que los adolescentes de esta población a pesar de encontrarse en situaciones de vulnerabilidad debido a la ausencia de los padres, cuentan con estrategias y habilidades para hacerle frente al estrés o a las frustraciones de la vida cotidiana, además de que quizás también cuenten con buena capacidad de resiliencia y con adecuadas redes de apoyo que actúan como factores protectores importantes.

También es importante tomar en cuenta que un 23,2% de adolescentes presentan una depresión de moderado a grave, similar a estudios comparados anteriormente (Hernández-Cortaza et al. 2018; Herrera y Rea, 2021). Este grupo al encontrarse en situación de riesgo requerirán de un diagnóstico más específico y a la vez de un tratamiento oportuno y a tiempo para prevenir complicaciones más graves como el suicidio u otros problemas psicosociales. En este grupo, factores como la ausencia física de los padres, la desintegración familiar, los conflictos en las relaciones interpersonales, las escasas redes de apoyo, las dificultades en la regulación emocional, una deficiente forma de afrontar el estrés, entre otros, pudieron haber influido en el desarrollo de estos cuadros. Cabe recalcar que los resultados fueron arrojados por el instrumento utilizado (BDI II) y aplicado a una población no clínica, por lo que se deben tomar estos datos como base para una valoración diagnóstica más específica.

Con respecto al consumo de alcohol, en la presente investigación se encontró que el 47,6% de los adolescentes presentan un consumo de bajo riesgo, mientras que más de la mitad (52,4%) presenta un consumo entre riesgo, perjudicial y posible dependencia. Estos hallazgos se difieren a los encontrados en estudios llevados a cabo en Cuba por Del Toro Kondeff et al. (2018) y en México por Hernández-Cortaza et al. (2018), en los que la mayoría de adolescentes (cerca del 89%) presentaron un consumo de bajo riesgo. Esto puede deberse en parte por la diferencia cultural y por las propias características de la muestra estudiada, ya que la presente investigación se llevó a cabo en adolescentes de padres migrantes de una comunidad rural e indígena donde el consumo está arraigado culturalmente.

Otros estudios llevados a cabo en Ecuador como el de Llerena (2018) en adolescentes indígenas y mestizos de una institución educativa de Napo con el objetivo de determinar la relación entre depresión y consumo de alcohol, encontraron que el consumo de bajo riesgo y consumo de riesgo están presentes en un 87,2% y el consumo perjudicial y dependencia está en un 12,8%, similar a los resultados de la presente investigación en el que el consumo de bajo riesgo y de riesgo se presentan en un 81,4%. El estudio de Iñiguez (2021) llevado a cabo en adolescentes de un colegio de la ciudad de Loja también encontró datos similares. Teniendo en cuenta estos resultados, pese a que el consumo de bajo riesgo y consumo de riesgo son los más prevalentes es importante considerar que, al tratarse de adolescentes, cualquier nivel de consumo por mínimo que sea implica un riesgo, y entre ellos se destaca la mayor probabilidad de volverse dependientes alcohólicos a temprana edad.

De hecho, en la presente investigación y en los citados anteriormente (Llerena, 2018; Iñiguez, 2021), existe un considerable porcentaje de adolescentes que ya presentan un consumo perjudicial y casos de posible dependencia según las puntuaciones obtenidas en el AUDIT, que

al igual que la depresión requerirán de una evaluación diagnóstica específica y un tratamiento oportuno. Debido que son niveles que conllevan consecuencias perjudiciales tanto para la salud física como mental del que consume, así como otros problemas sociales, económicos, familiares y sanitarios que afectan al entorno y a la sociedad en general.

Con respecto a la relación entre la depresión y el consumo de alcohol, en el presente estudio se determinó que existe relación directa y significativa entre ambas problemáticas, pero en un nivel bajo ($p=0,021<0,05$; $r_s=0,255$). Este hallazgo se asemeja al estudio de Telumbre Terrero et al. (2017) llevado a cabo en adolescentes con características similares en la ciudad de México con el objetivo de determinar la relación entre los estados depresivos con el consumo de alcohol, en el que encontraron que existe relación positiva y significativa ($p=0,003<0,01$; $r_s=0,163$) pese a que en dicho estudio para recopilar la información sobre el consumo de alcohol utilizaron un instrumento distinto al de la presente investigación.

Llerena (2019) también en su estudio determinó que si existe una relación directa pero significativamente baja ($p=0,007<0,01$; $r=0,196$). Valarezo-Bravo et al. (2021) de igual manera encontraron una relación positiva entre los niveles de depresión y los niveles de riesgo asociados al consumo de alcohol ($p<0,01$; $r_s=0,18$). La relación directa significa que, a mayor nivel de depresión, mayor consumo de alcohol. No obstante, al ser baja la relación, indica que la depresión no es un factor determinante que influye directamente en el consumo, sino que existen otros factores que están influenciando y que en el presente estudio no se ha considerado. De hecho, en el análisis de relación que se realizó, se determinó que no todos aquellos que presentaban depresión de moderada a grave tenían un consumo perjudicial o dependencia, sino más bien mantenían un consumo entre bajo riesgo y de riesgo.

En relación a lo anterior, Marshall (2014) plantea que los adolescentes experimentan más efectos positivos del alcohol que los adultos, el cual les genera una falsa sensación de bienestar, por lo que algunos suelen recurrir al consumo como estrategia de afrontamiento desadaptativo para el alivio de síntomas depresivos, sin considerar que esta sustancia debido a sus propiedades depresoras puede inducir o empeorar a las mismas. Hussong et al. (2008) considera que la relación entre la depresión y el consumo de alcohol parece ser más fuerte en aquellos adolescentes con una mala regulación emocional y con escasas estrategias para afrontar los altos niveles de estrés al que se encuentran sometidos.

Además, aquellos que abusan o dependen del alcohol al enfrentarse a los conflictos familiares, académicos, laborales y sociales que surgen en efecto, puede desencadenar o agravar síntomas depresivos existentes (Retamal, 2020; Corea del Cid, 2021). Esta dinámica compleja o “círculo vicioso” que se forma se explica mejor desde una perspectiva cognitiva conductual,

que considera la estrecha relación que existe entre los pensamientos negativos o las creencias erróneas que se van instaurando en base a las experiencias entre el individuo y su entorno, con las emociones o sentimientos que surgen y las conductas que el individuo adopta frente a las mismas (Rosselló y Bernal, 2007; Beck et al., 2012).

Por otra parte, considerando que la mayoría de los adolescentes presentan depresión y consumo de alcohol en niveles mínimos y leves, se ha propuesto un programa preventivo enfocada en psicoeducación y fomento de estrategias para evitar la exacerbación, ya que la presencia de las mismas en esta población es una situación que debe ser atendida a tiempo por la vulnerabilidad que implica, tomando en cuenta que la presencia de estas problemáticas se asocia con peor calidad de vida, mayor comorbilidad, morbilidad y mortalidad, entre otras consecuencias sociales y de salud que interfieren en el normal desarrollo del adolescente (Perdiz Álvarez et al., 2017; Spear, 2018; OMS, 2021a; Corea del Cid, 2021).

Para finalizar, conviene señalar posibles sesgos que pudieron afectar en la veracidad de los resultados. En primer lugar, al ser un tema de investigación bastante sensible, algunos participantes posiblemente tendieron a negar la presencia de ciertos síntomas de depresión como de consumo de alcohol. En segundo lugar, la recopilación de los datos se llevó a cabo mediante visitas domiciliarias por lo que es posible que algunos se hayan sentido cohibidos. No obstante, considerando estos posibles sesgos existentes, la presente investigación aporta de manera significativa datos sobre la prevalencia de depresión y consumo de alcohol de una población que no ha sido investigada y sirve de base para que estudios posteriores se centren en determinar qué otros factores están contribuyendo en el desarrollo de los mismos.

Factores biológicos, psicológicos, sociales y familiares como eventos traumáticos en la infancia, situaciones vitales estresantes, la personalidad, dificultades en las relaciones interpersonales, conflictos en el ámbito familiar y académico, los hábitos pocos saludables, escasas redes de apoyo, las inadecuadas condiciones de vivienda, así como la neuroquímica cerebral, cambios hormonales, la genética y las actitudes personales y sociales, entre otros factores pueden estar influenciando en el inicio y en el desarrollo tanto de la depresión como del consumo de alcohol en esta población (Becoña y Cortes, 2011; Alonso et al., 2017; Ospina 2018; Tafet, 2018; Matteo-Guzmán et al., 2020; Valdez Melo, 2021).

8. Conclusiones

Se determinó mediante la correlación de Spearman que existe una relación estadística entre depresión y consumo de alcohol en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac, pero esta es significativamente baja. Por lo tanto, pese a que exista relación, se debe considerar que la presencia de la depresión en cualquier nivel no es un único factor determinante para que exista mayor o menor consumo de alcohol en esta población.

Se identificó a través del BDI II que todos los adolescentes presentan algún nivel de depresión, el nivel mínimo que hace referencia a los bajones emocionales normales y el nivel leve son los que prevalecen, aunque existe un porcentaje considerable de adolescentes que manifiestan depresión entre moderada y grave. Esto demuestra la incidencia de la depresión en esta población, por lo que es necesario ejecutar acciones de prevención.

Se identificó que el consumo de alcohol bajo riesgo, seguido por el consumo de riesgo son los niveles que predominan. No obstante, también hay casos de adolescentes que ya mantienen un consumo perjudicial y una posible dependencia. Situación que de continuar así puede acarrear graves consecuencias a futuro considerando la vulnerabilidad que implica el consumo de alcohol por mínimo que sea a una temprana edad.

Conforme a estos hallazgos, también se propuso un programa de prevención para la depresión y el consumo de alcohol dirigido a los adolescentes de esta población, el cual va encaminado a brindar estrategias aplicables y generalizables a sus contextos de desarrollo, con la finalidad de evitar que se exacerben los niveles mínimos y bajos que están presentes, ayudando a prevenir de esta manera trastornos mentales más graves.

9. Recomendaciones

Se recomienda que en la comunidad se lleve a cabo investigaciones considerando otros factores de riesgo que puedan estar influyendo en el desarrollo y mantenimiento de la depresión y consumo de alcohol de forma independiente. O bien considerar otras variables que pueden estar relacionadas con estas problemáticas como las conductas suicidas.

Se recomienda que algún profesional o estudiante de la salud mental en coordinación con los dirigentes de la comunidad ejecutó el programa de prevención propuesta en la presente investigación, con la finalidad de evitar que se agraven los niveles mínimos y leves de depresión, y consumo de bajo riesgo y de riesgo que están presentes.

Se recomienda a aquellos adolescentes que se les informó que presentan depresión de moderada a grave y un consumo perjudicial o posible dependencia, que busquen ayuda profesional para que un diagnóstico más específico y un tratamiento pertinente y oportuno, para de esta manera prevenir a futuro otras complicaciones más graves.

Se recomienda a los dirigentes solicitar que algún profesional de la salud mental lleve a cabo talleres dirigidos a todas las familias para concientizar sobre la importancia de los padres en el desarrollo psicológico, social y emocional de los hijos, debido a que emigran a países exteriores y dejan a una temprana edad, sin considerar las repercusiones.

10. Bibliografía

- Abdallah, C. G., Jackowski, A., Salas, R., Gupta, S., Sato, J. R., Mao, X., Coplan, J. D., Shungu, D. C., & Mathew, S. J. (2017). The Nucleus Accumbens and Ketamine Treatment in Major Depressive Disorder. *Neuropsychopharmacology*, 42, 1739–1746. <https://doi.org/10.1038/npp.2017.49>
- Aguirre, M. (2017). Impacto de la migración parental internacional en el estado nutricional de niños y niñas de 5 a 9 años de la unidad educativa Guapán, cantón Azogues, provincia del Cañar. *Killkana Salud y Bienestar*, 1(2), 13–20. https://doi.org/10.26871/killcana_salud.v1i2.69
- Ahumada-Cortez, J., Gámez-Medina, M., y Valdez-Montero, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de la salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13–24. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46154510001>
- Allen, B., y Water, H. (2019). *Etapas de la adolescencia*. [Healthychildren.org. https://bit.ly/3weZ290](https://bit.ly/3weZ290)
- Alonso-Castillo, M., Yañez-Lozano, Á. A., y Armendáriz-García, N. A. (2017). Funcionalidad Familiar y Consumo de Alcohol en Adolescentes de Secundaria. *Salud y drogas*, 17(1), 87-96. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83949782009>
- Amaro, V., Fernández, J., González, M., Zunino, C., Pascale, A., García, L., y Pérez, W. (2016). Consumo de alcohol en niños y adolescentes. Una mirada desde el tercer nivel de atención. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 87(Supl.1), S40-S47.
- Animus, A. (2011). *Dinámica de Afirmación; “Me voy de viaje”*. [Blogspot.com. https://bit.ly/3DGuPme](https://bit.ly/3DGuPme)
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Astudillo, P., y Quezada, C. (2021). Adaptación y propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck (BDI-II) en adolescentes ecuatorianos. *South Florida Journal of Development*, 2(5), 7271-7288. <https://doi.org/10.46932/sfjdv2n5-068>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M.G., y Organización Mundial de la Salud (2001). *AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria*. Generalitat Valenciana /OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331321>

- Barrera Garnica, C. X., y Saldaña Gómez, D. P. (2020). La migración: una mirada desde el estudiante de bachillerato. *Revista Arbitrada del Centro de Investigación y Estudios Gerenciales*, (43), 101-110.
- Barrera, Y. B. (2016). *Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en adolescentes mestizos e indígenas de la parroquia Urdaneta, del cantón Saraguro de la provincia de Loja*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio Digital UNL. <https://bit.ly/3TLNLXR>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (2012). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (20.^a ed.). Descleé de Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual BDI-II. Inventario de Depresión de Beck* (2.^a ed.). Pearson Educación, S.A.
- Beck, A. T., Wright, J. Newman, C.F., y Liese, B. (1999) *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Madrid-Paidós.
- Becoña, E., y Cortés Tomás, M. (Coord.). (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol.
- Bellorín Andrade, D. V., Castillo Manzanares, K. M., Vizcaya Gómez, G.A., y Solís Zúniga, F. (2019). Repercusiones de la migración de madres-padres en el desarrollo psicosocial de adolescentes en Estelí, Nicaragua. *Revista Científica de la FAREM-Estelí*, (28), 45–53. <https://doi.org/10.5377/farem.v0i28.7612>
- Bermeo, D., y Heras, E. (2017). *Sintomatología depresiva en los niños con padres migrantes de las escuelas de las zonas urbanas de Cuenca*. [Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Digital. <https://bit.ly/3HM8y7a>
- Cabrera, L. (2016). *Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en adolescentes mestizos e indígenas del cantón Saraguro, provincia de Loja*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio Digital UNL. <https://bit.ly/3B9yYgL>
- Carrasco, M y Del Barrio, M. (2004). *Guía de evaluación y tratamiento psicológicos en el contexto clínico*. Editores UNED.
- Clavijo, N. A., y Mancheno, S. S. (2017). *Prevalencia del consumo de alcohol en estudiantes de la Unidad Educativa Brethren* [Tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Digital UCE. <https://bit.ly/3x0vJYj>
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (17 de octubre de 2020). “*Hablemos de alcohol y depresión*” 15 de noviembre Día Nacional contra uso nocivo de bebidas alcohólicas. Gobierno de México. <https://bit.ly/3h888wt>

- Corea del Cid, M.T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(Supl.1), 46-52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- De la Cruz-Irineo, E., Reséndiz-Avenidaño, C. L., Chávez-González, L. L., Hernández-Castañón, M. A., Garza-González, B., y Zamora-Mendoza, A. (2016). Prevalencia y patrones de consumo de alcohol en adolescentes de secundaria en una comunidad rural. *Lux Médica*, 11(32), 15-20. <https://doi.org/10.33064/32lm2016732>
- De la Fuente, J., y Heinze, G. (2018). *Salud Mental y Medicina Psicológica* (3.ª ed.). Mc Graw Hill.
- De Pablos, M. (2018). *Depresión y consumo de alcohol en mujeres: comorbilidad, prevalencia y factores asociados*. [Tesis Doctoral, Universidad de Murcia]. Repositorio Institucional de la Universidad de Murcia. <https://bit.ly/3JN1log>
- Del Toro Kondeff, M., Gómez García, A. M. Luaces Caraballosa, D., y Sarria Castro, M. (2018). Patrones de consumo de alcohol en adolescentes. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 15(2). <http://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/52>
- Díaz, N., y Moral, M.de la V. (2018). Consumo de alcohol, conducta antisocial e impulsividad en adolescentes españoles. *Acta Colombiana De Psicología*, 21(2), 110-120. <https://doi.org/10.14718/acp.2018.21.2.6>
- Domínguez, V. (2019). *Técnica de autoestima: el árbol de los logros*. RED CENIT. <https://bit.ly/3hmRmx5>
- Ellis, A. (1991). The ABC's of RET. *The Humanist*, 51(1),19-49.
- Estrada-Durand, P., y Salinas-Salas, C. (2019). Consumo de alcohol como factor asociado a la depresión en estudiantes de medicina humana varones de la Universidad Ricardo Palma del año 2018. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 19(1), 112-120. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v19.n1.1801>
- Facilitario (2016). El/la Cartero/a. Facilita.io.com. <https://bit.ly/3WBeFmR>
- Feder, D. F. (2018). *Resiliencia. Cómo la mente supera las adversidades*. Bonallettera Alcompas, S. L.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2020). *¿Qué es la adolescencia?* UNICEF. <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2021). *Resumen regional: América Latina y Caribe. Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la Infancia*. <https://uni.cf/3B48EER>
- Franca-Tarrangó (1996). *Ética para psicólogos. Introducción a la Psicoética* (6.ª ed). Desclée De Brouwer.

- García Barba, M., Giménez García, C., Castro Calvo, J., Nebot García, J., y Ballester Arnal, R. (2018). ¿Existe relación entre el consumo de alcohol de los padres y el de los adolescentes? *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 229-239. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349856003025>
- García Cruz, R., Valencia Ortiz, A., Hernández Martínez, A., y Rocha Sánchez, T. (2017). Pensamiento rumiativo y depresión entre estudiantes universitarios: repensando el impacto del género. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(3), 406-416. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28455448011>
- García-Carretero, M., Moreno-Hierro, L., Robles-Martínez, M., Jordán-Quintero, M., Morales-García, N., y O'Ferrall-González, C. (2019). Patrones de Consumo de Alcohol en Estudiantes Universitarios de Ciencias de Salud. *Enfermería Clínica*, 29(5), 291-296. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.01.003>
- Gonzálvez, M. T., Espada, J. P., Guillón, A., Secades, R., y Orgilés, M. (2016). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. *Adicciones Revista Versión Online*, 28(2). <https://bit.ly/3pHImnj>
- Gracia, L. (2014). *La técnica del semáforo*. Espacio mente y salud. <https://bit.ly/3DPTPHU>
- Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t).
- Hernández-Cortaza, B. A., Cortaza-Ramírez, L., y Blanco-Enríquez, F. E. (2018). Depresión y consumo de alcohol en estudiantes de una zona rural del Sur de Veracruz. *Revista de Investigaciones Sociales*, 4(14), 1-8.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2018). *Metodología de la investigación* (Vol. 4). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Herrera, L., y Rea, G. (2021). La migración y la depresión en los estudiantes de la institución educativa “Chunchi” de la provincia de Chimborazo, cantón Chunchi. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Chimborazo]. Repositorio Digital UNACH. <https://bit.ly/3pOymbP>
- Hussong, A., Gould, L., & Hersh, M. (2008). Conduct problems moderate self-medication and mood-related drinking consequences in adolescents, *J Stud Alcohol Drugs*, 69, 296-307.
- Iñiguez, D. A. (2022). *Depresión y consumo de drogas legales en los estudiantes de la Unidad Educativa Marieta de Veintimilla, ciudad de Loja, periodo 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio Digital UNL. <https://bit.ly/3QUnmF3>

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. INEC/ENSANUT. <https://bit.ly/3owkbru>
- Isern, S y Carretero, M. (2016). *El emociómetro del inspector Drilo*. NubeOcho Ediciones.
- Jadán López, C. (2017). *Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio Digital UNL. <https://bit.ly/3p7eUHa>
- Jaramillo, M. (2019). *Experiencias de vida de niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos de 10 a 17 años de edad con trastorno de depresión y ansiedad de la Fundación "Chamos Venezolanos". Quito 2019*. [Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCE. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16831>
- Juergens, J. (15 de junio de 2022). *Alcoholism Causes And Risk Factors*. Addiction Center. <https://www.addictioncenter.com/alcohol/alcoholism-causes-risk-factors/>
- Llerena Carvajal, G. M. (2019). *Relación de la depresión y consumo de alcohol en estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Palora (UEP)* [Tesis de grado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Digital UCE. <https://bit.ly/3Ly4pFN>
- López Molina, A. (18 de febrero de 2020). ¿Cómo actúa un neurótico o neurótica? ElHuffPost. <https://bit.ly/3qoxH1a>
- Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J., y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. Editorial Médica Panamericana.
- Losada, N., Quezada, L., y Vargas, L. (2018). Consumo de alcohol en estudiantes de la Universidad de la Amazonia. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(2), 219-232. <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.2869>
- Luque, Z. (2020). 5 Ejercicios de respiración diafragmática - paso a paso. *psicologia-online.com*. <https://bit.ly/3UDuYxw>
- Marchena, E., Hervías, F., Galo, C., y Rapp, C. (2018). *Organiza tu tiempo de forma eficaz*. Departamento de Psicología. Universidad de Cádiz.
- Marmet, S., Studer, J., Lemoine, M., Grazioli, V., Bertholet, N., y Gmel, G. (2019). Reconsidering the associations between self-reported alcohol use disorder and mental health problems in the light of co-occurring addictions in young Swiss men. *PubMed*, 14(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222806>
- Marshall, E. J. (2014). Adolescent Alcohol Use: Risks and Consequences. *Alcohol and Alcoholism*, 49(2). <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt180>

- Matteo-Guzmán, N., y Martínez-Pernía, D. (2020). Una aproximación fenomenológica a la experiencia de recaída en el consumo de alcohol en personas con síntomas disociativos y experiencias traumáticas. *Límite (Arica)*, 15(7). <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-50652020000100207>
- McHugh, R.K, & Weiss, R. D. (2019). Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Res*, 40(1): arcr.v40.1.01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01>
- Ministerio de Sanidad. (2 de Julio de 2020). *Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida*. Madrid. <https://n9.cl/xodyc>
- Navarrete, B. R., y Secín, R. (2018). Generalidades del trastorno por consumo de alcohol. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(1), 47-53. <http://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v16n1/1870-7203-amga-16-01-47.pdf>
- Ocaña, J., García, G., Cruz, O., y Pérez, C. (2020). Actitudes hacia el consumo de alcohol en adolescentes chiapanecos. *Enseñanza e Investigación en Psicología. Revista CNEIP*, 2(1), 84-96. <https://bit.ly/37hzhLC>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (13 de septiembre de 2021^a). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (17 de noviembre de 2021b). *Salud mental del adolescente*. <https://bit.ly/3p7HzM5>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (21 de Septiembre de 2018). *Alcohol*. OMS. Recuperado el 19 de febrero de 2022 de <https://bit.ly/3Mj72w4>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). *Depresión*. <https://bit.ly/3BZwBxF>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021). *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020*. <https://bit.ly/3qiJqxR>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen*. OPS/NMH/19-012. <https://bit.ly/3BIchAs>
- Ortuño Sánchez, F. (Dir.). (2013). *Lecciones de Psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana.
- Ospina, A. (2018). *Entendiendo la Depresión: una revisión de los aspectos más importantes (más allá del concepto, los síntomas, las causas y su tratamiento)*. [Tesis de Master, Instituto Superior de Estudios Psicológicos]. Campus Virtual. <https://bit.ly/3w0yKbp>

- Paredes, J. A. (2016). *Influencia de la familia monoparental en el consumo de alcohol en escolares adolescentes de institución educativa. "Francisco Lizarzaburu". El Porvenir 2016* [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Digital UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/582>
- Pedrelli, P., Shapero, B., Archibald, A., & Dale, C. (2016). Alcohol use and depression during adolescence and young adulthood: a summary and interpretation of mixed findings. *Curr Addict Rep*, 3(1), 91-97. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0084-0>
- Perdiz Álvarez, C., Sueiro Domínguez, E., y Lopez Castedo, A. (2017). Consumo de alcohol. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación* (14), 220-224. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2932>
- Pérez, N., y Navarro, I. (Coord.) (2012). *Psicología del Desarrollo Humano. Del nacimiento a la vejez*. Editorial Club Universitario.
- Pérez, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de Facultad de Medicina*, 60(5), 7-16.
- Pérez-Esparza, R., Kobayashi-Romero, L., García-Mendoza, A., Lamas-Aguilar, R., Vargas-Sosa, M., Encarnación-Martínez, M., González-Manríquez, L., Eternod-Rodríguez, S., Maltos-Gómez, F., Vargas-Valencia, K., y Fonseca-Perezamador, A. (2020). Ketamina, un nuevo agente terapéutico para la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 63(1), 6-13. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.1.02>
- Pérez-Padilla, E., Cervantes-Ramírez, V., Hijuelos-García, N., Pineda-Cortes, J., y Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Pillcorema Ludizaca, J. (2019). *Depresión y sus determinantes sociales en adolescentes del bachillerato de los colegios de la parroquia Cañar. Ecuador 2017-2018*. [Tesis de Posgrado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32268>
- Retamal, P. (2020). *Enfermedad Depresiva: Guía para el paciente y la familia* (2ª ed.). Mediterráneo.
- Rey, J. M, Bella-Awusah, T.T., y Jing, L. (2015). Depresión en niños y adolescentes (Prieto-Tagle, M.F, Trad.). En J.M. Rey. (ed.). *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines. <https://bit.ly/3JymyT6>
- Rial Boubeta, A., Ferreiro, S., Araujo, M., Braña, T., y Varela, J. (2017). Validación del "Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol" (AUDIT) en población

- adolescente española. *Psicología Conductual*, 25(2), 371-368.
<https://www.researchgate.net/publication/320415980>
- Rivadeneira-Díaz, Y., Cajas-Siguencia, T., Viejó-Mora, I., y Quinto-Saritama, E. (2020). Adicciones a Sustancias y Comportamentales en la Ciudad de Loja. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 4(6), 20-29. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol4iss6.2020pp20-29p>
- Rodríguez, E., y Plaza, A. (2018). *Manual de enfermería en adicciones a sustancias y patología dual*. Díaz de Santos. <https://n9.cl/28zo3>
- Rosselló, J. y Bernal, G. (2007). Manual de tratamiento para la terapia cognitiva-conductual de la depresión. Instituto de Investigación Psicológica.
- Rovira, I. (2017). *Gestión del tiempo: 13 consejos aprovechar las horas del día*. Psicologiaymente.com. <https://psicologiaymente.com/psicologia/gestion-del-tiempo>
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., y Ruiz, P (2015). *Sinopsis de psiquiatría* (11.ª ed.). Wolters Kluwer.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., y Ruiz, P (2018). *Manual de Psiquiatría Clínica* (4.ª ed.). Wolters Kluwer.
- Samaniego-Namicela, L. M., Samaniego-Namicela, E. G., Samaniego-Namicela, N. G., y Samaniego-Namicela, L. G. (2019). La depresión en personas que asisten a la Comunidad de Alcohólicos Anónimos. *Revista Cuatrimestral "Conecta Libertad"*, 3(3), 22-34.
- Sanz, E. (2022). *La técnica del sándwich*. La Mente es Maravillosa. <https://bit.ly/2QOecuc>
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., y García Vera, M. (2014). Criterios y Baremos para Interpretar El "Inventario De Depresión De Beck – II" (BDI-II). *Behavioral Psychology*, 22(1), 37-59.
- Sifuentes-Castro, J., Lopez-Cisneros, M., Guzmán-Facundo, F., Telumbre-Terrero, J., y Noh-Moo, P. (2021). Rasgos de personalidad y consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Sanus*, 1(6), 194. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi1.194>
- Spear, L. (2018). Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 19, 197–214. <https://doi.org/10.1038/nrn.2018.10>
- Tafet, G. (2018). *Ansiedad y Depresión*. Bonal letra Alcompas, S. L.
- Telumbre Terrero, J.Y., López Cisneros, M. A., Esparza Almanza, S. E., y Guzman Facundo, F. R. (2017). Estados depresivos y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria en Ciudad del Carmen Campeche, México. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud UDES*, 4(2), 19-84. <http://dx.doi.org/10.20320/rfcsudes.v4i2.203>

- Torres, A. (2017). *Los 3 estilos de comunicación, y cómo reconocerlos*. Psicologiaymente.com. <https://psicologiaymente.com/social/estilos-comunicacion>
- Tuapante, M. y Clavijo, M (2016). *La depresión como efecto de la migración parental en los adolescentes*. [Tesis de grado, Universidad del Azuay]. Repositorio Institucional. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/6157>
- Valarezo-Bravo, O. F., Erazo-Castro, R. F., y Muñoz-Vinces, Z. M. (2021). Síntomas de ansiedad y depresión asociados a los niveles de riesgo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la ciudad de Loja, Ecuador. *Salud y Adicciones / Salud y Drogas*, 21(1), 279-293. <http://dx.doi.org/10.21134/haaj.v21i1.584>
- Valdez Melo, Z., Pérez Olmedo, Y., Lavoignet, B., Cruz Núñez, F., y Hernández Landaverde, C. (2022). Acontecimientos vitales estresantes en mujeres trabajadoras de un mercado del estado de Veracruz, México. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 11(1). <https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.1.2021.6536>
- Valenzuela, C. (2017). “Validación de la versión ecuatoriana del Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)” [Tesis de grado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Digital. <https://bit.ly/3NWwGHM>
- Weissman, M. J., Markowitz, J.C. y Klerman, G. L. (2014). *Manual de psicoterapia interpersonal*. Editorial Grupo 5.
- Zarate, D. (2022). *Matriz de Eisenhower: que es, cómo usarla y ejemplos*. Hubspot.es. <https://blog.hubspot.es/sales/matriz-eisenhower>
- Zarragoitía Alonso, I. (2011). *Depresión. Generalidades y Particularidades*. Editorial Ciencias Médicas.
- Zhang, X., Huang, R., Ho, S. Y., Lo, W. S., Lam, T. H., y Wang, M. P. (2021). Alcohol drinking, especially light drinking, and depressive symptoms in adolescents. *Drug Alcohol Depend*, 227. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108932>

11. Anexos

Anexo 1. Asentimiento informado para el participante



Universidad Nacional De Loja
Facultad de Salud Humana
Carrera de Psicología Clínica



ASENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Reciba un cordial saludo de parte de **Janeth Isabel Morocho Saca**, estudiante de décimo ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja. Actualmente me encuentro ejecutando el proyecto de investigación titulado: “Depresión y consumo de alcohol en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac, periodo 2022” que tiene como objetivo determinar la relación entre la depresión y el consumo de alcohol. Razón por el cual ha sido invitado(a) a ser partícipe en el estudio y es fundamental que tome en consideración la siguiente información antes de aceptar o negar su participación:

La participación en el presente estudio es estrictamente voluntaria. Usted no tiene por qué formar parte del mismo si no desea hacerlo, puede elegir participar o no, puede cambiar de idea más tarde y abandonar en cualquier momento sin que esto implique algún riesgo. Si usted acepta libre y voluntariamente participar, se solicitará completar de manera individual una ficha sociodemográfica y dos reactivos psicológicos: el BDI-II y el AUDIT, que no le tomarán más de 15 a 20 minutos en dar contestación a las mismas.

Para el respectivo análisis de los resultados y posterior elaboración del informe, las respuestas serán subidas en un programa bajo un número de identificación para salvaguardar su identidad, toda la información que brinde será eminentemente confidencial. El desarrollo del presente estudio es de carácter meramente académico, por ello no se utilizará para ningún otro propósito fuera de la misma. Ante algún inconveniente antes, durante o posterior al proceso puede consultar a la investigadora (N° de celular: 0998713591)

Una vez leída y aclarada toda la información plasmada en el presente documento, si está de acuerdo y desea libre y voluntariamente participar en la investigación, por favor complete la siguiente información: (Yo)....., con C.I
acepto voluntariamente participar en la presente investigación, con el consentimiento de que la información que brinde será con fines estrictamente académicos y bajo los principios éticos de confidencialidad, beneficencia y autodeterminación.

En constancia firma:

F:

Anexo 2. Consentimiento informado para el representante.



**Universidad Nacional De Loja
Facultad De Salud Humana
Carrera De Psicología Clínica**



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE

Reciba un cordial saludo de parte de **Janeth Isabel Morocho Saca**, estudiante de décimo ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja. Actualmente me encuentro ejecutando el proyecto de investigación titulado: “Depresión y consumo de alcohol en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac, periodo 2022” que tiene como objetivo determinar la relación entre la depresión y consumo de alcohol. Para lo cual su representado ha sido invitado(a) a ser partícipe y es importante que tome en cuenta la siguiente información antes de brindar o negar su autorización:

El desarrollo de la presente investigación es de carácter meramente académico que se lleva a cabo como parte del desarrollo de trabajo de titulación, por lo tanto, la participación y la información que brinde su representado no se utilizará para ningún otro propósito fuera de la misma. Asimismo, la participación es estrictamente voluntaria, toda la información que su representado brinde será eminentemente confidencial y manejada bajo un número de identificación para salvaguardar su identidad. Los resultados serán subidos en un programa para su respectivo análisis y posterior elaboración del informe por parte de la investigadora.

Si usted autoriza la participación de su representado, se solicitará al mismo de manera individual completar una ficha sociodemográfica y dos reactivos psicológicos: el BDI-II y el AUDIT que no le tomará más de 15 a 20 minutos en dar contestación. En caso de estar en desacuerdo puede rechazar sin que esto represente algún riesgo para usted o su representado. Asimismo, ante cualquier duda puede consultar a la investigadora (Nº celular: 0998713591) Una vez leída y aclarada toda información, si está de acuerdo y desea libre y voluntariamente autorizar la participación de su representado, por favor complete la siguiente información: (Yo), con C.I, autorizo que la investigadora realice en mi representado, la aplicación de test psicológicos y ficha sociodemográfica bajo el consentimiento de que toda la información será estrictamente con fines académicos y manejada bajo los principios éticos de confidencialidad, beneficencia y autodeterminación.

En constancia firma:

F:

Anexo 3. Ficha Sociodemográfica



Universidad Nacional De Loja
 Facultad De Salud Humana
 Carrera De Psicología Clínica



FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

A continuación, encontrará unas preguntas que permitirá recopilar ciertos datos acerca de usted. Por favor, tómese su tiempo en responder de manera sincera y objetiva cada una de las mismas. Marque con una X en la casilla que corresponda a su condición. De antemano se le agradece por su participación.

ID:

Nombre:

Actualmente tiene un diagnóstico de algún trastorno mental y/o está recibiendo algún tratamiento psicológico:

- Sí () *Deténgase y no complete la ficha.*
- No () *Continúe con las siguientes preguntas*

Sexo:

- Mujer ()
- Hombre ()

Edad:

- 15 años () 16 años () 17 años ()
- 18 años () 19 años ()

Estado civil:

- Soltero ()
- Casado ()
- Unión libre ()

Ocupación:

- Estudiante ()
- Jornalero ()
- **Otro:** _____

¿Quién de sus padres es migrante?

- Padre ()
- Madre ()
- Ambos ()

¿Quién es su representante?:

- Padre ()
- Madre ()
- Abuela/o ()
- Tíos/as ()

Lugar de residencia: _____

Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)



Universidad Nacional De Loja
Facultad De Salud Humana
Carrera De Psicología Clínica



N° de identificación: _____ Fecha de aplicación: _____

BDI-II

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

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

6. Sentimiento de Castigo

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

7. Disconformidad con uno mismo

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

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.

- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento haciendo algo.

12. Pérdida de interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de energía

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

16. Cambios en los hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a Mi apetito es mucho menor que antes.

2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3a No tengo apetito en absoluto.

3b Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

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

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

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

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

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

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Nivel de depresión: _____

Anexo 5. Test de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT)



Universidad Nacional De Loja
Facultad De Salud Humana
Carrera De Psicología Clínica



N° de identificación: _____ Fecha de aplicación: _____

AUDIT

Instrucciones: Lea las preguntas tal como están escritas. **Registre** las respuestas con cuidado. Empiece el AUDIT diciendo «*Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año*». **Explique** qué entiende por «*bebidas alcohólicas*» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, trago, punta, etc. **Codifique** las respuestas en términos de consumiciones («*bebidas estándar*»). **Marque** la cifra de la respuesta proporcionada en el recuadro de la derecha.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- 0 Nunca (*Pase a las preguntas 9-10*).
- 1 Una o menos veces al mes
- 2 De 2 a 4 veces al mes
- 3 De 2 a 3 veces a la semana
- 4 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

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

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

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

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

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

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

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

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

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

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido sentimientos de culpa o remordimientos después de haber bebido?

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

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

- 0 Nunca

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

9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?

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

















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

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

Puntuación total

Nivel de consumo de alcohol: _____

Anexo 6. Cartilla de unidades de bebida estándar

CARTILLA DE UNIDADES DE BEBIDA ESTÁNDAR						
CERVEZA						
						
Lata de cerveza pequeña	Lata de cerveza grande	Cada botella de cerveza pequeña	Cada botella de cerveza grande	Vaso de cerveza artesanal pequeño	Vaso de cerveza artesanal mediano	Vaso de cerveza artesanal grande
355cm ³ = 355ml	473cm ³ = 473ml	330cm ³ = 330ml	660cm ³ = 660ml	300cm ³ = 300ml	500cm ³ = 500ml	1000cm ³ = 1000ml
1 bebida estándar	1 ½ bebidas estándar	1 bebida estándar	2 bebidas estándar	1 bebida estándar	2 bebidas estándar	4 bebidas estándar
VINO						
						
Copa de vino	Cartón de vino	Botella de vino				
100cm ³ = 100ml	1000cm ³ = 1000ml	750cm ³ = 750ml				
1 bebida estándar	5 bebidas estándar	7 ½ bebidas estándar				
LICOR						
						
Vaso pequeño de licor puro	Vaso pequeño de licor mezclado suave	Vaso grande de licor mezclado fuerte	Botella de licor pequeña - "media"	Botella de licor grande - "entera"	Botella de puro - puntas - "guanchaca"	
40cm ³ = 40ml	40cm ³ de licor más bebidas sin alcohol	80cm ³ de licor más bebidas sin alcohol	375cm ³ = 375ml	750cm ³ = 750ml	500cm ³ = 500ml	
1 bebida estándar	1 bebida estándar	2 bebidas estándar	8 - 10 bebidas estándar	16 - 20 bebidas estándar	15 ½ bebidas estándar	

Elaborado por: Valenzuela (2017).

Anexo 7. Oficio de pertinencia, estructura y coherencia.



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. -162- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 14 de abril de 2022

Señorita.
Janeth Isabel Morocho Saca
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente me permito hacer conocer que se adjunta la respuesta del informe de **ESTRUCTURA Y COHERENCIA** del Proyecto de Tesis denominado: **“DEPRESIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE PADRES MIGRANTES DE LA COMUNIDAD DE OÑACAPAC, PERIODO 2022”**, de su autoría; el mismo fue emitido por la Dra. Ana Puertas Azanza Mgs. docente responsable.

Particular que comunico a usted para los fines correspondientes.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA**

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

C/c. Expediente Estudiantil
Archivo

Loja, 13 de abril del 2022

DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

De mi consideración.

Por medio de la presente reciba un saludo cordial, en respuesta al oficio N° 158 C.PS.CL-FSH-UNL de fecha 13 de abril del presente, en el cual se solicita se emita el informe de pertinencia del proyecto titulado **"DEPRESIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE PADRES MIGRANTES DE LA COMUNIDAD DE OÑACAPAC, PERIODO 2022"**, de autoría de la **Srta. Janeth Isabel Morocho Saca**, debo manifestar que me reunido con la estudiante; una vez revisado el trabajo y analizar la estructura y coherencia, me permito **dar pertinencia al presente proyecto.**

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente;

 Firmado electrónicamente por:
ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA

Dra. Ana Catalina Puertas A.

DOCENTE DE LA FACULTAD DE SALUD HUMANA

Anexo 8. Designación de directora de tesis.



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. -328- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 20 de junio del 2022

Doctora

Ana Puertas Azanza. Mgs

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL

Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el “Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009”, una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que está dirección, la ha designado Directora de Tesis del Proyecto adjunto, denominado: **“DEPRESIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE PADRES MIGRANTES DE LA COMUNIDAD DE OÑACAPAC, PERIODO 2022”**, autoría de la Srta. Janeth Isabel Morocho Saca, con C.I 1104825698, estudiante del X ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle mi agradecimiento.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA**

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL**

C/c. Janeth Isabel Morocho Saca.
Expediente estudiantil
Archivo

Anexo 9. Oficio de autorización para la ejecución del proyecto



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. - C.PS.CL- FSH-UNL

Loja, 26 de abril de 2022

Señor,

Miguel Ángel Hueledel Japa
PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD DE OÑACAPAC

De mi consideración:

Por medio del presente reciba un cordial y atento saludo, de quienes conformamos la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

El motivo del presente tiene como finalidad solicitarle muy comedidamente se permita realizar una investigación con el tema "Depresión y consumo de alcohol en adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac, periodo 2022", de la autoría de la señorita **Janeth Isabel Morocho Saca** con número de cédula **1104825698**, estudiante del Décimo Ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, el cual lo llevará a cabo a disposición de cada uno de los participantes, con un previo consentimiento por parte de los mismos y de sus representantes a cargo para la aplicación de los respectivos instrumentos de recolección de datos que se utilizarán en la investigación.

Aprovecho la ocasión para expresarle a usted mis sentimientos de consideración



ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA

Dra. Ana Puertas Azanza, Mgs. Sc.
GESTORA DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL

1103560324



Autorizado

Bace de datos: coordinar con secretario

cc.
SECRETARIA ABOGADA FSH-UNL
Archivo
APA/tsc

Anexo 10. Convocatoria para la socialización de proyecto y charla informativa



CABILDO DE LA COMUNIDAD DE OÑACAPAC
Acuerdo Ministerial N.º 466 de 1990 emitido por el MAGAP
Oñacpac – Saraguro – Loja - Ecuador

CONVOCATORIA

Reciba un cordial saludo a nombre de la directiva de cabildo de la comunidad de Oñacpac, el motivo del presente documento es para convocarle a usted Sra./Sr..... y a su representado, la Srta./Joven a ser partícipes de una **reunión de socialización de un proyecto de investigación y de una charla informativa sobre temas de “Depresión” y “Consumo de alcohol”** que será brindada por la Srta. Janeth Isabel Morocho Saca, habitante de la comunidad y estudiante de la Universidad Nacional de Loja, mismos que se llevarán a cabo en la casa comunal el día a las horas.

Puntos a tratar:

1. Saludo y Bienvenida
2. Socialización del proyecto
3. Charla informativa
4. Firma de consentimientos
5. Ficha sociodemográfica
6. Asuntos varios.
7. Agradecimiento y finalización.

Da antemano se agradece su participación y se ruega puntual asistencia.

Atentamente.

F: 

Miguel Hueledel

CI: 1103560924.....

Presidente de la comunidad

F: 

Luis González

CI: 1104422138.....

Secretario de la comunidad

F: 

Janeth Morocho

CI: 1104825698.....

Investigadora



Anexo 11. Resultados complementarios

En las tablas 7 y 8 se puede evidenciar el valor Alfa de Cronbach obtenido del análisis de fiabilidad de cada uno de los reactivos psicológicos:

Tabla 7

Estadística de fiabilidad del BDI II

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,899	21

Fuente: BDI-II aplicados a adolescentes de la comunidad de Oñacapac.

Elaborado por: Janeth Isabel Morocho Saca.

Tabla 8

Estadística de fiabilidad del AUDIT

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,891	10

Fuente: AUDIT aplicados a adolescentes de la comunidad de Oñacapac.

Elaborado por: Janeth Isabel Morocho Saca.

En la tabla 9 se muestra la prueba de normalidad de los datos obtenidos a través de la aplicación de los reactivos psicológicos:

Tabla 9

Prueba de normalidad

	Kolmogorov- Smirnov		
	Estadístico	Gl	Sig.
Niveles de depresión	0,251	82	0,000
Niveles de consumo de alcohol	0,290	82	0,000

Nota: Sig. < 0,05 (No tiene distribución normal → Pruebas no paramétricas).

Fuente: Prueba de normalidad de los datos de la muestra-SPSS 22

Elaborado por: Janeth Isabel Morocho Saca.

En las tablas 10 y 11 se muestran una tabulación cruzada entre niveles de depresión y niveles de consumo de alcohol con el género de los participantes:

Tabla 10

Niveles de depresión y género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Niveles de Depresión	Depresión Mínima	f	19	34
		%	23,2 %	41,5 %
	Depresión Leve	f	13	29
		%	15,9 %	35,4 %
	Depresión Moderada	f	6	15
		%	7,3 %	18,3 %
	Depresión Grave	f	1	4
		%	1,2 %	4,9 %
	Total	f	39	82
		%	47,6 %	100 %

Fuente: Datos tomados del BDI-II y ficha sociodemográfica, aplicados a los adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac. **Elaborado por:** Janeth Isabel Morocho Saca.

Análisis e interpretación

Del 41,5% de adolescentes que presentan depresión mínima, el 23,2% son hombres y el 18,3% son mujeres. De los 35,4% que tienen depresión leve, el 19,5% son mujeres y el 15,9% son hombres. De los 18,3% que tienen depresión moderada, el 11 % son mujeres y el 7,3% son hombres. De los 4,9% que tienen depresión grave, el 3,7% son mujeres y el 1,2% son hombres. Lo que indican que la depresión en sus distintos niveles prevalece más en las mujeres que en los hombres, aunque no es tan significativa la diferencia entre ambos géneros.

Tabla 11

Consumo de alcohol y género

		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Consumo de alcohol	Consumo de Bajo riesgo	f	10	39
		%	12,2 %	47,6 %
	Consumo de Riesgo	f	15	28
		%	18,3 %	34,1 %
	Consumo Perjudicial	f	12	13
		%	14,6 %	15,9 %
	Posible Dependencia	f	2	2
		%	2,4 %	2,4 %
	Total	f	39	82
		%	47,6 %	100 %

Fuente: Datos tomados del AUDIT y ficha sociodemográfica, aplicados a los adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac. **Elaborado por:** Janeth Isabel Morocho Saca.

Análisis e interpretación

Del 47,6% de adolescentes que presentan un consumo de bajo riesgo, el 35,4% son mujeres y el 12,2% son hombres. De los 34,1% que presentan un consumo de riesgo, el 18,3% son hombres y el 15,9% son mujeres. Del 15,9% que tienen un consumo prejudicial, el 14,6% son hombres y el 1,2% son mujeres. Y el 2,4% que tienen una posible dependencia, son hombres. Estos resultados indican que el consumo de alcohol en sus distintos niveles prevalece más en los hombres que en las mujeres.

En la tabla 12 y 13 se muestra una tabulación cruzada entre los niveles de depresión y niveles de consumo de alcohol con el padre emigrado.

Tabla 12

Niveles de depresión y el progenitor emigrado

		Padres migrantes			Total	
		Padre	Madre	Ambos padres		
Niveles de Depresión	Depresión Mínima	f	12	5	17	34
		%	14,6 %	6,1 %	20,7%	41,5 %
	Depresión Leve	f	9	1	19	29
		%	11 %	1,2 %	23,2 %	35,4 %
	Depresión Moderada	f	4	4	7	15
		%	4,9 %	4,9 %	8,5 %	18,3 %
	Depresión Grave	f	0	0	4	4
		%	0 %	0 %	4,9 %	4,9 %
	Total	f	25	10	47	82
		%	30,5 %	12,2 %	57,3 %	100 %

Fuente: Datos tomados del BDI-II y ficha sociodemográfica, aplicados a los adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac.

Elaborado por: Janeth Isabel Morocho Saca

Análisis e interpretación

Del 41,5% de adolescentes que presentan depresión mínima, el 20,7% tiene a ambos padres emigrados, el 14,6% solo al padre y el 6,1% solo a la madre. De los 35,4% que presentan depresión leve, el 23,2% tienen a ambos padres emigrados, el 11% solo al papá y el 1,2% solo a mamá. De los 18,3% que presenta depresión moderada, el 8,5% tienen a ambos padres emigrados y el 4,9 % solo al padre y solo a la madre. Los 4,9% que presentan depresión grave tienen a ambos padres emigrados. Estos resultados indican que en la muestra estudiada la ausencia física de ambos progenitores está influenciando en la presencia de la depresión en sus distintos niveles.

Tabla 13

Niveles de consumo de alcohol y el progenitor emigrado

		Padres Migrantes			Total		
		Padre	Madre	Ambos padres			
Consumo de alcohol	Consumo de Bajo riesgo	f	18	5	16	39	
		%	22 %	6,1 %	19,5 %	47,6 %	
	Consumo de Riesgo	f	5	2	21	28	
		%	6,1 %	2,4 %	25,6 %	34,1 %	
	Consumo Perjudicial	f	2	3	8	13	
		%	2,4 %	3,7 %	9,8 %	15,9 %	
	Posible Dependencia	f	0	0	2	2	
		%	0 %	0%	2,4%	2,4 %	
	Total		f	25	10	47	82
			%	30,5 %	12,2 %	57,3 %	100 %

Fuente: Datos tomados del AUDIT y ficha sociodemográfica, aplicados a los adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac.

Elaborado por: Janeth Isabel Morocho Saca

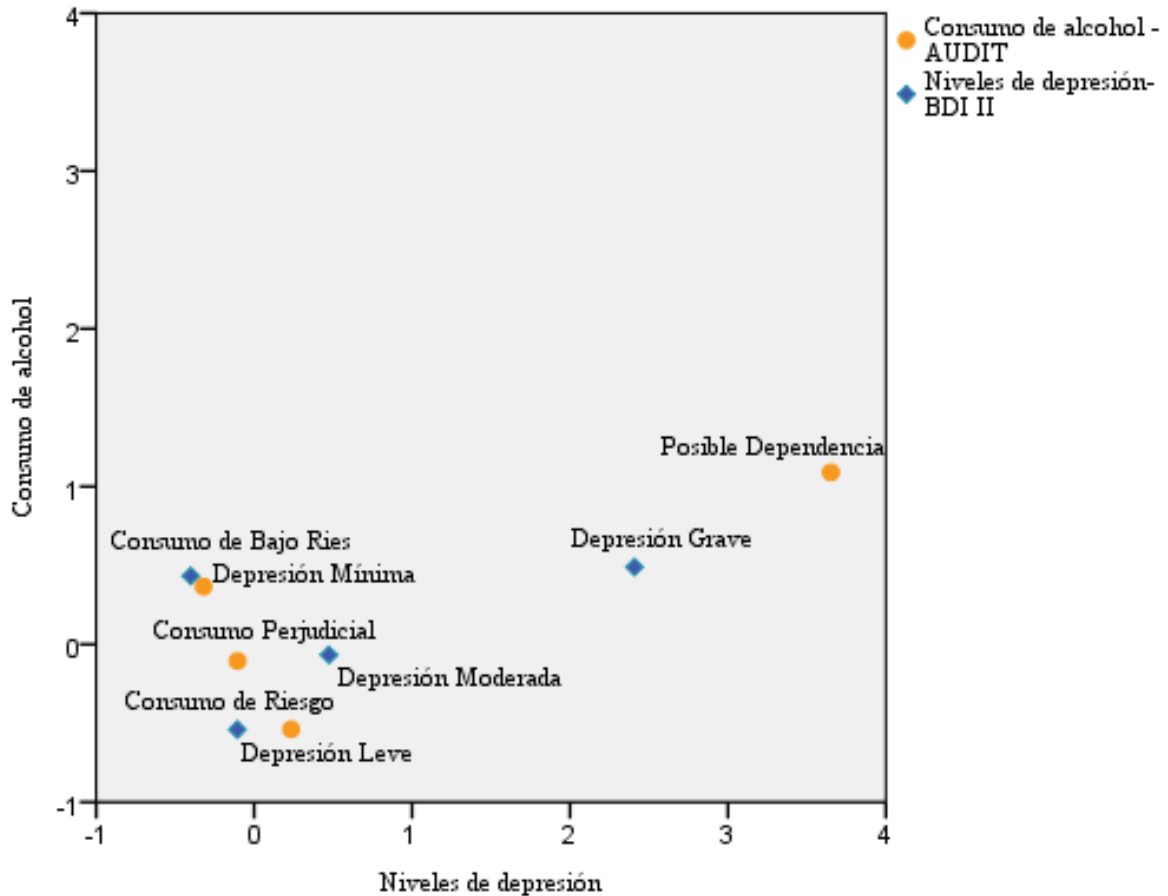
Análisis e interpretación

Del 47,6% de adolescentes que presentan un consumo de bajo riesgo, el 22 % tienen emigrado solo al padre, el 19,5% a ambos padres y el 6,1% solo a la madre. De los 34,1% que presentan un consumo de riesgo, el 25,6% tienen a ambos padres emigrados, el 6,1% solo al padre y el 2,4 % solo a la madre. Del 15,9% que presentan un consumo perjudicial, el 9,8% tiene a ambos padres emigrados, el 3,7% solo a la madre y el 2,4% solo al padre. Y el 2,4% que tienen una posible dependencia, tiene a ambos padres emigrados. Estos datos indican que en la muestra estudiada la ausencia de ambos progenitores está influenciada en la presencia del consumo de alcohol, ya que sus distintos niveles prevalecen en aquellos que tienen a ambos padres emigrados.

En el gráfico 1 se puede observar que niveles de depresión y niveles de consumo de alcohol tienen mayor correspondencia o relación.

Gráfico 1

Correspondencia entre los niveles de depresión y niveles de consumo de alcohol









*Fuente: Análisis de correspondencia, programa estadístico SPSS.
Elaborado por: Janeth Isabel Morocho Saca.*

Análisis e interpretación

En el gráfico se evidencia que la depresión mínima se corresponde significativamente con el consumo de bajo riesgo, mientras que la depresión leve se corresponde ligeramente con el consumo de riesgo, al igual que la moderada entre el consumo perjudicial y consumo de riesgo, no hay una asociación entre la depresión grave con la posible dependencia.

Anexo 12. Recursos y materiales del programa de prevención

a. Modelo de emociómetro

El emociómetro					
¿Qué emoción estoy sintiendo en este momento y en qué intensidad?					
					
Felicidad		Tristeza		Enojo	
1	6	1	6	1	6
2	7	2	7	2	7
3	8	3	8	3	8
4	9	4	9	4	9
5	10	5	10	5	10
					
Disgusto		Sorpresa		Neutro	
1	6	1	6	1	6
2	7	2	7	2	7
3	8	3	8	3	8
4	9	4	9	4	9
5	10	5	10	5	10

Elaborado por: Janeth Morocho.

b. Plantilla para auto registro diario del estado emocional

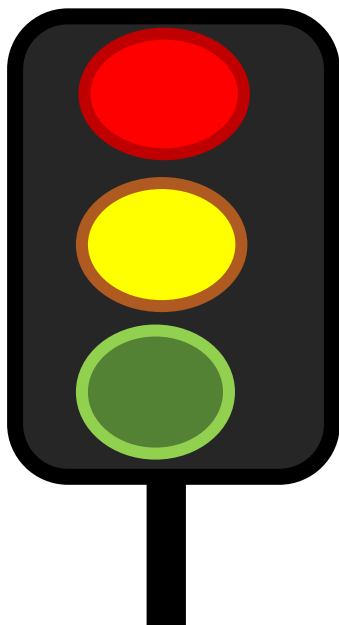
Auto registro diario del estado emocional								
¿Cómo me sentí el día de hoy?	¿Qué situaciones hicieron que yo me sintiera de ese modo?	Días de la semana						¿Qué puedo hacer para mantener o mejorar?
		L	M	M	J	V	S	
Excelente (9 - 10)								
Bien (7 - 8)								
Normal (5 - 6)								

Malo (0 - 4)									
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Elaborado por: Janeth Morocho.

c. El semáforo emocional

Semáforo emocional



Parar	Cuando no se puede controlar una emoción se tiene que detener, tranquilizar.
Pensar	Una vez detenido, es el momento de pensar, reflexionar y buscar soluciones.
Actuar	Elegir la mejores alternativas o soluciones y poner en práctica.

Ejemplo de situaciones para practicar la técnica:

- Me siento demasiado enojado con mi hermano y estoy a punto de agredirlo verbalmente.
- Me siento demasiado frustrada conmigo misma y quiero hacerme daño.
- Llevo varios días triste por que me fue mal en un examen y todo me irrita.
- Siento demasiado celos, terminé con mi novia y quiero ir a beber con amigos...
-

Elaborado por: Janeth Morocho.

d. Estrategias para añadir en el botiquín emocional

Estrategias para gestionar las emociones

<i>Acciones para disfrutar la alegría:</i> Saltar, bailar, soltar una carcajada, contar chistes, salir jugar el aire libre, leer un libro, comer algo rico, aprovechar esa alegría para hacer alguna manualidad, compartir alegría, agradece a los que te rodea, etc.	<i>Acciones para regular la tristeza:</i> Dar un tiempo para llorar, desahogar, hablar con alguien de confianza, analizar lo que ha sucedido, buscar apoyo y motivación, hacer alguna actividad que anime, pensar en algo agradable, poner música, salir a pasear, etc
<i>Acciones para disfrutar de la sorpresa:</i> Sonreír y expresar lo fantástica y agradable que es la sorpresa, agradecer las veces que fuese necesario, recordar una ocasión en la que también te llevaste una buena sorpresa,	<i>Acciones para vencer la vergüenza:</i> Ten en cuenta lo que para ti es vergonzoso, para los otros puede pasar desapercibido (no eres el centro de atención). Si te pasa algo gracioso o te equivocas, riéte de ti

preparar una sorpresa para un ser querido, buscar a alguien para compartirla, etc.	mismo, evita pensar las situaciones que te producen vergüenza, etc
Acciones para calmar el enfado: Respirar profundamente, hacer un diálogo interno, alejar de la situación que ha le ha enfadado, analizar la situación y la razón, realizar alguna actividad para canalizarlo, cuando esté tranquilo comentar lo sucedido, si es necesario pedir perdón, etc.	Acciones para alejar los celos: Explicar cómo te sientes y por qué, destacar aquellas cualidades que te hacen especial y siéntete seguro de que eres, comprende que es normal apreciar a varias personas, trata de disfrutar al máximo los momentos con las personas que amamos, etc.

Fuente: Isern y Carretero (2016).

Elaborado por: Janeth Morocho

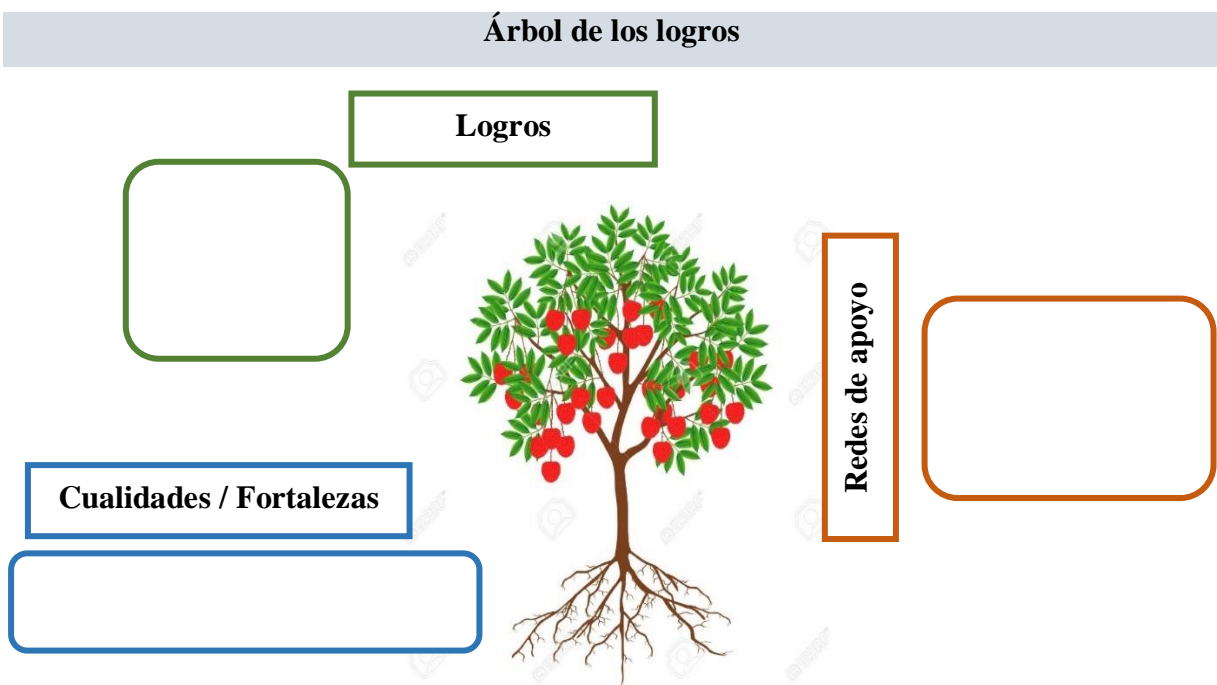
e. Modelo ABC DE de Ellis

MODELO ABC DE				
A	B	C	D	E
Situación	Pensamientos / Creencias irracionales	Emoción/ Conducta	Cuestionamiento de pensamientos irracionales	Nuevos pensamientos racionales

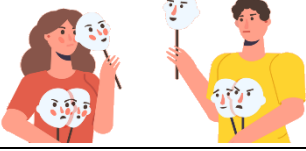
Fuente: Terapia racional emotiva de Ellis (1991).

Elaborado por: Janeth Morocho

f. El árbol de los logros



g. Situaciones para el entrenamiento asertivo

	Role-Playing “Aprendiendo a ser asertivos frente a la presión grupal que insiste en consumo de alcohol”
Situaciones:	
<ul style="list-style-type: none"> • “Hola amigo, hoy es el cumpleaños de mi hermana y si de verdad la quieres debes beber, si o si y no acepto un no”. • “No sabes divertirte, eres un aburrido, mira sítvete una copa y verás lo que se siente, menos mal dices ser mi amigo”. • “Si de verdad eres un hombrecito debes beber, porque tienes miedo, total tus padres no está aquí y ni se han de enterar”. • “Deja de estar sufriendo como una mujercita, ven a tomar, el trago alivia las penas y descubres un nuevo mundo”. • “Armemos una fiesta en tu casa, a full música y alcohol, total nadie te controla, en tu casa hay libertad”. <p>Nota: Estas son algunas de las situaciones ejemplificadas, para continuar practicando el ser asertivos frente a la presión grupal, los mismos participantes pueden ir compartiendo sus experiencias para que lo demás realicen la dinámica.</p>	

Elaborado por: Janeth Morocho

h. Situaciones conflictivas para practicar la técnica de resolución de conflictos.

Técnica de resolución de conflictos				
	Problema	Definición del problema	Generación de soluciones	Toma de decisiones
1	Un adolescente de 17 años reprobó dos asignaturas, se descuidó de las tareas escolares ya que dedicaba la mayor parte de su tiempo a los videojuegos.			
2	Una señorita de 19 años se siente frustrada; no obtuvo un cupo para ingresar a la universidad, quiere ingresar a una privada, pero no tiene los recursos suficientes.			

3	Un joven de 19 años va a ser padre primerizo, pero no puede contarle a su tía, ya que ella prohibió estar con la chica que está embarazada de él y la madre de ella tampoco nunca acepto la relación.			
4	Dos jóvenes tuvieron una ruptura amorosa, ella no quiere regresar con su expareja, pero él chantajea psicológicamente para retomar la relación, situación que ha afectado emocionalmente a la chica.			

Elaborado por: Janeth Morocho

i. Plantilla de distribución del tiempo

El tiempo y yo – Mis necesidades					
Tiempo dedicado al ámbito:					
Personal	Familiar	Estudio/Trabajo	Amistades/Pareja	Ocio	Otros

Elaborado por: Janeth Morocho

j. Matriz de Eisenhower

Matriz de Eisenhower	
Actividades importantes y urgentes (HACER)	Actividades importantes y no urgentes (DECIDIR)
Actividades no importantes y urgentes (POSPONER)	Actividades no importantes y no urgentes (ELIMINAR)

k. Plantilla para planificar actividades semanales

Mi planificación semanal				
<i>Objetivos de la semana:</i>	<ul style="list-style-type: none"> No postergar las actividades importantes y urgentes 			
Días	Horario (Mañana-tarde)	Lista de actividades	Verificación / Evaluación	Observación / Sugerencia
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

Elaborado por: Janeth Morocho

l. Método SMART

Planteamiento de objetivos / metas para diseñar un proyecto de vida				
S	M	A	R	T
Específico	Medible	Alcanzable	Relevante	Temporal
Metas a corto plazo:		Metas a mediano plazo:		Metas a largo plazo:

Elaborado por: Janeth Morocho

Anexo 13. Certificación de acceso a la base de datos de la comunidad



CABILDO DE LA COMUNIDAD DE OÑACAPAC
Acuerdo Ministerial N.º 466 de 1990 emitido por el MAGAP
Oñacapac – Saraguro – Loja - Ecuador

Luis Clemente González Sigcho
Secretario del Cabildo de la Comunidad de Oñacapac, periodo 2022.

CERTIFICO:

Que he facilitado el acceso a la base de los datos de la comunidad de Oñacapac para que la Srta. **JANETH ISABEL MOROCHO SACA**, portadora de la cédula N° 1104825698 obtenga la información necesaria de los habitantes, específicamente de los adolescentes de padres migrantes de la comunidad de Oñacapac para que ejecute su trabajo de investigación titulada **“DEPRESIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE PADRES MIGRANTES DE LA COMUNIDAD DE OÑACAPAC, PERIODO 2022”**.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada, hacer usos del presente en lo que a sus intereses convenga.

Oñacapac, 31 de agosto de 2022.

Luis Clemente González Sigcho

CI: 1104400138

Secretario del Cabildo de la Comunidad de Oñacapac.



Anexo 14. Certificación de constancia de la ejecución de la investigación



CABILDO DE LA COMUNIDAD DE OÑACAPAC
Acuerdo Ministerial N.º 466 de 1990 emitido por el MAGAP
Oñacapac – Saraguro – Loja - Ecuador

Miguel Ángel Hueledel Japa

Presidente de la Comunidad de Oñacapac, periodo 2022.

A petición verbal.

CERTIFICO:

Que la Srta. **JANETH ISABEL MOROCHO SACA**, portadora de cédula N° 1104825698, estudiante de la Universidad Nacional de Loja, ha desarrollado su proyecto de investigación titulada **“DEPRESIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE PADRES MIGRANTES DE LA COMUNIDAD DE OÑACAPAC, PERIODO 2022”** bajo la autorización y coordinación con las autoridades competentes y representantes de los adolescentes que participaron en el estudio, demostrando responsabilidad y cumplimiento de las siguientes actividades:

- Socialización del proyecto de investigación.
- Acceso a la base de datos de la comunidad.
- Taller informativo sobre Depresión y Consumo de alcohol.
- Entrega de consentimientos informados.
- Aplicación individual de los instrumentos.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando a la interesada hacer uso del presente documento en lo que estime conveniente.

Oñacapac, 02 de septiembre de 2022

Miguel Ángel Hueledel Japa

CI: 1103560924

Presidente de la Comunidad de Oñacapac.



Anexo 15. Certificación de traducción del resumen



Easy English School of Languages, Saraguro

Certifica:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen del trabajo de titulación denominado: **DEPRESIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE PADRES MIGRANTES DE LA COMUNIDAD DE OÑACAPAC, PERIODO 2022.**, de autoría de la Srta. **Janeth Isabel Morocho Saca** con cédula de identidad Nro., **1104825698**, egresada de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Loja.

Esta es una traducción textual del documento adjunto solicitado por la interesada. La traductora es una profesional competente y autorizado para realizar traducciones.

Saraguro, 28 de noviembre de 2022.



Firmado electrónicamente por:
**ALICIA
MARGARITA
SUIING OCHOA**

Traductora: Lic. Alicia Suing Ochoa

Cédula de identidad: 1104506322

Registro de Senescyt N°: 1008-11-1087914

Teacher de Easy English School of Language Saraguro



Dirección: Montesinos y Sucre, 3er piso edificio Saraguro

Celular: 0939773144

RUC: 1103006977001

Anexo 16. Certificación del tribunal de grado



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 21 de noviembre de 2022

En calidad del Tribunal calificador del Trabajo de Titulación de Grado titulado: **DEPRESIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE PADRES MIGRANTES DE LA COMUNIDAD DE OÑACAPAC, PERIODO 2022**, de la autoría de la Srta. **Janeth Isabel Morocho Saca** portadora de la cédula de identidad Nro., **1104825698** previo a la obtención del título de **Psicóloga Clínica**, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del Tribunal o por la Directora del Trabajo de Titulación, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del Trabajo de Titulación de Grado y la continuación de los trámites pertinentes para su Publicación y Sustentación Pública.

APROBADO

Dra. Karina Gabriela Rojas Carrión, Mgs
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Psic. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez, Mgs
VOCAL PRINCIPAL

Psic. María Paula Torres Pozo, Mgs
VOCAL PRINCIPAL