



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DEPRESIÓN Y CONSUMO DE DROGAS LEGALES EN LOS
ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA MARIETA DE
VEINTIMILLA, CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2021

Trabajo de integración curricular
previo a la obtención
de Título de Licenciado en
Psicología Clínica

AUTOR:

Diego Armando Iñiguez Sozoranga

DIRECTORA:

Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala. Mg.Sc.

LOJA – ECUADOR

2022

CERTIFICACIÓN

Loja, 8 de marzo del 2022

Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala. Mg.Sc.
DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración del trabajo de integración curricular titulado: **Depresión y consumo de drogas legales en los estudiantes de la Unidad Educativa Marieta de Veintimilla, ciudad de Loja, periodo 2021** de la autoría del estudiante Diego Armando Ñíguez Sozoranga, previa a la obtención del título de Licenciado en Psicología Clínica, una vez el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.



Firmado electrónicamente por:
**MAYRA DANIELA
MEDINA AYALA**

Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala. Mg.Sc.
DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

AUTORÍA

Yo, Diego Armando Iñiguez Sozoranga, declaro ser autor del presente trabajo de integración curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de esta. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:

Cédula de Identidad: 1105704009

Fecha: 20 de Abril de 2022

Correo electrónico: diego.a.iniguez@unl.edu.ec

Teléfono o Celular: 0986614135

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Diego Armando Iñiguez Sozoranga declaro ser autor del trabajo de integración curricular titulado **DEPRESIÓN Y CONSUMO DE DROGAS LEGALES EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA MARIETA DE VEINTIMILLA, CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2021** como requisito para optar el grado de Licenciado en Psicología 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 Institucional (RI):

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

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 20 días del mes de Abril del 2022, firma el autor:

Firma:

Autor: Diego Armando Iñiguez Sozoranga

Número de Cédula: 1105704009

Dirección: Motupe

Correo electrónico: diego.a.iniguez@unl.edu.ec

Teléfono:

Celular: 0986614135

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala. Mg.Sc.

Tribunal de grado:

- Presidenta: Dra. Anabel Larriva Borrero. Mg. Sc.
- Vocal: Bqf. Gabriela Merino Peralta Mg. Sc.
- Vocal: Psc. Cl. Gabriela Rojas Muñoz. Mg. Sc.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo con mucho amor, primeramente, a Dios por ser un pilar fundamental en mi vida y llenarme de sabiduría. A mis Padres, hermanos, sobrinos, primos, amigos y demás seres queridos por componerse como apoyo incondicional, que con sus sabias enseñanzas y consejos llenos de aprecio me han ayudado a superar todas las adversidades que se me han presentado en el camino, y de esta forma me han inculcado el valor de la perseverancia con la finalidad de cumplir todas mis metas y nunca rendirme.

Diego Armando Iñiguez Sozoranga

AGRADECIMIENTO

Al concluir el presente trabajo de investigación dejó constancia de gratitud a la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Psicología Clínica, por haber abierto sus puertas con el fin de formarnos como unos excelentes profesionales.

A los docentes, quienes con su valioso y vasto conocimiento me orientaron y brindaron todo su apoyo para la culminación exitosa de este trabajo.

De manera especial se deja constancia del agradecimiento a la Institución Educativa “Marieta de Veintimilla” de la ciudad de Loja, por haber brindado las facilidades en el desarrollo del presente trabajo de investigación, y a todas las personas que de una u otra manera brindaron su colaboración hasta la culminación del presente trabajo.

Diego Armando Iñiguez Sozoranga

ÍNDICE GENERAL

CARATULA.....	v
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE GENERAL.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE ANEXOS	ix
1. TITULO.....	1
2. RESUMEN	2
2.1. ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. MARCO TEÓRICO	6
4.1. CAPÍTULO I: DEPRESIÓN.....	6
4.1.1. Definición.	6
4.1.2. Epidemiología.....	6
4.1.3. Etiología.....	7
4.1.4. Factores de riesgo.	9
4.1.5. Niveles de depresión.....	10
4.1.6. Sintomatología.....	10
4.1.7. Conductas problema concurrentes.....	11
4.1.8. Tratamiento.....	12
4.2. CAPÍTULO II: CONSUMO DE DROGAS.....	13

4.2.1.	Generalidades.....	13
4.2.2.	Tipos de consumidores.	13
4.2.3.	Problemas de la droga en la adolescencia.....	14
4.2.4.	Factores que inciden en la evolución del problema.	15
4.2.5.	Drogas.....	18
4.2.6.	Clasificación de las drogas.....	18
4.2.7.	Alcohol.....	20
4.2.8.	Tabaco.....	23
4.2.9.	Tratamiento.....	25
5.	METODOLOGÍA.....	27
5.1.	Tipo de estudio.....	27
5.2.	Población y Muestra.....	27
5.3.	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	28
5.4.	Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	29
5.5.	Procedimiento por Objetivos.....	29
6.	RESULTADOS	30
6.1.	Depresión	30
6.2.	Consumo de sustancias legales	30
6.3.	Relación entre depresión y consumo de sustancias legales.....	31
6.4.	Plan informativo de prevención.	33
7.	DISCUSIÓN.....	37
8.	CONCLUSIONES.....	39
9.	RECOMENDACIONES	40
10.	BIBLIOGRAFIA	41
11.	ANEXOS	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Distribución de los adolescentes por sexo.....	27
Tabla 2	Distribución de los adolescentes por edades.	28
Tabla 3	Niveles de depresión	30
Tabla 4	Consumo de Alcohol.....	30
Tabla 5	Consumo de Tabaco	31
Tabla 6	Niveles de depresión con consumo de alcohol.....	31
Tabla 7	Niveles de depresión con consumo de tabaco.	32
Tabla 8	Relación entre depresión y consumo de drogas legales.	33

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Inventario de depresión de Beck	46
Anexo 2	Test para consumo de drogas (ASSIST) (modificado)	52
Anexo 3	Certificado de traducción	55
Anexo 4	Guía informativa de depresión	56
Anexo 5	Guía informativa de consumo de sustancias	59
Anexo 6	Oficio de estructura y coherencia.....	66

1. TITULO

Depresión y consumo de drogas legales en los estudiantes de la Unidad Educativa
Marieta de Veintimilla, ciudad de Loja, periodo 2021

2. RESUMEN

En la actualidad es común observar adolescentes con síntomas de depresión ocasionados por múltiples problemas emocionales, familiares, ambientales y sociales que muchas veces desencadenan comportamientos de «escape» como son el consumo de sustancias psicoactivas. Con este antecedente la presente investigación estableció si existe relación entre depresión y consumo de drogas en los estudiantes de una Unidad Educativa de la ciudad de Loja. La investigación fue correlacional, descriptiva y exploratorio, realizada en 128 estudiantes. Se utilizó instrumentos psicométricos, los cuales son, el Inventario de Depresión de Beck y la Prueba para la detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Mediante este estudio se determinó que el nivel de depresión, que presentan la mayoría de los estudiantes es mínimo, de igual forma, se evidenció que gran parte de los estudiantes han consumido alcohol, pero en cuanto al consumo de tabaco la gran mayoría de los estudiantes no la consumen. Por tanto, se estableció que no existe una relación entre depresión y consumo de drogas legales, esto indica que el consumo de drogas legales no está influenciado con la depresión.

Palabras clave: depresión, drogas legales, adolescentes.

2.1. ABSTRACT

Nowadays it's common to observe adolescents with symptoms of depression caused by multiple emotional, family, environmental and social problems that often cause "escape" behaviors such as the consumption of psychoactive substances. With this background, the present investigation established if there is a relationship between depression and drug use in the students of a School in the city of Loja. The research was correlational, descriptive and exploratory, carried out on 128 students. Psychometric instruments were used like the Beck Depression Inventory and the Test for the detection of alcohol, tobacco and substance use. Through this study it was determined that the level of depression which most of the students present is minimal, in the same way, it was evidenced that a considerable quantity of the students have consumed alcohol, but in terms of tobacco consumption the majority of students do not consume it. Therefore, it was established that there is no relationship between depression and legal drug use, this indicates that legal drug use is not influenced by depression.

Keywords: depression, legal drugs, adolescents.

3. INTRODUCCIÓN

En la actualidad es usual encontrar adolescentes con síntomas de depresión producido por diversas situaciones ya sean emocionales, familiares, ambientales y sociales que muchas de las veces liberan comportamientos de solución o escape con el consumo de sustancias. También es muy usual encontrar la presencia de adicciones junto a trastornos psicológicos como es el caso de la depresión. Sin embargo, la naturaleza de la relación entre estas dos condiciones sigue en discusión.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno que afecta a personas en todas las comunidades del mundo por lo que es una de las causas principales que perjudica la calidad de vida. Por tanto, a nivel mundial una cantidad considerable de personas sufren de depresión convirtiéndose así en un problema de salud importante, más aún cuando esta es habitual y su intensidad pasa de moderada a grave, provocando gran sufrimiento a la persona afectada y alterando la realización de sus actividades cotidianas. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2021a).

Los trastornos ocasionados por el uso de drogas tienen diversas consecuencias en los sistemas asistenciales de muchos países. Si bien los trastornos relacionados al uso de drogas son más habituales en los países desarrollados, la carga para la salud reincide en forma desmedida en los países de ingresos bajos y medios, en donde son escasos los programas de tratamiento y prevención. El uso extendido de una sustancia psicoactiva puede provocar dependencia, que compone un problema de salud mental, y puede provocar otros trastornos mentales especialmente la depresión y la ansiedad.

Haciendo hincapié con la problemática y la importancia para la salud, en esta investigación se analizó la depresión relacionada con consumo de drogas legales y con el fin de apoyar de alguna forma con la sociedad, particularmente con la comunidad investigada, este contenido aborda muchas realidades en el contexto social, siendo los más vulnerables los adolescentes, esta situación sigue estableciendo una de las causas de morbilidad en los mismos, teniendo consecuencias en su desarrollo emocional, salud y en el entorno.

En el presente trabajo de investigación, el marco teórico se lo estructuró en dos capítulos, en el Capítulo I se describe la información acerca de la depresión, su definición, epidemiología, etiología, sintomatología y tratamiento. En el Capítulo II se establece toda la información acerca del consumo de drogas (alcohol y tabaco), definición, formas, tipos, factores y consecuencias.

En cuanto a la metodología utilizada fue de tipo correlacional, descriptiva, transversal, y no experimental, por tanto, este proceso se desarrolló en tres etapas. La primera consiste en la recolección de información en cuanto a la depresión y consumo de sustancias, en la segunda etapa se analiza los niveles de depresión y los niveles de riesgo en cuanto al consumo y la tercera etapa se diseñó un plan informativo de prevención para la depresión y el consumo de sustancias (alcohol y tabaco), que fue dirigido a los estudiantes con el propósito de educar acerca del tema.

Los participantes para esta investigación fueron 128 estudiantes de la Unidad Educativa Marieta de Veintimilla. De igual forma la muestra para esta investigación se estableció tomando como referencia los criterios de inclusión y exclusión, eligiendo así de todos los participantes a 68 estudiantes, los cuales cumplieron los criterios establecidos.

De esta manera se estableció la relación entre la depresión y el consumo de drogas legales, de igual forma se determinó la presencia de depresión y se identificó los casos de consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco y para finalizar se elaboró un plan informativo de prevención de depresión y consumo de drogas.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. CAPÍTULO I: DEPRESIÓN

4.1.1. *Definición.*

La depresión, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (citado de Cid Marco 2021), es un trastorno psicológico afectivo que es muy usual en la actualidad aunque si existe tratamiento que ayuda a estabilizar la sintomatología, este tiene aspectos como cambios en el ánimo con síntomas cognitivos y físicos, así mismo pueden ser de etiología primaria o secundaria al encontrarse con enfermedades particulares como por ejemplo el cáncer, diabetes, VIH o sida, Parkinson, trastornos alimenticios y abuso de sustancias. (Cid, 2021)

Según la quinta edición del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM-5) (citado de Cid Marco, 2021), la depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde la principal característica es una transición del humor y, según su eventualidad y origen, tiene una clasificación específica; de esta forma se establece el trastorno depresivo mayor, trastornos bipolares y trastorno distímico como los principales. (Cid, 2021)

Según Ferro García (2014), la depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda y pérdida de interés de manera general por las cosas de manera progresiva. Además, se puede asociar a otros síntomas psicológicos, físicos y del comportamiento. Las personas que se encuentran deprimidas suelen sentir cierta incapacidad ante situaciones frustrantes por lo cual sienten que son débiles o menos capaces. (Ferro García, 2014).

Según Carrasco (2017), la depresión se puede entender como un trastorno caracterizado por una disminución del estado de ánimo y pérdida de energía, una autoestima baja y poco interés en realizar actividades que constantemente serían consideradas placenteras. Este trastorno mental es de gran impacto a nivel mundial. Se sabe también que presuntas manifestaciones de la depresión pueden aumentar la probabilidad de tener problemas psicológicos futuros. (Carrasco, 2017).

4.1.2. *Epidemiología.*

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), la depresión es una enfermedad muy habitual a escala global, pues se conoce que afecta a un 3,8% de la población, incluyendo en un 5% los adultos y en un 5,7% los adultos mayores de 60 años. A escala mundial, existen aproximadamente 280 millones de personas que padecen de depresión. La depresión puede desarrollarse como un problema de salud de gran importancia, En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. Se conoce que en cada año se suicidan aproximadamente 700 000 personas. El suicidio

es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.(Organización Mundial de la Salud (OMS), 2021b)

Según Cid Marco (2021), la depresión afecta cerca del 2.8% de los niños menores de 13 años y al 5.6% de los adolescentes dentro de edades de 13 y 18 años. La prevalencia de la depresión va a depender de la población de estudio. La mayor parte de las investigaciones concuerdan que cerca del 1% al 2% de los niños pre-púberes y cerca del 5% de los adolescentes padecen de depresión significativa en algún momento. (Cid, 2021)

Según Maddaleno y otros autores (2003) encontramos que el 11 y 33% de adolescentes de la Región que presentan alguna complicación de salud mental. En una encuesta aplicada en la población de adolescentes escolarizados de nueve países de El Caribe se encontró que 12% habrían intentado suicidarse y que el 50% presentan síntomas de depresión. (Maddaleno et al., 2003)

4.1.3. Etiología.

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), la depresión es la interacción que tiene el individuo con aspectos sociales, psicológicos y biológicos. Las personas que han enfrentado adversidades como, por ejemplo: desempleo, luto, eventos traumáticos tienen más posibilidades de padecer depresión. Por ende, la depresión es capaz de provocar más estrés y empeorar la situación y de igual forma afectar a mayor grado la propia depresión.(Organización Mundial de la Salud (OMS), 2021b)

A continuación, alguna de las causas de la depresión en más detalle:

4.1.3.1. Primarias.

4.1.3.1.1. Factores bilógicos. Para Montes Carol (2004) las personas que están pasando por un cuadro depresivo presentan una disminución de la serotonina encargada de controlar las emociones y el estado de ánimo, noradrenalina el cual funciona como un medio de transporte de sustancias y dopamina encargada de regular las funciones motoras, emotivas y afectivas a nivel del sistema nervioso central. (Montes, 2004).

Sobre este punto, se deben destacar diversos aspectos:

- Alteraciones cerebrales: Para Gasto y Navarro (2007) en un cuadro depresivo existe la presencia de una alteración en el funcionamiento de dos áreas específicas del cerebro, el área frontal y área límbica aumentan la probabilidad de padecer un

trastorno depresivo. No existe una lesión anatómica visible. (Gasto & Navarro, 2007)

- Alteraciones en neurotransmisores: Según Gasto y Navarro (2007) para que el cerebro funcione de manera adecuada tiene que existir una conexión correcta entre las neuronas del cerebro. Las neuronas se notifican mediante unas moléculas llamadas neurotransmisores, como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. Al presentar un trastorno depresivo esta conexión neuronal se altera y no funciona de manera adecuada. Por tanto, el uso de antidepresivos va a ayudar a estabilizar el problema. (Gasto & Navarro, 2007)

4.1.3.1.2. Neuroendocrinas. Para Montes Carol (2004) la depresión se relaciona con alteraciones en la región del hipotálamo que se manifiesta presentando secreción excesiva de corticotropina encargada de controlar la liberación de la hormona cortisol la cual se libera como respuesta de estrés. La secreción de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) es de suma importancia que en algunos casos de pacientes deprimidos se puede observar aumento del tamaño de la glándula suprarrenal encargada de controlar el ritmo cardiaco y presión arterial principalmente. (Montes, 2004).

4.1.3.1.3 Factores genéticos. Según Matos y Manzano (2021), el factor genético se evidencia en mayor rango en pacientes que presentan un exceso en cuanto a la gravedad de la enfermedad, además el riesgo de que aparezca esta enfermedad en parientes de primer grado como por ejemplo padres, hermanos o hijos, se ha incrementado en varios estudios que lo han analizado, cabe aclarar que la presencia de síntomas será independiente de eventos psicosociales. (Matos & Manzano, 2021).

4.1.3.1.4 Factores Psicológicos. Según Hall Victoria (2003) la depresión usualmente las que presentan sintomatología leve, y la aparición de elementos psicógenas tiene gran relevancia. Donde se menciona que la depresión es un producto de un problema alterado que produce una percepción negativa de uno mismo, del entorno y del futuro, y de esta forma el estado depresivo será como un adicional a estas alteraciones cognitivas. (Hall, 2003).

4.1.3.2. Secundarias.

4.1.3.2.1 Drogas. Según Hall Victoria (2003) existen más de 200 medicamentos que se relacionan con la aparición de depresión, la gran parte de estos de forma inusual, y unos pocos presentan mayor frecuencia entre ellos encontramos a los antiinflamatorios, antibióticos, hipotensores, antipsicóticos, drogas cardiacas, corticoesteroides y contraceptivos orales (Hall, 2003).

4.1.3.2.2 Enfermedades orgánicas. Según Hall Victoria (2003) las enfermedades especialmente graves, pueden provocar la aparición de depresión como una reacción psicológica, las enfermedades que presentan mayor comorbilidad son, el Alzheimer, Parkinson, Huntington, epilepsias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, trastornos del calcio, cáncer.(Hall, 2003).

4.1.3.2.3 Enfermedades Psiquiátricas. Según Hall Victoria (2003) el trastorno esquizofrénico produce cuadros depresivos. Las etapas de pánico pueden llevar a la aparición de síntomas de la depresión. De igual manera cabe mencionar que el alcoholismo y farmacodependencia puede generar una depresión secundaria.(Hall, 2003).

4.1.4. Factores de riesgo.

Según Mayo Medical School (2019) se evidencia varios factores que van a aumentar la probabilidad de desencadenar un cuadro depresivo en adolescentes: como por ejemplo el presentar dificultades que alteren de cierta forma a la autoestima, conflictos físicos como la obesidad, problemas alimenticios, conflictos con los pares, el acoso o problemas de rendimiento académico, o de igual manera haber vivido o ser testigo de casos de violencia como abuso físico o sexual; mantener distintas enfermedades de salud mental (trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, trastorno de personalidad y anorexia o bulimia); padecer dolencias frecuentes o una enfermedad física crónica, como cáncer, diabetes o asma; poseer ciertas características de personalidad, como baja autoestima o ser dependiente, autocrítico o pesimista; mantener un abuso de alcohol, nicotina u sustancias psicotrópicas; y ser homosexual, bisexual o transexual en un entorno que lo rechaza.

Los factores hereditarios y los problemas con la familia u otras personas también aumentan el riesgo de que el adolescente tenga depresión, por ejemplo: Tener un familiar de sangre que sufra depresión, trastorno bipolar o problemas de consumo de sustancias o que se haya suicidado; vivir

en una familia disfuncional y conflictiva y haber experimentado situaciones traumáticas, como el divorcio de los padres, pasar por un duelo, entre otras.(Mayo Clinic Care Network, 2019)

4.1.5. Niveles de depresión.

4.1.5.1. Depresión mínima. Según la revista Junta de castilla y león (2018) es aquel cuadro depresivo que puede pasar fácilmente inadvertido debido a que no existe la presencia o disminución del estado ánimo, impedimento para disfrutar de las ocupaciones, pero si se puede notar ciertos síntomas como por ejemplo, pesimismo, ansiedad, irritabilidad, apatía, ausencia afectiva, pérdida de apetito, disminución de peso, alteraciones del sueño, etc. (Junta de Castilla y León, 2018).

4.2.5.2. Depresión leve. Según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2016) el individuo muestra bajo estado de ánimo, también puede presentar fatiga, alteraciones del sueño, del apetito, de la atención o concentración. Pero aún no se encuentra afectado el goce de sus actividades de la vida cotidiana. (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2016)

4.2.5.3. Depresión moderada. Según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2016) muestra bajo estado de ánimo de forma significativa, relacionado con el llanto fácil, debilidad, preocupaciones físicas, alteraciones del sueño, del apetito. Pensamientos de desvalía, aislamiento familiar o social. De igual manera se puede relacionar síntomas de ansiedad, nerviosismo. Se diferencia de la depresión leve porque altera las actividades de la vida cotidiana. (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2016)

4.1.5.4. Depresión grave o severa. Según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2016) exhibe disminución del estado de ánimo de forma severa, llanto, tristeza, aislamiento, pérdida del sueño, del apetito, de interés en todas sus actividades. Mantienen pensamientos que no deben seguir viviendo porque afectan a los demás, que no son suficientes, que no valen nada. Por lo tanto, comienzan a presentar ciertas ideas suicidas. Se diferencia de la depresión moderada porque se alteran de manera general todas sus actividades de la vida diaria. (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2016)

4.1.6. Sintomatología.

Para Ferro García (2014), La frecuencia e intensidad va a variar de una persona a otra, pero los dos acontecimientos principales, la primera consiste en la disminución del estado de ánimo, tristeza y sentimientos de desesperanza, y la segunda que hace referencia a la pérdida de placer

por las actividades con las que antes se disfrutaba, está presente en la mayoría de los días durante las últimas semanas.

Algunos síntomas que se pueden presentar con cierta frecuencia son: ansiedad; deseos de llorar; irritabilidad; pérdida de energía; problemas de memoria y cierta dificultad para concentrarse; sentimientos de culpa e inutilidad; presentar deseos o ideas de muerte; cambios en el apetito, que a veces conducen a un aumento o disminución de peso; problema referente al sueño y pensamientos negativos hacia un mismo.

Conjuntamente, se pueden llegar a presentar los siguientes síntomas físicos asociados como dolor en diferentes partes del cuerpo; dolor de cabeza, palpitaciones o presión en el pecho y problemas digestivos o dolencias abdominales.(Ferro García, 2014)

4.1.7. Conductas problema concurrentes.

Según Sandoval y Umbarila (2004) la depresión en adolescentes ha sido relacionada con aumento de riesgo para padecer abuso de sustancias y suicidio.

4.1.7.1. Abuso de Sustancias. El consumo de sustancias es una conducta que inicia, por lo usual, en la adolescencia. Algunos de los factores de riesgo desencadenantes que han sido reconocidos para esta conducta son la presión del grupo, la popularidad y la depresión. Por otro lado, el mantener un buen desempeño académico y la participación en actividades extracurriculares se han descrito como factores protectores.

La presencia de depresión, consumo de sustancias y bajo rendimiento académico puede llegar a presentarse de manera simultánea, debido a que son problemáticas que pueden llegar a mostrarse al mismo tiempo, y se estima que la probabilidad de manifestar conductas de riesgo en jóvenes aumenta cuando se presentan otras conductas de riesgo previas.

El consumo de psicoactivos ha sido asociado a diversas situaciones adversas como por ejemplo problemas en la escuela, fracasos en clase, deterioro psicológico o problemas emocionales, depresión menor, delincuencia y problemas laborales. (Sandoval & Umbarila, 2004).

4.1.7.2. Suicidio. Para Sandoval y Umbarila (2004) la principal consecuencia a la que lleva la depresión es el suicidio, el cual predice que aumentará los casos a escala global en los próximos años en todas las edades.

Los intentos autolíticos que se suelen presentar en la adolescencia tienen como episodios de depresión previos, infelicidad, frustración, enojo e intención de morir. Se ha puesto en

manifiesto que los adolescentes que tuvieron una infancia trágica tienen mayor probabilidad de tener ideas de suicidio. (Sandoval & Umbarila, 2004).

4.1.8. Tratamiento.

La terapia cognitiva, presenta una teoría de evaluación diagnóstica y de un procesamiento terapéutico. Asocia a la depresión generalmente con pensamientos dañinos hacia uno mismo, el entorno que lo rodea y el futuro. La terapia cognitiva se establece como un enfoque psicoeducativo diseñado para cambiar pensamientos negativos (cognición) como al igual que las conductas, de esta forma se establece como terapia cognitiva conductual. (Pérez & García, 2001).

Según Godoy y otros autores (2020) la psicoeducación se describe como un acercamiento terapéutico hacia el paciente y sus familiares, en donde se brinda información concreta tanto de la enfermedad como del tratamiento y pronóstico tomando como referencia datos científicos actuales y selectos. (Godoy et al., 2020).

Para Godoy y otros autores (2020) la psicoeducación no solo hace referencia a las definiciones de un diagnóstico sino también de esta forma busca plantear situaciones comunes de la vida de los pacientes que les genere conflicto. De esta manera se describe al modelo como una herramienta de cambio debido a que comprende los procesos cognitivos, biológicos y sociales específicos de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida. (Godoy et al., 2020).

Para Godoy y otros autores (2020) la forma de aplicación ha sido estudiada de manera inquietante en los últimos años en personas que padecen esquizofrenia, depresión, trastorno por déficit de atención entre otros, tratando de ampliar su forma de acción, en función de los beneficios que trae consigo. (Godoy et al., 2020).

Según Roció Casañas y otros autores (2014) la intervención psicoeducativa es más eficaz en pacientes con síntomas leves, ya que presentan una mayor probabilidad de recuperación de los síntomas a corto y largo plazo y este progreso se asocia con una mejora en la calidad de vida. En los pacientes que presentan síntomas moderados, la intervención no es tan eficaz a largo plazo. Es una intervención que es recomendable utilizar en un ámbito de atención primaria. (Casañas et al., 2014).

La psicoeducación puede ser una opción para intervenir en casos de depresión. Pero hay que tomar en cuenta que para casos de depresión que presenten una mayor gravedad o para ciertas personas, esta estrategia no puede ser suficiente. Por tanto, lo más recomendable es la combinación

junto con la psicoterapia y dependerá también de la gravedad para usar cierto tipo de medicamentos que pueden reducir los síntomas depresivos.

4.2. CAPÍTULO II: CONSUMO DE DROGAS

4.2.1. Generalidades.

Según Matalí Costa y otros autores (2009) el consumo de drogas ilegales entre los adolescentes se ha elevado en los últimos años. Los datos manifiestan que uno de cada cuatro jóvenes ha consumido alguna sustancia durante el último mes, en donde se puede encontrar sustancias usuales como, el alcohol, el tabaco, los derivados cannabis y la cocaína. Este aumento es de manera multicausal. Algunos de los factores que mejor explican el problema es que tiene que ver con la facilidad de conseguir las sustancias, incremento de familias con problemas relacionales y el aumento de los trastornos mentales. (Matalí Costa et al., 2009)

Según Becoña Iglesias (2000) la prevalencia del uso y abuso de drogas en la etapa adolescente y adultez temprana presentan índices elevados, debido a la alta disponibilidad de las drogas en que los adolescentes tienen que aprender a convivir, teniendo que tomar decisiones sobre su consumo o la abstinencia. Los procesos de socialización ya sea con la familia, amigos, escuela y medios de comunicación representan una gran importancia. En cambio la percepción de riesgo y los factores desencadenantes, junto al ocio, tiempo libre y vida recreativa, son elementos que se deben considerar para comprender la problemática. (Becoña Iglesias, 2000).

4.2.2. Tipos de consumidores.

Según el Ayuntamiento de Coruña (2017) existen diversas formas de consumir sustancias, de estas dependerán los efectos y consecuencias posteriores al consumo, cuyo control será de vital importancia para reducir sus riesgos.

4.2.2.1. Consumo experimental. Este hace referencia al acercamiento inicial con una o varias sustancias, de las que de manera fácil puede pasarse a un abandono de la misma o a la continuación del consumo. La adolescencia es la etapa en que con mayor frecuencia surgen este tipo de consumos.

Este tipo de consumo son situaciones en las que el individuo desconoce los efectos de la sustancia y su consumo se realiza, generalmente, en un grupo que le invita a probarla. (Ayuntamiento de Coruña, 2017)

4.2.2.2. Consumo ocasional. Corresponden al uso entrecortado de la sustancia, sin ninguna regularidad fija y con largas pausas de abstinencia.

El sujeto continúa utilizando la sustancia en grupo. Aunque es capaz de llevar a cabo las mismas actividades sin necesidad de mediar droga alguna; ya conoce la acción de esta en su organismo y por ese motivo la consume. (Ayuntamiento de Coruña, 2017)

4.2.2.3. Consumo habitual. Presume un uso frecuente de la droga. Esta práctica puede llevar a otros métodos de consumo, dependiendo de la sustancia que se trate, la frecuencia con que se emplee, los rasgos de la persona, el entorno que le rodea, etc.

El sujeto extiende las situaciones en las que recurre a las drogas, que se usan tanto en grupo como de forma individual, sus efectos son perfectamente conocidos y buscados por el usuario. (Ayuntamiento de Coruña, 2017)

4.2.2.4. Consumo compulsivo o drogodependencia. El individuo necesita la sustancia y toda su vida gira en torno a ella a pesar de las complicaciones que le puede ocasionar. Algunos indicadores son: utilizar sustancia en mayor cantidad o por periodos de tiempo más extensos; falta de conciencia al examinar las consecuencias de la droga; emplear la mayor parte del tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia y su consumo; intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el consumidor desempeña determinadas obligaciones; tolerancia a la sustancia de manera frecuente y reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas. (Ayuntamiento de Coruña, 2017)

4.2.2.5. Policonsumo. Se caracteriza por el consumo compuesto de diversas drogas. Son consumos combinados a lo largo de un período de tiempo. Por ejemplo, se pueden beber cantidades excesivas de alcohol, fumar cigarrillos, esnifar cocaína, o fumar marihuana, todo en un mismo intervalo de tiempo.

También existen personas que consumen numerosas sustancias, de manera variablemente habitual, aunque no ejecuten tantas composiciones en un período tan corto.

Por tanto, el policonsumo se trata de una ingesta de varias sustancias que va a duplicar y complicar los riesgos. (Ayuntamiento de Coruña, 2017)

4.2.3. Problemas de la droga en la adolescencia.

Según Mayo Medical School (2020) existen varios elementos pueden contribuir al uso y abuso de drogas entre los adolescentes. El consumo por primera vez puede darse a usualmente en entornos sociales donde se encuentran sustancias de fácil acceso, como alcohol y cigarrillos. (Mayo clinic, 2020).

El uso extendido puede ser debido a inseguridades o para la aceptación social. Los adolescentes pueden sentirse invencibles y no reflexionar las consecuencias de sus acciones, lo que los lleva a tomar decisiones peligrosas con las drogas. (Mayo clinic, 2020).

Los factores de riesgo comunes del abuso de drogas en los adolescentes pueden incluir: la existencia de antecedentes familiares de abuso de sustancias; presentar una alteración mental o de comportamiento, como depresión, ansiedad o trastorno por déficit de atención o hiperactividad (TDAH); presentar comportamientos impulsivos o riesgosos; haber experimentado eventos traumáticos, como un accidente automovilístico o haber sido víctima de abuso y presentar una baja autoestima o sentimientos de rechazo social. (Mayo clinic, 2020).

4.2.4. Factores que inciden en la evolución del problema.

Según Vicario y Romero (2005) el uso y abuso de drogas en la adolescencia se relaciona comúnmente con comportamientos problemáticos como delincuencia, conducta sexual temprana y problemas académicos. Es importante ubicar el consumo de drogas, como un problema mucho más extenso, como son las conductas de riesgo que sitúan la salud del individuo en conflictos a corto y a largo plazo. Existen otras conductas protectoras de la salud como poner en práctica una buena relación con sus pares, el ejercicio físico, saber tomar decisiones y de esta forma no permitir la influencia del grupo, entre otras. La salud del adolescente recae en un balance entre los factores de riesgo y de protección. (Vicario & Romero, 2005).

Los factores de riesgo se dividen en:

4.2.4.1. Biológicas

- Los hombres están relacionados con un mayor riesgo de abuso de drogas.
- Efectos hormonales: los jóvenes que presenten niveles altos de andrógenos pueden aumentar la agresividad y mostrar conductas de riesgo.
- Predisposición genética: los hijos de padres consumidores tienen mayor probabilidad de abuso de sustancias que los hijos de padres no consumidores.
- Inicio asincrónico de la pubertad: los hombres con desarrollo retrasado y las mujeres con desarrollo temprano puede desembocar una baja autoestima y más riesgo de conductas de riesgo.
- Edad: el comienzo del consumo de sustancias de fácil acceso se realiza usualmente de 15 y 18 años y sobre los 18 años para otras drogas ilegales. El comienzo para usar drogas se estima que es antes de los 15 años y esto va aumentar el riesgo de abuso hacia el

futuro. Pero el riesgo para el comienzo de uso de todas las drogas va a disminuir a partir de los 20 años.

- Los cambios importantes que se producen en la adolescencia crean un período de extrema vulnerabilidad. (Vicario & Romero, 2005)

4.2.4.2. Factores psicológicos

- Los adolescentes que se muestran impulsivos o que buscan experimentar emociones nuevas pueden ser más propensos al abuso de drogas y otras conductas de riesgo.
- El mantener un nivel bajo de inteligencia puede influir en no percibir los riesgos asociados al uso de drogas.
- Las actitudes y pensamientos del adolescente que tienen hacia las drogas (creencias y expectativas) están conectadas con el uso de drogas. Los consumidores consideran positivamente las consecuencias que trae el consumir a diferencia de los que no consumen que lo hacen negativamente. Entonces podemos decir que a medida que el individuo considere el consumo, minimiza las consecuencias y valora más las positivas.
- Presentar problemas psiquiátricos como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), personalidad antisocial, depresión, y trastornos de la conducta. Para disminuir la tasa de abuso de sustancias es adecuado realizar un diagnóstico y tratamiento de los problemas psiquiátricos en adolescentes.
- Presentar una baja autoestima, inmadurez, impulsividad, rebeldía, desequilibrio afectivo, dificultad para relacionarse y la inexperiencia entre otras. (Vicario & Romero, 2005)

4.2.4.3. Factores familiares.

- La educación de los padres: los padres permisivos que no dictan límites claros o aquellos con estilo autoritario, que no brindan espacio para el desarrollo del adolescente, tienen hijos con mayor riesgo de uso de drogas.
- Los problemas familiares y mala relación padres e hijos, más que la estructura familiar, ha sido asociado con el uso de drogas.
- El consumo de los padres influye, aumentando la posibilidad de consumir. Además, si los hijos asisten a los padres como por ejemplo poner un vaso de vino, encender un cigarrillo, comprar tabaco, entre otras. tienen una mayor probabilidad de uso. Hay momentos en que los padres usan drogas esto puede funcionar como un repelente para

el hijo, al presenciar las consecuencias negativas del consumo. (Vicario & Romero, 2005)

4.2.4.4. Factores escolares.

- Al presentar una mala adaptación, fracaso escolar, y el déficit de atención influyen en el consumo de drogas. En cambio, si los jóvenes se sienten unidos en la escuela, si los padres esperan un alto logro académico y también si los chicos están involucrados en actividades extracurriculares disminuye la probabilidad de consumo. (Vicario & Romero, 2005)

4.2.4.5. Factores relacionados al grupo de amigos.

- La presión del grupo se ha considerado que es lo que desalinea a un adolescente, es decir el cambio de una conducta positiva a otra negativa. Por tanto, el grupo va a incitar a los adolescentes deseos y necesidades de consumo, y es más posible que esto se genere como un tipo una protección contra un estrés.
- Contar con la presencia de amigos consumidores de drogas, es un indicador importante de consumo de drogas en el adolescente.
- Percepción sobreestimada del consumo de otros compañeros. Si los jóvenes se involucran en actividades como el deporte, teatro, música, etc. Va a disminuir la probabilidad que se relacione con los individuos que consumen drogas. (Vicario & Romero, 2005)

4.2.4.6. Factores socioculturales y ambientales.

- Leyes y normas sociales favorables al uso de drogas, hay que tener presente que aunque la mayor parte de la sociedad no acepte el uso de drogas, si puede ser aceptado dentro de distintos grupos en donde el adolescente se relaciona.
- Disponibilidad y presencia de drogas: si existe mayor facilidad de encontrar sustancias, va a aumentar el consumo. La táctica de subir el precio de las sustancia puede conducir a una disminución del consumo.
- Si existe una percepción de riesgo baja hacia las consecuencias del consumo esta se va a agrandar. Los adolescentes que piensan que el consumo de drogas tiene efectos negativos consumen menos en comparación de los que no piensan así.
- Las comunidades componen un riesgo de consumo de drogas y conductas penales debido a que se encuentran asociados al desempleo, escasas relaciones sociales, y

educación limitada. En caso de que la pobreza no sea extrema no se constituye como un factor de riesgo. Es importante aclarar que a través de diversos estudios se ha demostrado que el consumo de drogas está relacionado también a la disponibilidad económica.

- La exposición incesante hacia la televisión, celular, vídeos, películas, juegos, revistas, que hacen referencias a sustancias como tabaco, alcohol y drogas, sin hacer ningún recuerdo de los efectos secundarios que trae consigo. Y en muchos casos su uso lo comparan al glamour, éxito social, diversión, deporte, deseo. Por tanto es de gran importancia enseñar a los adolescentes a ser críticos con el consumo y la publicidad embaucadora.(Vicario & Romero, 2005)

4.2.5. Drogas.

Según la Organización mundial de la salud (OMS) (citado del ayuntamiento de Coruña, 2017) la droga es toda sustancia que al momento de ser introducida en un organismo vivo ya sea por cualquier vía (inhalación, intramuscular, endovenosa, ingestión) tiene la capacidad de provocar sobre el sistema nervioso central alteraciones físicas y/o psicológicas, Adicional a esto puede ocasionar, experimentación de nuevas sensaciones o la transformación de un estado psíquico, en otras palabras, puede cambiar el comportamiento de la persona, y de igual forma puede desarrollar dependencia y tolerancia en sus consumidores. (Ayuntamiento de Coruña, 2017).

Para Caudevilla Fernando (2008) droga de abuso se describe de mejor manera lo que culturalmente conocemos como droga: “es una sustancia de uso no médico que presenta efectos psicoactivos (capaces de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y capaz de ser autoadministrada”. Así, la diferencia entre una droga y un fármaco no está dada por criterios farmacológicos, médicos o químicos, sino más bien por dos características de tipo instrumental y social: en donde el propio individuo es quien se administra la sustancia sin ninguna prescripción médica y que el propósito sea distinto al de la curación de una patología. (Caudevilla, 2008).

4.2.6. Clasificación de las drogas.

Según Molina Diana y otros autores (2016) a las drogas se les puede congrega según la procedencia, la intensidad de la adicción que provocan, el tipo de dependencia, su pertinencia en la sociedad legalmente, los efectos que producen en el Sistema Nervioso y muchas otras variantes.(Molina et al., 2016)

4.2.6.1. Clasificación jurídica. Para Molina Diana y otros autores (2016) las drogas se catalogan tanto en legales como ilegales. En ciertos casos es complejo entender esta clasificación, debido a que el tabaco se clasifica como droga legal pero los disolventes no, a pesar de que en ambos casos su venta y disfrute está permitida, solo para personas mayores de 18 años. Esta clasificación corresponde a cada ubicación geográfica, y sólo el alcohol y tabaco son sustancias adictivas que se han legalizado a nivel global; en cambio para el resto de las sustancias existen ciertas diferencias, es el caso de la marihuana, que es legal en varios países de Europa. Por tanto, al momento de declarar ilegal el consumo de alguna sustancia tiene como intención evitar el acceso del público a compuestos que se consideran peligrosos.(Molina et al., 2016).

4.2.6.1.1. Drogas legales. Según Molina Diana y otros autores (2016) las drogas legales son todas aquellas en donde la venta ha sido aceptada a través de recetas o directamente. El alcohol, puede ser consumido de manera legal en las bebidas a excepción de los menores de edad. La fabricación y el expendio de estas drogas están constituidos por leyes y normas de los diversos gobiernos. Dentro de las drogas legales podemos mencionar: tabaco, alcohol, psicofármacos, estimulantes menores y otras sustancias (heroína, metadona), psicotrópicos que se dan únicamente bajo prescripción médica, disolventes de uso tanto doméstico como industrial.(Molina et al., 2016).

4.2.6.1.2. Drogas ilegales. Para Molina Diana y otros autores (2016) las drogas ilegales son todas aquellas cuya fabricación y expendio son penadas por la ley. Estas drogas son fabricadas en laboratorios ilegales clandestinos y se accede únicamente a través del mercado negro. Dentro de las drogas ilegales podemos encontrar: La metadona, cocaína, derivados del cannabis, drogas sintéticas, heroína entre otras.(Molina et al., 2016)

4.2.6.2. Clasificación según sus efectos

4.2.6.2.1. Depresores. Para Molina Diana y otros autores (2016) también conocidos como psicodépticos, estos inhiben el funcionamiento del Sistema nervioso central, de tal forma que enlentece el ritmo de las funciones corporales y la actividad nerviosa. Los efectos que producen van desde una estimulación inicial seguidamente de una depresión de duración extensa, desinhibición social, relajación, falta de coordinación motora, lenguaje desarticulado, deterioro en el equilibrio, sedación, somnolencia, sueño, adicción, analgesia e incluso puede llegar al coma. Dentro de estas podemos encontrar: el alcohol, los diversos

tipos de opiáceos (heroína, metadona, morfina), algunos psicofármacos como los tranquilizantes, algunos anestésicos, hipnóticos, éxtasis líquido y los inhalantes. (Molina et al., 2016).

4.2.6.2.2. Estimulantes. Según Molina Diana y otros autores (2016) son conocidos como psicoanalépticos, estos van a producir una activación general del Sistema nervioso central y van a incrementar las funciones corporales, el estado de alerta, mejorar el estado de ánimo, la falta de sueño, aumento de energía, disminución del apetito y adicción. Existe una distinción entre estimulantes mayores, como por ejemplo la cocaína en la presentación de sal (clorhidrato de cocaína), como también en la presentación de base libre (crack), también se pueden encontrar las anfetaminas y las metanfetaminas y el éxtasis (MDMA) y menores como la nicotina, las xantinas (cafeína, teína, teofilina, teobromina). (Molina et al., 2016).

4.2.6.2.3 Alucinógenos o psicodislépticos. Para Molina Diana y otros autores (2016) son conocidos como perturbadores, es el grupo más amplio debido a que existen cuantiosos compuestos naturales que son capaces de originar falsas percepciones sensoriales.

Van a producir un estado de conciencia alterado, distorsión de la percepción, tiempo y espacio, cambios rudos en el estado de ánimo, efectos constantes en función del entorno en el que se está consumiendo la droga, mezcla de percepciones sensoriales; presentación de forma esporádica de episodios en los que se reviven los efectos por la droga, sin que ésta se halle presente en el organismo (flashbacks). Algunos ejemplos que podemos encontrar son: el LSD y los compuestos químicamente relacionados como la Psilocibina que se encuentra presente en los hongos alucinógenos y la Mescalina sustancia activa del peyote; los anestésicos disociativos, en donde encontramos la fenciclidina, también llamada como PCP (phenylcyclohexyl piperidine) o polvo de ángel, la ketamina y los cannabinoides (preparados de la planta de marihuana), son considerados alucinógenos menores. (Molina et al., 2016).

4.2.7. Alcohol.

4.2.7.1. Definición. Según Ahumada-Cortez (2012) en términos químicos el alcohol contiene uno o varios grupos de hidroxilos (-OH). El etanol (C₂H₅OH) representa uno de los principales componentes en las bebidas alcohólicas.

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central que se absorbe de manera rápida en el estómago y el intestino delgado y de esta forma al torrente sanguíneo. Una bebida usual va a equivaler a un 0.6 onzas de etanol en su estado puro. Una bebida estándar está considerada como por ejemplo 5 onzas de vino o 1.5 onzas en un licor fuerte (un "shot") como el ron, tequila, vodka o el whisky. (Ahumada-Cortez et al., 2012).

Según Infodrogas (2019) el alcohol es un líquido incoloro, con un cierto olor característico, fácil de mezclar tanto en grasas como en agua; se identifica por ser una sustancia psicoactiva, depresora del sistema nervioso central, y con una alta capacidad de generar dependencia.

Se calcula que aproximadamente 1 gramo de alcohol va aporta al organismo 7,1 kilocalorías (Kcal); esta aportación energética no está acompañada de nutriente ni minerales, proteínas o vitaminas.(Gobierno de La Rioja, 2019).

4.2.7.2. Efectos inmediatos en el organismo. Según el Ministerio de Sanidad (2007) el alcohol que ha sido ingerido en una bebida es absorbido a través del aparato digestivo, de allí pasa a la circulación sanguínea en la que puede perdurar hasta 18 horas. Luego es eliminado a través del hígado. La presencia prolongada de alcohol dentro del organismo es responsable de la mayoría de las lesiones que esta sustancia va a producir en el cuerpo, como la cirrosis hepática o también provocar encefalopatías en donde el funcionamiento de hígado y cerebro se ven gravemente alterados. (Ministerio de Sanidad, 2007)

Según el Ministerio de Sanidad (2007) los efectos del alcohol van a depender de la cantidad consumida, pero también existen otras circunstancias que los pueden acelerar o agravar:

- **La edad:** Los adolescentes son más sensibles a los efectos del alcohol en aspectos que tengan que ver con la memoria, planificación y aprendizaje, y son más resistentes que los adultos ante la descoordinación motora y los efectos sedantes.
- **El peso y el sexo:** El alcohol afecta de manera más grave a las personas que presenten menor masa corporal. Generalmente, las mujeres mantienen un peso bajo y a su vez el tamaño de sus órganos internos va a hacer proporcionalmente más pequeños. Por lo tanto, pequeñas cantidades de alcohol pueden provocar de manera acelerada daños tanto psicológicos como orgánicos y a su vez desarrollar problemas con el alcohol.
- **La cantidad y rapidez de la ingesta:** Dependiendo de la cantidad de alcohol consumida, se puede establecer como de bajo, alto riesgo o peligroso. Por tanto, a

mayor consumo de alcohol en un menor intervalo tiempo, va a existir una mayor posibilidad de intoxicación.

- La mezcla con bebidas carbónicas (colas, tónica etc.) va a acelerar la intoxicación.
- **La ingestión simultánea de comida**, los alimentos grasos, van a enlentecer la intoxicación, pero esto no va a evitar ni reducir los daños que se dan al organismo.
- **La combinación con otras sustancias**, al combinar ya sea tranquilizantes, analgésicos y relajantes musculares, esto va a potenciar los efectos sedantes del alcohol. Cuando se mezcla con cannabis van a aumentar los efectos sedantes de ambas sustancias; pero en el caso de la cocaína, que es un estimulante, los efectos se compensan, y los efectos de ambas sustancias van a aumentar y es como si se consumieran por separado. (Ministerio de Sanidad, 2007)

4.2.7.3. Riesgos y consecuencias del consumo de alcohol.

4.2.7.3.1 A corto plazo (efectos agudos). Según el Ministerio de Sanidad (2007) el abuso de alcohol puede generar los siguientes riesgos:

- Se puede alcanzar una intoxicación etílica, que puede llevar a un coma e incluso la muerte.
- Favorece conductas de riesgo, ya que el alcohol desinhibe y, además, provoca una falsa sensación de seguridad. Esta puede provocar, accidentes de tránsito, prácticas sexuales riesgosas donde pueden contraer enfermedades de transmisión sexual y a su vez embarazos no deseados. (Ministerio de Sanidad, 2007)

4.2.7.3.2 A largo plazo (efectos crónicos). Para el Ministerio de Sanidad (2007) la ingesta excesiva de alcohol puede provocar problemas de salud, conflictos familiares y a su vez sociales. Estos efectos pueden estar presentes incluso en casos de personas que no hayan desarrollado alguna dependencia a la sustancia, podemos destacar los siguientes:

- Aumento de agresividad
- Presencia de depresión
- Cirrosis hepática
- Disfunciones sexuales
- Cardiopatías
- Encefalopatías

- Demencia
- Padecer cáncer
- Psicosis
- Hipertensión arterial
- Alteraciones del sueño
- Gastritis
- Deterioro cognitivo

Uno de los problemas más graves de la ingesta excesiva de alcohol es el padecer una dependencia alcohólica. Que consiste en una enfermedad determinada por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas a tal punto que va a interferir con la salud física o mental de la persona y de igual manera con las responsabilidades laborales, familiares y sociales.

El riesgo de desarrollar una dependencia puede ser por varios factores, a destacar:

- **La vulnerabilidad individual:** los hijos de padre o madre alcohólica tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas con el alcohol, sobre todo si son hombres. Existe más riesgo en aquellos que lo utilizan como un método de escape para aliviar el malestar psicológico o superar sus problemas personales.
- **La edad de inicio:** cuanto más pronto se empiece a beber, más riesgo existe de desarrollar una dependencia en la edad adulta.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos muestra que no existe una cantidad segura en donde no existe la presencia de presentar ciertos riesgos. (Ministerio de Sanidad, 2007)

4.2.8. Tabaco.

4.2.8.1. Definición. La Organización mundial de la salud (2018) (citado de Guerra Páez y Terán Portelles, 2019) el tabaquismo es una enfermedad adictiva de forma crónica que evoluciona con las recaídas. La nicotina es la sustancia que ocasiona una adicción, esta va actuar a nivel del sistema nervioso central. Y es una de las drogas que se considera más adictiva, se menciona que el 70% de los fumadores desean dejar la sustancia, pero sólo un 3% por año lo logra sin ayuda. (Guerra Páez & Terán Portelles, 2019).

Para Guerra Páez y Terán Portelles (2019) se considera una sustancia adictiva si cumple con ciertas características que son la presencia de una conducta compulsiva, repetitiva; no poder analizar el daño que puede llegar a causar; tolerancia: con cada consumo es necesario una mayor

cantidad de sustancia para llegar conseguir el mismo efecto; síndrome de abstinencia: síntomas que causan incomodidad o molestia cuando se disminuye o finaliza el consumo y pueden presentar alteraciones en la vida diaria y social. (Guerra Páez & Terán Portelles, 2019).

Según Guerra Páez y Terán Portelles (2019) a más de fumar cigarrillos, existen adolescentes que utilizan otras formas de consumo como tabaco inhalado, vaporizadores, cigarrillos electrónicos, así como tabaco sin humo, incluido el tabaco de masticar; la dosis de nicotina va a variar entre estos dispositivos. (Guerra Páez & Terán Portelles, 2019).

4.2.8.2. Efectos inmediatos que produce en el organismo el tabaco. Según el Ministerio de Sanidad (2007) fumar un cigarrillo significa exponerse a numerosas sustancias perjudiciales para la salud y al riesgo de desarrollar una dependencia.

El monóxido de carbono se lo puede encontrar en el humo del tabaco, que circula por la sangre a través de los pulmones. Este es el encargado de producir un daño en el sistema vascular, y de la disminución del transporte de oxígeno hacia los tejidos de nuestro organismo, por otra. Además, pueden producir expectoración, fatiga y tos.

La nicotina afecta las áreas del cerebro que regulan las sensaciones placenteras, provocando la aparición de dependencia. Además, actúa en el sistema cardiovascular de tal modo que aumenta la frecuencia cardiaca y la posibilidad de arritmias. Conjuntamente, puede llegar a producir cambios en la viscosidad sanguínea y aumentar los niveles de triglicéridos y colesterol.

El tabaco al poco tiempo de consumirse puede provocar algunas alteraciones en las que podemos encontrar:

La presencia de arrugas prematuras en algunas zonas del cuerpo, por ejemplo: alrededor de los ojos también conocidos como patas de gallo, en la zona del labio superior, barbilla y mejillas, y también puede presenciarse una coloración grisácea de la piel. Se suma a esto también la presencia de manchas en los dientes, infecciones y caries dentales; mal aliento y olor corporal y presencia de manchas amarillentas en uñas y dedos.

Los adolescentes que comienzan a fumar no suelen estar conscientes de los efectos que el tabaco producirá sobre la salud a largo plazo, pero se pueden presentar otros efectos, más cercanos en el tiempo, que han sido demostrados en una población juvenil y que pueden constatarse sin la necesidad de que exista cronicidad en el consumo de tabaco. (Ministerio de Sanidad, 2007).

4.2.8.3. Riesgos y consecuencias del consumo de tabaco. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (citado del ministerio de Sanidad, 2007), el tabaco es la principal causa evitable de enfermedad y muerte de manera prematura a escala global.

Entre las enfermedades que se asocian con el consumo de tabaco podemos encontrar la hipertensión arterial; enfermedad coronaria (angina o infarto de miocardio); accidentes cerebrovasculares (trombosis, hemorragias o embolias); úlcera gastrointestinal; bronquitis crónica; enfisema pulmonar; cáncer de pulmón, laringe renal y de vías urinarias e impotencia sexual principalmente en el hombre.(Ministerio de Sanidad, 2007)

4.2.9. Tratamiento.

Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2010) el tratamiento para la drogadicción tiene como finalidad ayudar al adicto a abandonar la búsqueda y el consumo compulsivos de la droga. El tratamiento puede acoplarse en diversos entornos, de diversas formas y por ciertos intervalos de tiempo. Puesto que la drogadicción suele ser un trastorno crónico distinguido por recaídas fortuitas, por lo general no basta con un solo ciclo de tratamiento a corto plazo. Para varias personas, el tratamiento consiste en un proceso a largo plazo que va a implica varias intervenciones y una supervisión constante. (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010).

Existen varios enfoques con base científica para tratar la drogadicción. El tratamiento para la drogadicción puede incluir terapia de la conducta (como terapia individual o de grupo, terapia cognitiva o manejo de contingencias), medicamentos o una combinación de ellos. La combinación de tratamientos va a depender de las necesidades individuales que presente el paciente y de igual manera el tipo o los tipos de drogas que use. La gravedad con la que se encuentre la adicción y los intentos para dejar de consumir drogas también van a influir en el enfoque del tratamiento. Por último, las personas con adicción también pueden padecer de otros problemas de salud incluyendo otros trastornos mentales, ocupacionales, legales, familiares y sociales, los cuales deben tratarse de forma concurrente. (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010).

Los tratamientos conductuales, como el manejo de contingencias y la terapia cognitiva conductual se han adaptado para trabajar con grupos con la finalidad de mejorar la eficacia y el ahorro de costos. Sin embargo, se ha observado que en adolescentes, puede existir un peligro en cuanto a los efectos involuntarios del tratamiento en grupo; es por ello que los terapeutas

capacitados deben estar pendientes de tales efectos.(Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010).

Prochaska y DiClemente (1993) (citado de Henao 2015) definen los procesos de cambio como “una actividad iniciada o experimentada por un individuo que modifica el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales” (Becoña & Cortés, 2010, p. 70). Los Procesos que contienen actividades cognitivas y conductuales ayudan a los individuos a modificar de manera positiva los hábitos de consumo de sustancias. (Henao et al., 2015).

La psicoeducación: Es una herramienta que ayuda al cambio de manera positiva como por ejemplo la toma de conciencia y el autocontrol ante situaciones que generen complicaciones, la psicoeducación brinda información acerca de las sustancias, los factores de riesgo, protección y prevención de recaídas. También existe la psicoeducación conductual en la que pone énfasis para detectar la adicción, regulación de hábitos, manejo de síntomas y reestructuración de temas asociados con la dependencia. (Henao et al., 2015)

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de estudio

La presente investigación fue de tipo correlacional debido a que se evaluó las dos variables depresión y consumo de drogas legales con la finalidad de estudiar la relación, también fue de carácter exploratorio y descriptiva debido a que es una problemática que se encuentra en constante discusión y de igual forma por qué se caracterizó cada una de las variables de estudio.

Con un diseño no experimental, debido a que no se realizó ninguna manipulación o alteración de las variables de estudio. De igual forma se realizó una investigación de campo que consistía en la recolección directa de datos en los adolescentes partícipes de este proceso investigativo. Esta investigación se caracteriza también por ser de corte transversal, realizada en el período 2021-2022, periodo que fue establecido para valorar la uniformidad o frecuencia del fenómeno.

5.2. Población y Muestra

Los participantes para esta investigación fueron 128 estudiantes de la Unidad Educativa Marieta de Veintimilla de la ciudad de Loja. La selección de la muestra se lo llevo a través de un muestreo no probabilístico, seleccionado aquellos adolescentes que presentaron algún nivel de depresión y de igual manera tomando como referencia los criterios de inclusión y exclusión, que en total fueron 68 adolescentes.

Es necesario caracterizar la muestra de estudio, razón, por lo cual se los ha distribuido de acuerdo el sexo y la edad en las siguientes tablas, que permita determinar con mayor precisión la muestra.

Tabla 1

Distribución de los adolescentes por sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	25	36,8 %
Femenino	43	63,2 %
Total	68	100,0 %

Fuente: Escala de depresión de Beck, aplicado a los adolescentes de la Unidad educativa Marieta de Veintimilla. **Elaborado por:** Diego Armando Iñiguez Sozoranga

Como datos importantes podemos determinar, según se observa en la tabla 1, en la distribución de los adolescentes por sexo, que, de los adolescentes evaluados, la mayor parte de ellos son adolescentes de género femenino con un 63,20%, mientras que el masculino es el 36,80%.

Tabla 2

Distribución de los adolescentes por edades.

	Frecuencia	Porcentaje
De 11 a 12 años	17	25,0 %
De 13 a 14 años	24	35,3 %
De 15 a 16 años	16	23,5 %
De 17 a 18 años	9	13,2 %
De 19 a 20 años	2	2,9 %
Total	68	100,0 %

Fuente: Escala de depresión de Beck, aplicado a los adolescentes de la Unidad educativa Marieta de Veintimilla. **Elaborado por:** Diego Armando Iñiguez Sozoranga

En la tabla 2. Se evidencia que el mayor grupo de edad es de 13 a 14 años con un porcentaje del 35,30%, seguido del grupo de 11 a 12 años con el 25%, el grupo de 15 a 16 años con el 23,50%, el grupo de 17 a 18 años con el 13,20% y en menor número de adolescentes se evidencia en el grupo de 19 a 20 años con el 2,90%.

5.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica e instrumentos de recolección de información utilizada en esta investigación fueron la aplicación de dos instrumentos psicológicos: El inventario de depresión de Beck es un instrumento que se utiliza para la detección de depresión. Es una de las pruebas más utilizadas en la práctica clínica por distintas razones. La primera, por que presenta una elevada fiabilidad. La segunda, es que va permitir diferenciar un paciente con un trastorno depresivo mayor de aquel que solo presenta un ánimo bajo.

El inventario de depresión de Beck presenta 21 preguntas con 4 tipos de respuesta. Van de 0 hasta 3 y van a describir el grado en que nos identificamos con la realidad descrita. En este caso el 0 se interpretaría como no me identifico en lo absoluto y un 3 va a describir que me identifico casi al 100%. (Sabater, 2019)

La prueba ASSIST es un cuestionario que va dirigido a los usuarios para saber si existe consumo de sustancias y que va a ser administrado por medio de un profesional de la salud. El

cuestionario cuenta con ocho preguntas y el completarlo va a tomar aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en gran variedad de comunidades con la finalidad de detectar el consumo de sustancias. (OMS, 2011).

5.4. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Luego de la recolección de la información con los instrumentos, se tabularon los datos obtenidos, mediante el programa (EXCEL) y SPSS. Seguidamente se representaron gráficamente los resultados en tablas de frecuencia, porcentaje, entre otras.

5.5. Procedimiento por Objetivos

Para la ejecución del estudio se debió cumplir con el primer objetivo, que consistió en evaluar los niveles de depresión de los adolescentes a través del Inventario de depresión de Beck, que fue aplicado en modalidad presencial y a todos los estudiantes que asistieron en coordinación con el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) de dicha institución.

Para dar ejecución al segundo objetivo y con la finalidad de identificar el nivel de consumo de sustancias legales en los adolescentes se usó la prueba ASSIST (modificado) respetando siempre la confidencialidad de los resultados encontrados y de igual manera se brindó la confianza necesaria para que los estudiantes respondieran de la manera más sincera.

Para dar consecución al objetivo general, mediante el software estadístico (SPSS) se realizó la relación significativa en cuanto las variables de depresión y consumo de sustancias legales, con ayuda de pruebas estadísticas.

Y finalmente, para dar consecución al tercer y último objetivo se diseñó un plan informativo, cuya finalidad fue promover la prevención de depresión y consumo de sustancias psicoactivas para todos los adolescentes de la institución educativa.

6. RESULTADOS

6.1. Depresión

Tabla 3

Niveles de depresión

	Frecuencia	Porcentaje
Depresión mínima	28	41,2%
Depresión leve	17	25,0%
Depresión moderada	15	22,1%
Depresión severa	8	11,8%
Total	68	100,0%

Fuente: Escala de depresión de Beck, aplicado a los adolescentes de la Unidad educativa Marieta de Veintimilla. **Elaborado por:** Diego Armando Iñiguez Sozoranga

De acuerdo con la tabla 3. En cuanto a la distribución de los adolescentes para conocer los niveles de depresión tenemos que el 41,2 % presenta una depresión mínima, el 25 % presenta una depresión leve, con el 22,10 % mantienen una depresión moderada, y el 11,80 % una depresión severa.

6.2. Consumo de sustancias legales

Tabla 4

Consumo de Alcohol

	Frecuencia	Porcentaje
No consume	33	48,5%
Riesgo bajo	15	22,1%
Riesgo moderado	19	27,9%
Riesgo alto	1	1,5%
Total	68	100,0%

Fuente: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST, aplicado a los adolescentes de la Unidad educativa Marieta de Veintimilla. **Elaborado por:** Diego Armando Iñiguez Sozoranga

De acuerdo con la tabla 4. En cuanto a la distribución de los adolescentes para medir la gravedad de consumo de alcohol tenemos que el 48,50 % no consume alcohol, el 27,90% presenta un riesgo moderado, con el 22,10 % mantienen un riesgo bajo y el 1,50 % un riesgo alto.

Tabla 5*Consumo de Tabaco*

	Frecuencia	Porcentaje
No consume	58	85,3%
Riesgo bajo	2	2,9%
Riesgo moderado	7	10,3%
Riesgo alto	1	1,5%
Total	68	100,0%

Fuente: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST, aplicado a los adolescentes de la Unidad educativa Marieta de Veintimilla. **Elaborado por:** Diego Armando Iñiguez Sozoranga

De acuerdo con la tabla 5. En cuanto a la distribución de los adolescentes para medir la gravedad de consumo de tabaco tenemos que el 85,30 % no consume tabaco, el 10,30% presenta un riesgo moderado, con el 2,90 % mantienen un riesgo bajo y el 1,50 % un riesgo alto.

Luego, de haber analizado cada uno de los datos que me permitieron identificar el nivel de depresión y de consumo de sustancias legales en adolescentes, ahora es necesario analizar aquellos datos que me permitirán determinar la relación entre los niveles de depresión y consumo de drogas legales en los adolescentes de la Unidad Educativa Marieta Veintimilla.

6.3. Relación entre depresión y consumo de sustancias legales**Tabla 6***Niveles de depresión con consumo de alcohol.*

			No consume	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto	Total
Nivel de depresión	Depresión mínima	Recuento	14	8	6	0	28
		% del total	20,6%	11,8%	8,8%	0,0%	41,2%
	Depresión leve	Recuento	10	4	3	0	17
		% del total	14,7%	5,9%	4,4%	0,0%	25,0%
	Depresión moderada	Recuento	6	3	6	0	15
		% del total	8,8%	4,4%	8,8%	0,0%	22,1%
	Depresión severa	Recuento	3	0	4	1	8
		% del total	4,4%	0,0%	5,9%	1,5%	11,8%
	Total	Recuento	33	15	19	1	68
		% del total	48,5%	22,1%	27,9%	1,5%	100,0%

Elaborado por: Diego Armando Iñiguez Sozoranga

En la tabla 6, se muestra la relación de los niveles de depresión con la gravedad del consumo de alcohol en los adolescentes, en donde encontramos los siguientes datos, del 41,2% de

adolescentes que presentan depresión mínima, el 20,6% no consume bebidas alcohólicas, pero existe un 11,8% de adolescentes que tienen un riesgo bajo en cuanto al consumo de alcohol, y un 8,8% que presenta un riesgo moderado. Del 25% de adolescentes que presentan depresión leve, el 14,7% no consume bebidas alcohólicas, pero existe un 5,9% de adolescentes que tienen un riesgo bajo en cuanto al consumo de alcohol, y un 4,4% que presenta un riesgo moderado. Del 22,1 % de adolescentes que presentan depresión moderada, el 8,8% no consume bebidas alcohólicas, pero existe un 8,8% de adolescentes que tienen un riesgo moderado en cuanto al consumo de alcohol, y un 4,4% que presenta un riesgo bajo. Del 11,8 % de adolescentes que presentan depresión severa, el 5,8% de adolescentes tienen un riesgo moderado en cuanto al consumo de alcohol, el 4,4% no consume, y un 1,5% presenta un riesgo alto.

Tabla 7

Niveles de depresión con consumo de tabaco.

			No consume	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto	Total
Nivel de depresión	Depresión mínima	Recuento	26	0	2	0	28
		% del total	38,2%	0,0%	2,9%	0,0%	41,2%
	Depresión leve	Recuento	14	1	2	0	17
		% del total	20,6%	1,5%	2,9%	0,0%	25,0%
	Depresión moderada	Recuento	12	1	2	0	15
		% del total	17,6%	1,5%	2,9%	0,0%	22,1%
	Depresión severa	Recuento	6	0	1	1	8
		% del total	8,8%	0,0%	1,5%	1,5%	11,8%
	Total	Recuento	58	2	7	1	68
		% del total	85,3%	2,9%	10,3%	1,5%	100,0%

Elaborado por: Diego Armando Iñiguez Sozoranga.

En la tabla 7, se muestra la relación de los niveles de depresión con la gravedad del consumo de tabaco en los adolescentes, en donde encontramos los siguientes datos, de los 41,2% de adolescentes que presentan depresión mínima, el 38,2% no consume tabaco, pero existe un 2,9% de adolescentes que tienen un riesgo moderado en cuanto al consumo de tabaco. Del 25% de adolescentes que presentan depresión leve, el 20,6% no consume tabaco, pero existe un 2,9% de adolescentes que tienen un riesgo moderado en cuanto al consumo de tabaco, y un 1,5% que presenta un riesgo bajo. Del 22,1% de adolescentes que presentan depresión moderada, el 17,6% no consume tabaco, pero existe un 2,9% de adolescentes que tienen un riesgo moderado en cuanto

al consumo de tabaco, y un 1,5% que presenta un riesgo bajo. Del 11,8 % de adolescentes que presentan depresión severa, el 8,8% no consume tabaco, pero existe un 1,5% de adolescentes que tienen un riesgo alto.

Tabla 8

Relación entre depresión y consumo de drogas legales.

			Gravedad de consumo de tabaco	Gravedad de consumo de alcohol	Nivel de depresión
Rho de Spearman	Gravedad de consumo de tabaco	Coefficiente de correlación	1,000	,281*	,189
		Sig. (bilateral)	.	,020	,123
		N	68	68	68
	Gravedad de consumo de alcohol	Coefficiente de correlación	,281*	1,000	,179
		Sig. (bilateral)	,020	.	,144
		N	68	68	68
	Nivel de depresión	Coefficiente de correlación	,189	,179	1,000
		Sig. (bilateral)	,123	,144	.
		N	68	68	68

Elaborado por: Diego Armando Iñiguez Sozoranga

En la tabla 8. Se evidencia la correlación entre depresión y el consumo de sustancias legales en estudiantes de la institución educativa Marieta de Veintimilla, donde se obtuvo una significativa mayor al 0,05 requerido, siendo este de 0,144 en el caso de consumo de alcohol y de 0,123 en el consumo de tabaco, demostrando que en ambos casos no existe una relación significativa entre las variables.

6.4. Plan informativo de prevención.

Plan preventivo para depresión y consumo de sustancias.

Dentro de los objetivos específicos de esta investigación se planteó diseñar un programa informativo de prevención para la depresión y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.

Presentación

El presente programa informativo está dirigido desde un enfoque cognitivo conductual que tiene como finalidad prevenir la sintomatología depresiva y de igual forma las conductas adictivas

de sustancias psicotrópicas (alcohol y tabaco), mediante psicoeducación en donde se brinda conceptos concretos, de esta forma se pretende socializar los temas como por ejemplo generalidades, tipos, factores de riesgo y protección e incentivar a la población a que tome consciencia de las problemáticas presentadas, con esto se pretende conseguir que los índices de depresión y consumo de sustancias psicotrópicas disminuyan y de esta forma mejorar la calidad de vida de los individuos.

Justificación

El plan informativo de prevención para depresión y consumo de sustancias psicoactivas se plantea a raíz de los resultados encontrados en la investigación, por lo que surgió la idea de brindar a los adolescentes contenidos informativos que sean llamativos donde se desea proyectar información primordial de la depresión y consumo de sustancias psicoactivas y de esta forma persuadir a los adolescentes a que conozcan a cerca de las temáticas y a su vez mostrar generalidades específicas del tratamiento.

Objetivo general

- Ofrecer a los adolescentes psicoeducación mediante guías de apoyo con la finalidad de disminuir el índice de la depresión y el consumo de sustancias y mejorar la calidad de vida.

Objetivos específicos

- Recomendar estrategias que ayuden a estabilizar la sintomatología de depresión y consumo de sustancias.
- Incentivar a los adolescentes a la búsqueda de ayuda profesional.

Metodología

El plan informativo de prevención se realizará en dos talleres en donde se presentará dos guías que tendrán como objetivo instruir a los adolescentes en cuanto a los problemas de depresión y consumo de sustancias de igual forma presentarles ciertas recomendaciones que ayudaran a estabilizar la sintomatología de la depresión y el consumo de sustancias, de esta forma se pretende incentivar a la población a que visiten a profesionales de la salud mental.

Taller 1: Cuida tu ánimo

Objetivo: Ofrecer a los adolescentes psicoeducación mediante guías de apoyo con la finalidad de disminuir el índice de la depresión y mejorar la calidad de vida. Recomendar estrategias que

ayuden a estabilizar la sintomatología de depresión e incentivar a los adolescentes a la búsqueda de ayuda profesional.

Duración: 80 a 120min.

Estrategias para utilizar y materiales:

- **Psicoeducación:** ¿Qué es?; niveles; síntomas; factores de riesgo; etapas; ¿cómo se diagnostica?; ¿Qué puedo hacer?; ¿Cómo se trata? y ¿Qué puede ayudar?
- **Guía informativa de prevención para depresión. (Anexo 4. Pag. 56)**

Procedimiento

Fase 1: Se procederá a informar a los adolescentes sobre la importancia de recibir atención psicológica, señalando las ventajas en su calidad de vida y a su vez brindando información clave a cerca de la depresión de manera que los estudiantes conozcan acerca del tema y de esta manera persuadir a buscar ayuda profesional en caso de que ciertos individuos se sientan identificados con los trastornos planteados.

Fase 2: Se socializará una guía informativa que nutra de conocimientos a los adolescentes, con respecto a la depresión, así mismo dar a conocer ciertas estrategias que servirán en caso de que estén padeciendo cierta sintomatología.

Taller 2: Yo aprendo

Objetivo: Ofrecer a los adolescentes psicoeducación mediante guías de apoyo con la finalidad de disminuir el índice de consumo de sustancias psicotrópicas (alcohol y tabaco) y mejorar la calidad de vida. Recomendar estrategias que ayuden a estabilizar la sintomatología del consumo e incentivar a los adolescentes a la búsqueda de ayuda profesional.

Duración: 80 a 120min.

Estrategias para utilizar y materiales:

- **Psicoeducación:** ¿Qué es?; efectos; consecuencias; factores de riesgo y protección; mitos y realidades; evolución del consumo y ¿Dónde se puede acudir?
- **Guía informativa de prevención para el consumo de sustancias. (Anexo 5. Pag.59)**

Procedimiento

Fase 1: Se indagará con los adolescentes sobre la importancia de recibir atención psicológica, señalando las ventajas en su calidad de vida y a su vez brindando información clave a cerca del consumo de manera que los estudiantes se instruyan acerca del tema y tomen consciencia de las consecuencias que trae consigo el consumo.

Fase 2: Se socializará una guía informativa que aporte información a los adolescentes, con respecto al consumo de sustancias, y de esta manera tratar de modificar ciertos pensamientos que se tenía respecto a las drogas.

Seguimiento

Al concluir con la aplicación del plan informativo de prevención tanto para depresión y consumo de sustancias, se planea realizar un seguimiento con la finalidad de verificar la efectividad de la intervención que se realizó mediante guías informativas y psicoeducación, se recolectara información de parte del departamento de psicología de la institución y se analizar la incidencia de acuerdo a las problemáticas, en caso de que se encuentren casos de alta gravedad es conveniente intervenir de manera inmediata.

7. DISCUSIÓN

En relación con los resultados obtenidos en la presente investigación y con el fin de dar respuesta a la pregunta establecida, ¿Determinar la relación entre el nivel de depresión y los niveles de consumo de sustancias legales adolescentes? Me permito contrastar dicha información con diferentes posturas de varios autores, para empezar tomare como referencia un estudio de consumo de alcohol y depresión en adolescentes de una institución educativa de la ciudad de Cajamarca presentada por Llerena Carvajal Génesis (2019), los niveles de depresión muestran que el 27,1% pertenece a depresión leve, el 27,7% a depresión moderada y el 16% a depresión severa, de esta forma determino que en la institución 7 de cada 10 estudiantes de bachillerato tienen depresión, datos sumamente importantes al momento de comparar con el resultado de este estudio, debido a que presenta una relación de gran importancia en cuanto a la prevalencia de los niveles de depresión, cabe destacar que en este estudio se realizó con una muestra mucho más pequeña en comparación con la que se plantea de referencia, destacando así cierto alejamiento en los porcentajes pero señalando que cuenta con una gran similitud. (Llerena, 2019).

En un estudio de depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes, presentado por Marcela Veytia López y otros autores (2012), nos muestra que su población de estudio es de 2 292 estudiantes de bachillerato: donde se muestra que el 54% son mujeres y 46% hombres. El 36.1% pertenecen a estudiantes de primer año de bachillerato, 32.8% el segundo año y 30.1% el tercero. Además, 57% de los adolescentes estaba en el turno matutino y 43% en el vespertino. Finalmente, se encontró que el 15.6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión, siendo de mayor prevalencia el sexo femenino (21.3%) que en hombres (8.8%). Por consiguiente, se puede mencionar que existe cierta relación en torno a los resultados obtenidos debido a que de toda la población analizada existe un índice bajo en referencia a padecer de depresión, de igual manera en mi estudio la mayoría de los participantes se posicionan en niveles bajos en cuanto a la gravedad y solo un pequeño porcentaje presuntamente presenta depresión clínicamente significativa. (Veytia et al., 2012).

En el estudio de prevalencia del consumo de alcohol en estudiantes de bachillerato en Ecuador propuesto por Clavijo y Mancheno (2017) muestra que, de 173 estudiantes de bachillerato el 87% mantienen un consumo de bajo riesgo, un 12% en consumo de riesgo, y un 2% consumo perjudicial o de dependencia. En comparación con este estudio se puede apreciar que el 22,1% presenta un consumo de bajo riesgo, un 27,9% consumo de riesgo moderado, y un 1,5% de riesgo

alto, también cabe aclarar que existe un 48.9% de adolescentes, que presuntamente no consumen algún tipo de bebida alcohólica. (Clavijo Ponce, 2017).

En el estudio de prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Coatzacoalcos, Veracruz presentada por Tegoma Ruiz y Cortaza Ramírez (2016), el 59.3% de los adolescentes habrían consumido alcohol en algún momento de su vida y el 43.5% en el último año. Con respecto al patrón de consumo, el 79.6% presenta un consumo de bajo riesgo, el 18.5% muestra un consumo de riesgo y el 1.9% presenta un consumo perjudicial. En comparación con mi estudio se puede apreciar que existe un cierto descenso en cuanto a la prevalencia de consumo de alcohol, debido a que existe un 48.9% de adolescentes que, en la actualidad, se presume que no consumen algún tipo de bebida alcohólica. (Tegoma-Ruiz & Cortaza-Ramírez, 2016).

En un estudio de prevalencia del tabaquismo en adolescentes de la Secundaria Básica "Argenis Burgos" presentada por Quinzán Luna Ana María y otros autores (2015), muestran que la prevalencia en cuanto al consumo de tabaco es de 29,0% con 38 adolescentes fumadores, y 41,2 % (54 estudiantes) habían usado el cigarro alguna vez. En comparación con mi estudio se puede decir que existe una relación debido a que el consumo de tabaco no se encuentran tan marcado en los adolescentes por tal motivo existe una prevalencia de consumo muy baja (Ana et al., 2015).

En un estudio de prevalencia y posibles factores asociados al consumo tabáquico en adolescentes escolarizados presentado por Sandra Patricia Moreno Reyes y otros autores (2020), en el estudio, se halló una prevalencia global del consumo de tabaco del 38.5%; los productos más usados son el cigarrillo electrónico 20% y el cigarrillo convencional 18.5%. En comparación con mi estudio se puede decir que existe una relación debido a que el consumo de tabaco no se encuentran tan manifiesto en los adolescentes por tanto existe una prevalencia de consumo muy baja (Patricia et al., 2020).

8. CONCLUSIONES

- En este estudio se estableció que no existe una relación entre depresión y consumo de drogas legales en los estudiantes de la Institución Educativa Marieta de Veintimilla de la ciudad de Loja. Debido a que los índices de consumo de ambas sustancias fueron poco prevalentes en el grupo de participantes que presentaron distintos niveles de depresión. Además, mediante la prueba estadística de Spearman el nivel de significancia de ambas sustancias fue mayor que 0.05 por lo que se determinó con mayor precisión que no existe relación entre las variables de estudio. Entonces esto demostró que el consumo de drogas legales no está relacionado con la depresión. Por lo que se podría mencionar que la depresión no siempre está asociado con el consumo, sino por el contrario puede deberse por causas genéticas, psicológicas, sociales, biológicas, entre otras, por ende con esta investigación se puede contribuir información, que determina que la depresión no siempre se relaciona de manera directa con el consumo de drogas legales.
- Mediante este estudio se determinó que el nivel de depresión, en la mayoría de los estudiantes es mínima; lo cual revela que mantienen una estabilidad emocional. Esto es importante porque se puede afirmar que los estudiantes han creado habilidades para afrontar situaciones de frustración.
- De igual forma en este estudio se identificó con respecto a los niveles de consumo de drogas legales, que gran parte de los estudiantes han consumido alcohol, pero en cuanto al consumo de tabaco se puede determinar que la gran mayoría de los estudiantes no la consumen.
- Para finalizar se elaboró un plan o programa de promoción y prevención para depresión y el consumo de drogas con el propósito de dar información pertinente a los adolescentes y de cierta forma dar pautas para que puedan desarrollar habilidades que les ayude afrontar situaciones frustrantes de manera sana.

9. RECOMENDACIONES

- Sería importante que para las siguientes investigaciones acerca de estas dos variables juntas o individuales, se investigue mucho más sobre el tema debido a que los resultados pueden disminuir, permanecer o aumentar, de aquí a unos años, y conocer su secuencia es de vital importancia para crear nuevas estrategias y fabricar nuevos planes para tratar de lidiar con estas dos problemáticas.
- Se recomienda fomentar programas de promoción y prevención, con la finalidad de crear estrategias de afrontamiento en los estudiantes frente a estas problemáticas, las cuales están relacionadas a factores de riesgo en esta etapa de la vida, con la intención de disminuir sobre todo la incidencia de la depresión en los estudiantes, debido a que la población adolescente es estimada de alta vulnerabilidad.
- Se recomienda a los profesionales de la salud mental ya sea de forma particular o de las instituciones que sigan promoviendo la prevención y tratamiento en los estudiantes; de igual forma brindar información sobre el consumo de drogas; puesto que al estar informado sobre estos temas sabrán qué hacer bajo diversas situaciones.

10. BIBLIOGRAFIA

- Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., & Valdez-Montero, C. (2012). El consumo de alcohol como un problema de salud pública. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 50(3), 425–426. <https://doi.org/10.35197/rx.13.02.2017.01.ja>
- Ana, D., Quinzán, M., Yailen, I. D., Quinzán, S., Ana, I. I. D., Vantour, C. L., Lucia, I. D., Pérez, A., Ii, P., & Ramón, R. (2015). *Prevalencia del tabaquismo en adolescentes de la Secundaria Básica “Argenis Burgos.”* 19(10), 1232–1237.
- Ayuntamiento de Coruña. (2017). Coruña sin drogas. *Coruña Sin Drogas*, 1. <http://www.coruna.gal/corunasindrogas/es/sustancias/formas-de-consumo?argIdioma=es>
- Becoña Iglesias, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles Del Psicólogo*, 77, 25–32.
- Carrasco, A. E. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: Hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 181–189. <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v51i2.119>
- Casañas, R., Catalán, R., Raya, A., & Real, J. (2014). Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria: ensayo clínico controlado aleatorizado. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(121), 145–146. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352014000100009>
- Caudevilla, F. (2008). *Drogas : Conceptos Generales , Del Consumo.*
- Cid, M. T. C. Del. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública Depression and its impact in public health. *Rev Méd Hondur*, 89(1), 1–68.
- Clavijo Ponce, N. A. (2017). “ *Prevalencia del consumo de alcohol en estudiantes de la Unidad Educativa Brethren* ” *Informe final del Trabajo de Grado Académico , previo a la obtención AUTORA* : 1–41.

- Ferro García, R. (2014). La depresión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(112), 187–204.
- Gasto, C., & Navarro, V. (2007). *La depresión La depresión*. 38. <https://consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf>
- Gobierno de La Rioja. (2019). Alcohol y bebidas alcohólicas. *Infodrogas*, 8. <https://www.infodrogas.org/drogas/alcohol>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>
- Guerra Páez, V. R., & Terán Portelles, V. E. (2019). *Asociación Entre Disfunción Familiar Y Características De La Familia Con El Consumo De Drogas, Alcohol Y Tabaco En Estudiantes De Primer Semestre De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador - Sedes Ibarra, Quito, Portoviejo Y Santo Domingo En El Año*. http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16871/TESIS_Consumosustancias_ValeriaGuerra_VanessaTeran_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=El 17%25 de los estudiantes,y 0%2C7%25 cocaína.
- Hall, V. (2003). Depresión fisiopatología y tratamiento. *Centro de Información y Medicamentos*, 57. <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>
- Henao, M. E., Lopera, A. M. G., & Ferrer, L. F. G. (2015). Abordaje integral para la intervención de conductas adictivas. In *Municipio de Medellín - Secretaría de Salud*.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2016). *Depresión*. <https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/depresion>
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2010). Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. *National Institute on Drug Abuse*, 15–22.

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/preguntas-frecuentes/en-que-consiste-el-tratamiento-para-la-dro>

Junta de Castilla y León. (2018). *Tipos de depresión*. 1–2.

Llerena, G. (2019). *Relación de la depresión y consumo de alcohol en estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Palora (UEP) (tesis de licenciatura)*.
<http://200.12.169.19/handle/25000/19461>

Maddaleno, M., Morello, P., & Infante, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década.[revista en Internet] 2003 [Citado el 28 Octubre de 2018]. *Salud PMaddaleno, M., Morello, P., & Infante, F. (2003). Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes En Latinoamérica y El Caribe: Desafíos Para La Próxima Década.[Revista En Internet] 2003 [Citado El 28 Octubre de 2018]. Salud Pública de México, 45, S13, 45, S132–S139. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700017%0Ahttp://philosophyfaculty.ucsd.edu/faculty/rarneson/Courses/NussbaumVsSocialContract.pdf*

Matalí Costa, J. L., Pardo Gallego, M., Trenchs Sainz De La Maza, V., Serrano Troncoso, E., Gabaldon Fraile, S., & Luaces Cubells, C. (2009). Consumo de drogas en adolescentes. Dilema ético en el abordaje diagnóstico-terapéutico. *Anales de Pediatría, 70(4)*, 386–390.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2008.12.006>

Matos, A., & Manzano, G. (2021). Bases neurológicas de la depresión. In *Analogías del Comportamiento* (Issue 19).
<https://revistasenlinea.saber.ucab.edu.ve/index.php/analogias/article/view/5165>

Mayo clinic. (2020). *La salud de adolescentes y preadolescentes*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/tween-and-teen-health/in-depth/teen-smoking/art-20047069>

- Mayo Clinic Care Network. (2019). Depresión en adolescentes Perspectiva general Síntomas Causas. *Middlesex Health*, 1–10.
- Ministerio de Sanidad, S. S. e I.-P. P. N. sobre D. (2007). *¿Qué Efectos Inmediatos Produce En El Organismo?* 11–13.
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/ciudadanos/informacion/tabaco/menuTabaco/efectos.htm>
- Molina, D. C. T., Pancardo, R. V., Vázquez, M. M. V., Mota, J. L. C., Anguiano, J. F., Ramírez, E. O., Pérez, A. G., Maldonado, B. D., & Ortiz, M. L. (2016). *Adicciones en el Adolescente Prevención y atención desde un enfoque holístico*.
- Montes, C. (2004). La depresión y su etiología: Una patología compleja. *Vitae: Academia Biomédica Digital*, 18, 1.
- OMS. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). In *Oms*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021a). *Depresión*. 2–5.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021b). *Depresión*. Who.
- Patricia, S., Reyes, M., Andrea, P., & Bolaños, C. (2020). *Prevalencia y posibles factores asociados al consumo tabáquico en adolescentes escolarizados **. 20, 1–12.
<https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.1.3>
- Pérez, M., & García, J. (2001). Tratamiento Eficaces Para La Depresion. *Psicothema*, 13, 493–510. <http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>
- Sabater, V. (2019). *Inventario de depresión de Beck ¿ en qué consiste?*
<https://lamenteesmaravillosa.com/inventario-de-depresion-de-beck-en-que-consiste/>
- Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13(0), 13–28.

Tegoma-Ruiz, V. M., & Cortaza-Ramírez, L. (2016). Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Coatzacoalcos, Veracruz. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 239–245. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.10.001>

Veytia, M., González, N., Andrade, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37–43.

Vicario, H., & Romero, R. (2005). Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatría Integral*, 8(2), 137–155.

11. ANEXOS

Anexo 1 Inventario de depresión de Beck

Nombre:

Ocupación Educación:

Estado Civil:

Fecha:

Edad:

Sexo:

Instrucciones.

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

1.

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

2.

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3.

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4.

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5.

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6.

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado

7.

- No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mí mismo.

Me odio a mí mismo.

8.

No me siento peor que otros.

Me critico por mis debilidades o errores.

Me culpo todo el tiempo por mis faltas.

Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9.

No tengo ninguna idea de matarme.

Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.

Me gustaría matarme.

Me mataría si tuviera la oportunidad.

10.

No lloro más de lo habitual.

Lloro más que antes.

Ahora lloro todo el tiempo.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca, aunque quisiera.

11.

No me irrito más ahora que antes.

Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.

Me siento irritado todo el tiempo.

No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12.

No he perdido interés en otras personas.

- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13.

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14.

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado(a) o inatractivo(a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo(a).
- Creo que me veo horrible.

15.

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo

16.

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.

Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17.

No me canso más de lo habitual.

Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.

Me canso al hacer cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18.

Mi apetito no ha variado.

Mi apetito no es tan bueno como antes.

Mi apetito es mucho peor que antes.

Ya no tengo nada de apetito.

19.

Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.

He perdido más de 2 kilos.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 6 kilos.

20.

No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.

Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.

Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más

21.

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

Anexo 2 Test para consumo de drogas (ASSIST) (modificado)

Nombre:

Edad:

Fecha de aplicación:

INSTRUCCIONES

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. A continuación, va a encontrar algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas. Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

PREGUNTA 1

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

PREGUNTA 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, (LAS DROGAS SELECCIONADAS EN LA PREGUNTA 1)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
--	--------------	--------------------	-----------------	--------------------	---------------------------------

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					

PREGUNTA 3

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

PREGUNTA 4

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

PREGUNTA 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (LAS DROGAS SELECCIONADAS EN LA PREGUNTA 1)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					

PREGUNTA 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consume de (LAS DROGAS SELECCIONADAS EN LA PREGUNTA 1)?	Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 mes
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)			

PREGUNTA 7

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (LAS DROGAS SELECCIONADAS EN LA PREGUNTA 1) y no lo ha logrado?	Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 mes
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)			

PREGUNTA 8

	Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 mes
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)			

Anexo 3 Certificado de traducción



**FINE-TUNED ENGLISH
LANGUAGE INSTITUTE**
Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis **“DEPRESIÓN Y CONSUMO DE DROGAS LEGALES EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA MARIETA DE VEINTIMILLA, CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2021”**, autoría de **Diego Armando Iñiguez Sozoranga** con número de cédula **1105704009**, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

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

Loja, 02 de marzo del 2022

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Matriz - Loja: Macará 205-51 entre Rocafuerte y Miguel Riofrío - Teléfono: 072578899
Zamora: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero - Teléfono: 072608169
Yantzaza: Jorge Mosquera y Luis Bastidas - Edificio Sindicato de Choferes - Teléfono: 072301329

www.fte.edu.ec

PROGRAMA INFORMATIVO DE PREVENCIÓN PARA LA DEPRESIÓN

¡Cuida Tu Animo!

Universidad Nacional de Loja
Carrera de Psicología Clínica

PRESENTACIÓN

El presente programa informativo tiene como propósito ser una guía práctica para la prevención de depresión en adolescentes, debido a que la depresión supone un importante problema de salud debido a su incidencia, y a su dificultades sobre la calidad de vida de la persona, sobre la estructura familiar, social y su papel como uno de los principales factores de riesgo para el comienzo del consumo de sustancias. Por todo ello, la depresión se considera de gran importancia no solo para el sistema sanitario, sino también para la sociedad.

Objetivo General

- Desarrollar una guía que permitan difundir a los adolescentes el contenido del programa de Prevención de Depresión.

Objetivo Especifico

- Estructurar contenidos de prevención primaria dirigidos a los adolescentes.
- Entregar material informativo para la propuesta de prevención de Depresión.

¿Qué es la depresión?

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento

Más que solo una tristeza pasajera, la depresión no es una debilidad y uno no puede recuperarse de la noche a la mañana de manera sencilla. La depresión puede requerir tratamiento a largo plazo. La mayoría de las personas con depresión se sienten mejor con medicamentos, con psicoterapia o con ambos

La gravedad de la depresión puede ser muy variable:

- **Leve:** Presenta baja del estado de ánimo y dos o tres manifestaciones más, como fatiga, alteraciones del sueño, del apetito, de la atención o concentración. Pero no afecta sus actividades de la vida diaria.
- **Moderado:** Presenta baja del estado de ánimo de forma importante, asociado a llanto fácil, agotamiento, molestias físicas, alteraciones del sueño, del apetito. Pensamientos de que "no vale nada", "todo le sale mal", aislamiento familiar o social.
- **Grave:** Presentan baja del estado de ánimo de forma severa, llanto, tristeza, aislamiento, pérdida del sueño, del apetito, de interés en todas sus actividades. Piensan que no deben seguir viviendo porque afectan a los demás, que no son capaces de hacer nada, que no valen nada.

Síntomas

Los signos y síntomas frecuentes de depresión en los adolescentes son similares a aquellos en los adultos, pero puede haber algunas diferencias.

En los adolescentes, los síntomas pueden comprender tristeza, irritabilidad, sentirse negativo e inútil, ira, bajo rendimiento o poca asistencia a la escuela, sentirse incomprendido y extremadamente sensible, consumir drogas de uso recreativo o alcohol, comer o dormir demasiado, autolesionarse, perder el interés por las actividades habituales y evitar la interacción social.

Además se pueden sentir los siguientes síntomas físicos asociados:

- Dolor en diferentes partes del cuerpo; dolor de cabeza, por ejemplo. Palpitaciones o presión en el pecho.
- Molestias abdominales o problemas digestivos



Factores de Riesgo

La depresión en niños y adolescentes es un trastorno complejo con múltiples factores de riesgo, tanto biológicos como ambientales, que interactúan entre sí y pueden tener efecto acumulativo. Algunos de ellos predisponen a su padecimiento, mientras que otros pueden actuar como factores desencadenantes y/o de mantenimiento del trastorno.



Individuales	Biológicos	Genéticos	Historia familiar de depresión o trastorno bipolar. La información actual sugiere que los factores genéticos podrían ser menos importantes en la presentación de depresión en la niñez que en la adolescencia.
		Sexo	Antes de la pubertad la frecuencia de trastornos depresivos es prácticamente igual en niños que en niñas; en la adolescencia son entre 2 y 3 veces más frecuentes en el sexo femenino.
		Edad	
	Psicológicos	Problemas crónicos de salud	Incluyendo enfermedades médicas y discapacidades físicas o de aprendizaje.
		Otros trastornos psíquicos	Particularmente trastornos de ansiedad, trastornos de conducta o TDAH. Disforia de género.
		Orientación sexual	Homosexualidad.
Ambientales	Familiares	Temperamento	Tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características cognitivas (por ej. baja autoestima) y conductuales. Conlleva una mayor reactividad a estímulos negativos. Estilo cognitivo rumiativo. Déficits de habilidades sociales.
		Afectividad negativa Otros estilos cognitivos	
	Sociales	Acontecimientos vitales estresantes	Pérdidas u otros acontecimientos traumáticos.
		Trastorno psíquico en los padres	Especialmente depresión (incluyendo depresión/ ansiedad materna en embarazo y posparto). Trastorno por uso/abuso de alcohol u otras sustancias.
Ambientales	Familiares	Conflictos en las relaciones familiares	Separación/divorcio, conflictos conyugales. Conflictos en relaciones paterno-filiales.
		Estilos educativos negativos	Negligencia en cuidados, escasa afectividad o rechazo.
		Maltrato/Abuso	Físico, emocional o sexual.
	Sociales	Problemas escolares	Malá adaptación o fracaso académico.
		Dificultades en las relaciones con iguales	Conflictos interpersonales, ausencia de amistades
		Acoso (bullying)	Incluyendo el trato degradante, la humillación, burla o el rechazo/aislamiento.
Otras circunstancias sociales adversas	Sin hogar, institucionalizados, en centros de acogida o de seguridad. Emigración. Refugiados.		

Etapas de la depresión

- 1 **Suceso desencadenante:** Si bien existen factores de vulnerabilidad tales como la herencia genética o la sensibilidad ante el daño que tienen importancia a la hora de desencadenar un trastorno depresivo, éste suele venir de la mano de la vivencia de un suceso negativo, el cual terminará por desencadenar los primeros problemas.
- 2 **Activación de distorsiones cognitivas:** El suceso desencadenante produce que la persona active una serie de esquemas cognitivos, es decir, el modo en el que se relacionan sus ideas y creencias sobre el mundo y sobre ella misma. Esto hace que la interpretación de lo que le va ocurriendo cambie, generando distorsiones cognitivas que hacen ver el mundo como algo hostil y a sí misma como algo indefenso, incapaz y desesperado.
- 3 **Aparición de síntomas:** A partir del procesamiento distorsionado de la información, la persona empieza a manifestar la sintomatología típica, con un bajo nivel de afecto positivo y un elevado afecto negativo, siendo algunos de ellos el estado de ánimo triste y la disminución de la capacidad de sentir placer, entecimiento mental y físico y búsqueda de aislamiento.

4

Inhibición vital: La aparición de apatía, y abulia (respectivamente falta de energía y motivación, placer y ganas o voluntad de actuar) típica de los trastornos depresivos provoca que el individuo depresivo termine alejándose de actividades que antes le gustaban, tales como hobbies y otras pasiones, aislándose activamente y/o disminuyendo su productividad, efectividad y compromiso.

5

Aparición de problemas mantenedores de la depresión: El conjunto de síntomas de una persona depresiva suele provocar con el tiempo la aparición de nuevos sucesos o aspectos que pueden empeorar o mantener en la mente la sintomatología.

¿Cómo se diagnostica la depresión?

El profesional que haga la evaluación te preguntará sobre tus síntomas para saber cuál es la gravedad de tu depresión. En concreto, te preguntará cuestiones a cerca de:

- Pensamientos, sentimientos y comportamientos.
- Duración de los síntomas y cómo afectan a tu día a día.
- Nivel de actividad diaria.
- Relación con tus familiares y amigos.
- Existencia de problemas que se puedan ver relacionados con la depresión.
- Enfermedades en el pasado.

Es importante que intentes hablar con libertad sobre las cosas que consideres de interés para comprender lo que te pasa. Las entrevistas entre pacientes y profesionales están reguladas por leyes que protegen la confidencialidad.



Generalmente el diagnóstico de la depresión lo hará el psicólogo clínico o el psiquiatra.

¿Qué puedo hacer si tengo depresión?

No tienes por qué enfrentarte a la depresión tú solo. Puedes hacer alguna de estas cosas:

- Cuéntaselo a alguien de tu confianza. Por ejemplo, alguien de tu familia, tu pareja, un amigo o cualquier otra persona con la que te sientas cómodo: no te aisles.
- Habla con tu médico de familia u otro profesional sanitario. De esta manera podrán hacer un diagnóstico adecuado, ofrecerte las diferentes opciones de tratamiento y ayudarte a participar en la toma de decisiones respecto al mismo.
- Si tienes cualquier pensamiento relacionado con la muerte, es importante hablar con alguien de tu confianza que pueda estar contigo hasta que te sientas mejor. También puedes llamar al teléfono de emergencias (911 o 171 opción 6) o solicitar apoyo telefónico específico para pacientes con ideas de suicidio.



A veces puede ser complicado pedir ayuda porque puedes sentirte culpable por estar mal, lo que hace que prefieras ocultar su problema.

¿Cómo se trata la depresión?

Las personas con depresión leve pueden mejorar por sí mismas, sin tratamiento, o con asesoramiento sobre cómo afrontar los problemas o cómo cambiar algunos aspectos del día a día que pueden ayudar a sentirse mejor. Los fármacos antidepresivos y las terapias psicológicas también son útiles en algunos casos.



Para la depresión moderada, las terapias psicológicas y los fármacos antidepresivos son las opciones de tratamiento.



Para la depresión grave, lo más recomendable son los fármacos combinados con terapia psicológica.



¿Qué te puede ayudar?

Planifica el día

- Puedes hacer un listado con las actividades que te propones hacer cada día.
- Al principio, no seas muy exigente contigo mismo.
- Es recomendable que, en la medida de lo posible, hagas actividades gratificantes al menos una vez al día.
- Si incumples algún punto de tu plan, salta a la siguiente actividad.



Actividad Física

- Si puedes, aumenta tu actividad física poco a poco. Mejor si es al aire libre.
- Es preferible una rutina regular de ejercicio, aunque cualquier actividad física es mejor que ninguna.
- Es posible que una actividad física en grupo pueda facilitar el cumplimiento de este objetivo.



Evita el abuso de alcohol y otras drogas

- El abuso de alcohol o el consumo de otras drogas no son buenas soluciones para no sentirte deprimido. Al contrario pueden contribuir a generar otros problemas.
- Pide ayuda a tus amigos, familia o tu médico de familia si deseas disminuir el consumo o lograr la abstinencia.



Higiene del sueño

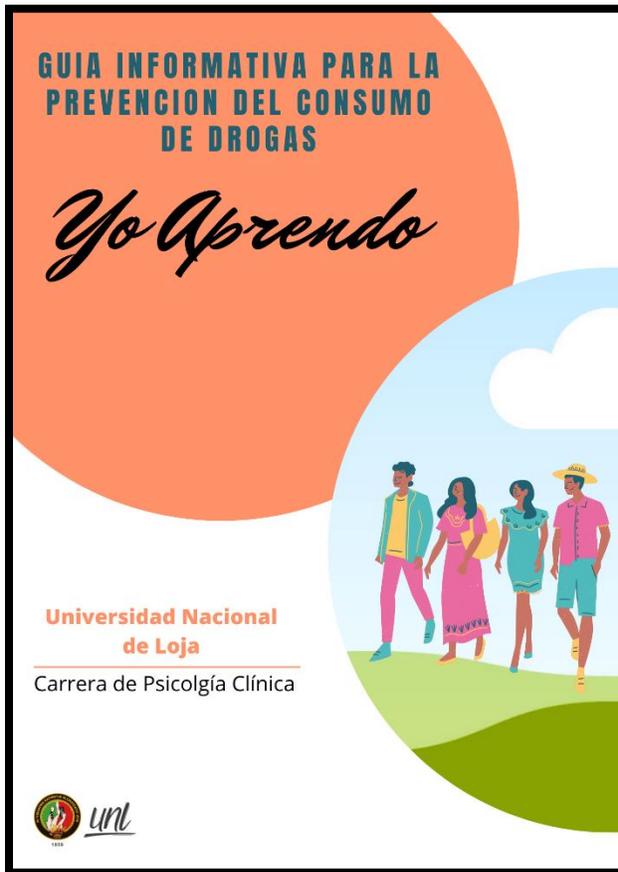
- Si no puedes dormir, ni estar a gusto en la cama, levántate y vete a otra habitación hasta que te apetezca volver a la cama.
- También puedes escuchar música desde la cama poniéndola en un volumen bajo.
- Puede venirte bien tener unos mismos horarios para acostarte.



Bibliografía

Ferro García, R. (2014). *La depresión. Análisis y Modificación de Conducta*, 27(112), 187–204.

Anexo 5 Guía informativa de consumo de sustancias



PRESENTACIÓN

El presente programa informativo tiene como propósito ser una guía práctica para la prevención de consumo de sustancias en adolescentes, debido a que la adicción supone un importante problema de salud debido a su incidencia, y a su dificultades sobre la calidad de vida de la persona, sobre la estructura familiar y social.

La guía comprende acciones concretas, centradas fundamentalmente en la prevención y la sensibilización social. También incluye medidas para mejorar la capacidad del sistema para diagnosticar y tratar precozmente el problema, así como otras para disminuir el daño en las personas consumidoras.

Objetivo General

- Desarrollar una guía que permitan difundir a los adolescentes el contenido del programa de Prevención de Consumo de sustancias.

Objetivo Específico

- Estructurar contenidos de prevención primaria dirigidos a los adolescentes.
- Entregar material informativo para la propuesta de prevención de Consumo de sustancias.

¿A qué se Denomina Prevención?

Se denomina Prevención al conjunto de medidas que se adoptan con anticipación antes de que ocurra una determinada situación o para minimizar sus efectos negativos. Prevención del consumo de sustancias psicoactivas es evitar o reducir los diversos factores que influyen para que un sujeto llegue a consumir drogas, así como las consecuencias que se derivan de este. La prevención se realiza mediante un conjunto de actividades integradas en un programa, encaminadas a limitar o anular los diferentes factores que favorecen el consumo de drogas, desarrollando factores de protección, seguridad y resistencia en los individuos y la comunidad.



¿Qué son las drogas?

Una sustancia psicoactiva es una sustancia que las personas toman para modificar la forma en que se sienten, piensan o comportan. Esta descripción abarca al alcohol y el tabaco, así como a otras drogas naturales o artificiales. En el pasado, la mayoría de las drogas que se utilizaban provenían de plantas. Es decir, se cultivaban plantas y luego se las convertía en drogas como la cocaína, la heroína y la cannabis (o marihuana). En el siglo XX, las personas encontraron la forma de hacer drogas a partir de productos químicos.



¿QUE ES EL ALCOHOL?

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

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

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



¿QUÉ EFECTOS INMEDIATOS PRODUCE EN EL ORGANISMO?

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

Pocos minutos después de haber bebido, pueden aparecer una serie de efectos, cuya manifestación varía según la cantidad ingerida y las características de cada persona. Por orden de aparición en el tiempo y en relación con la concentración de alcohol en el organismo, estos efectos serían los siguientes:





Desinhibición
Euforia
Relajación
Aumento de la sociabilidad
Dificultad para hablar
Dificultad para asociar ideas
Descoordinación motora
y finalmente, Intoxicación aguda

En los casos en que la concentración sanguínea de alcohol alcance o supere los 3 gramos de alcohol por litro pueden aparecer apatía y somnolencia, coma o incluso muerte por parálisis de los centros respiratorio y vasomotor.

¿QUÉ RIESGOS Y CONSECUENCIAS TIENE EL CONSUMO DE ALCOHOL?

El consumo de alcohol durante los fines de semana, sobre todo entre los jóvenes, se ha convertido en un problema de salud pública. Las investigaciones desarrolladas en los últimos treinta años, han demostrado que el consumo excesivo de alcohol puede provocar graves trastornos físicos, psicológicos y del comportamiento. El riesgo de padecer estos trastornos a lo largo de la vida es mayor cuando este consumo se inicia en la adolescencia.

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



A CORTO PLAZO (efectos agudos)

El abuso de alcohol conlleva los siguientes riesgos:

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

A LARGO PLAZO (efectos crónicos)

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

- Hipertensión arterial
- Gastritis
- Úlcera gastroduodenal
- Cirrosis hepática
- Cardiopatías
- Encefalopatías
- Cáncer
- Alteraciones del sueño
- Agresividad
- Depresión
- Disfunciones sexuales
- Deterioro cognitivo
- Demencia
- Psicosis



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

Consumo de alcohol en jóvenes

El consumo de alcohol en la adolescencia aumenta las posibilidades de desarrollar en la edad adulta un consumo abusivo o una dependencia de bebidas alcohólicas. Los jóvenes rara vez presentan cirrosis hepática u otros trastornos, que se suelen presentar en los adultos tras varios años de abusar del alcohol, sin embargo las últimas investigaciones científicas han demostrado que el consumo de alcohol en la adolescencia, y especialmente el consumo "en atracón", puede afectar el sistema nervioso central a distintos niveles:

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



MITOS Y REALIDADES

Mito:

Beber alcohol sólo los fines de semana no produce daños en el organismo.

Realidad:

El daño que provoca el alcohol depende del llamado "patrón de consumo", es decir, de la cantidad (a mayor cantidad, mayor daño) y de la intensidad (la misma cantidad concentrada en menos tiempo es más dañina). También existe el riesgo de convertirse en un hábito, hasta el punto de no divertirse sin beber.

Mito:

El consumo de alcohol ayuda a salir de las horas bajas, a superar el cansancio y a estar más animado y en forma.

Realidad:

El consumo abusivo de alcohol hace perder el control sobre las emociones y sentimientos. Tras una breve sensación de bienestar, si se está triste o deprimido, esta situación se agudiza. Asimismo, se produce una mayor fatiga física y más sueño; también se pierde fuerza y coordinación.

Mito:

El que más aguanta el alcohol es porque es más fuerte.

Realidad:

No existe relación alguna entre fortaleza o virilidad y "aguantar" un mayor consumo de alcohol. Si se aguanta mucho puede ser que el organismo se haya acostumbrado. Ha desarrollado tolerancia al alcohol y eso no significa que haga menos daño, sino que hay más riesgo de convertirse en dependiente y, por tanto, en alcohólico.

Mito:

El consumo de alcohol hace entrar en calor y combate el frío.

Realidad:

El alcohol produce una sensación momentánea de calor al dilatar los vasos sanguíneos y dirigir la sangre hacia la superficie de la piel, pero en poco tiempo la temperatura interior del cuerpo disminuye y se siente más frío. Por eso, en situaciones de embriaguez hay que abrigo y proporcionar calor a la persona y nunca intentar espabilarla con duchas frías.

¿QUE ES EL TABACO?

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

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

- Alquitranes: responsables de los distintos tipos de cáncer.
- Monóxido de carbono: favorece las enfermedades cardiovasculares.
- Irritantes (fenoles, amoníacos, ácido cianhídrico): responsables de enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar.
- Nicotina: causa la dependencia del tabaco. Tiene una vida media aproximada de dos horas, pero a medida que disminuye su concentración en sangre, se incrementa el deseo de fumar.



¿QUÉ EFECTOS INMEDIATOS PRODUCE EN EL ORGANISMO?

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

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



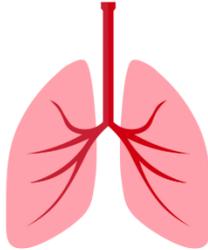
El tabaco produce al poco tiempo de empezar a consumirse algunas alteraciones poco deseables entre las que se encuentran:

- Arrugas prematuras en la zona del labio superior, alrededor de los ojos, barbilla y mejillas.
- Manchas en los dientes, infecciones y caries dentales.
- Mal aliento y mal olor corporal por impregnación del olor del tabaco.
- Manchas amarillentas en uñas y dedos.

¿QUÉ RIESGOS Y CONSECUENCIAS TIENE EL CONSUMO DE TABACO?

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

Entre las enfermedades relacionadas con el tabaco destacan las siguientes:



- Bronquitis crónica.
- Enfisema pulmonar.
- Cáncer de pulmón.
- Hipertensión arterial.
- Enfermedad coronaria (angina o infarto de miocardio).
- Accidentes cerebrovasculares (trombosis, hemorragias o embolias).
- Úlcera gastrointestinal.
- Gastritis crónica.
- Cáncer de laringe.
- Cáncer bucofaríngeo.
- Cáncer renal o de vías urinarias.
- Impotencia sexual en el varón.

SITUACIONES DE ESPECIAL RIESGO

• **Enfermedades previas o actuales:** Las personas que han tenido o tienen problemas respiratorios, cardiovasculares, alérgicos o enfermedades que puedan agravarse con el consumo del tabaco son especialmente vulnerables.

• **Embarazo y lactancia:** La nicotina atraviesa la barrera placentaria que protege al feto y también pasa a la leche materna.

• **Delante de menores:** No sólo se les expone al humo, sino que se les enseña un modelo erróneo de conducta para ellos.

• **Adolescentes:** La edad de inicio se relaciona con la dependencia del tabaco y la dificultad para abandonarlo.



MITOS Y REALIDADES

Mito:

Fumar un cigarrillo relaja y alivia el estrés.

Realidad:

El tabaco no tiene propiedades relajantes puesto que es un estimulante. La aparente sensación de "alivio" que se siente al fumar un cigarrillo se debe a la supresión de los síntomas de abstinencia producidos por la falta de nicotina en el cerebro.

Mito:

Los cigarrillos bajos en nicotina no hacen daño, no son cancerígenos.

Realidad:

Aunque los cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán son menos nocivos, se suelen fumar en mayor cantidad para conseguir la misma concentración de nicotina en sangre, con lo cual se anulan sus ventajas y los riesgos se asemejan a los de los cigarrillos normales.

Mito:

Yo no dependo del tabaco, puedo dejar de fumar cuando quiera.

Realidad:

La dependencia del tabaco es difícil de cortar y para dejar de fumar hay que tomárselo muy en serio.

Mito:

Dejar de fumar es casi imposible.

Realidad:

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

¿Porque usan drogas los Jovenes?

Lo que los expertos dicen es que en la vida de cada persona hay cierto número de factores que pueden dar lugar al uso de drogas; estos son los factores que los expertos denominan FACTORES DE RIESGO. Al mismo tiempo, hay algunos otros factores que impiden a ciertas personas usar drogas, y éstos se denominan FACTORES DE PROTECCIÓN. Si los factores de riesgo en la vida de una persona superan a los factores de protección, es muy probable que la persona comience a hacer uso indebido de drogas.



Ambos tipos de factores, es decir, los factores de riesgo y de protección, se pueden a su vez subdividir en dos: pueden ser personales o ambientales. Los factores personales son los que tienen que ver con el individuo y los factores ambientales son los que tienen que ver con el medio social, familiar y físico en que vive la persona.

FACTORES DE RIESGO

• Factores personales

Hombre o mujer: en todo el mundo, más hombres que mujeres usan drogas. No obstante, esto está cambiando. Cabe recordar también que con frecuencia las muchachas hacen uso indebido lícito o legal de sustancias como el alcohol, las drogas recetadas y otras sustancias que están socialmente aceptadas.



El propio hecho de ser joven constituye un factor de riesgo: los jóvenes luchan constantemente por establecer sus identidades y responder a preguntas como las siguientes: "¿Quién soy, cuál es mi función en la sociedad, qué quiero hacer de mi vida?". Con frecuencia, este es un período en que se duda de uno mismo, de la capacidad para lograr cosas y de la capacidad para actuar. Es en esos momentos en que algunas personas tratan de "olvidarse del mundo" o de "ahogar las penas" mediante el uso indebido de diferentes sustancias.

Las facultades personales no desarrolladas o subdesarrolladas: como la incapacidad para adoptar decisiones, para expresar lo que se siente, para imponerse, para resolver problemas, etc., también coloca a los individuos en mayor riesgo de sucumbir al uso indebido de sustancias.



• Factores de riesgo ambientales

Los factores de riesgo ambientales que probablemente alienten el uso indebido de sustancias son:

- Los padres de la persona joven no saben cómo cuidar de ella emocional o físicamente, o en términos de prestarle el tipo de apoyo y orientación adecuados.
- La persona no tiene una familia;
- Los padres, hermanos o hermanas de la persona hacen uso indebido de drogas de cualquier tipo.
- La persona joven es objeto de abuso mental, físico, sexual o verbal.
- La persona joven frecuenta a un grupo de personas que hacen uso indebido de drogas.
- Las oportunidades de educación son escasas o inexistentes.
- No hay oportunidades de empleo y ni siquiera la esperanza de obtener un empleo satisfactorio



FACTORES DE PROTECCIÓN

• Factores personales

Los principales factores que protegen a un individuo contra el uso indebido de drogas son:

Actitudes personales bien desarrolladas para resolver situaciones difíciles, como la capacidad de analizar situaciones, adoptar decisiones rápidas, comunicarse con otras personas, relajarse, negociar y asumir compromisos, etc.

• Factores de protección ambientales

- Buenas relaciones personales, incluso con miembros de la familia y amigos, animales y cosas que alientan la necesidad de cuidar, compartir y establecer lazos.
- Recursos adecuados para satisfacer las necesidades físicas y emocionales de la persona, por ejemplo, escuelas, servicios de salud de fácil acceso para los jóvenes, centros sociales con actividades de recreación, instalaciones deportivas, oportunidades de empleo, etc.
- Normas culturales que desalienten el uso indebido de sustancias.
- Las leyes que reglamentan el uso de sustancias son estrictas y se aplican rigurosamente, y el acceso a drogas lícitas e ilícitas es limitado o difícil.



Evolución del Comportamiento de Consumo de Sustancias Psicoactivas

La dependencia de sustancias psicoactivas no se establece de un momento a otro, sino de una forma secuencial según las características que presenta como usuario el sujeto, desde que tiene el contacto inicial con la sustancia. Se pueden diferenciar las siguientes etapas:

- **CONSUMIDOR EXPERIMENTAL:** Es el que prueba una droga para experimentar sus efectos sin continuar su uso. Entre las motivaciones que pueden llevar a emitir esta conducta tenemos: la curiosidad, presión de grupo de pares, atracción por lo prohibido y riesgoso, búsqueda de placer y de lo desconocido.
- **CONSUMIDOR OCASIONAL / SOCIAL / RECREACIONAL:** Si luego de experimentar con cierta sustancia, y conociendo los efectos y consecuencias, el usuario continúa consumiéndola ocasionalmente, se le denomina consumidor social, ocasional o recreativo, por cuanto éstas vienen a ser tres de las causales que lo motivan para el uso. Las motivaciones principales son: facilitar la comunicación, transgredir normas, búsqueda de placer, relajación, etc.
- **CONSUMIDOR HABITUAL:** A esta fase se llega después de algún tiempo de permanecer estacionario en el consumo de tipo ocasional / social / recreativo.



- **CONSUMIDOR DEPENDIENTE:** Esta es la fase en la cual el sujeto necesita de la sustancia y todas sus actividades giran en torno a ésta a pesar de las consecuencias de su uso. Por esta razón, la persona centra su atención en la búsqueda de la droga muchas veces por medios ilícitos.

¿Quién me puede ayudar?

Ministerio de Salud Pública:
telf: 171

Llamada de Emergencia:
telf: 911

CETAD Centro de Rehabilitación (Cuenca)
telf: 099 260 3430

Bibliografía

Ministerio de Sanidad y consumo (2010). Guía de Drogas. Disponible en: https://www.girona.cat/adminwebs/docs/g/u/guia_drogas.pdf

Anexo 6 Oficio de estructura y coherencia



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. -327- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 07 de diciembre del 2021

Señor
Diego Armando Iñiguez Sozoranga
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 DROGAS LEGALES EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA MARIETA DE VEINTIMILLA, CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2021.”**, de su autoría; el mismo fue emitido por la Psic. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mgs. docente responsable.

Particular que comunico a usted para los fines correspondientes.

Atentamente,



Atentamente por
**ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA**

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

C/c. Expediente Estudiantil
Archivo