



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ.
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANÍSTICAS Y SOCIALES.
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

Modalidad: Investigación.

**Trabajo de Titulación
Previa a la Obtención del título de:
PSICÓLOGOS CLÍNICOS**

TEMA

**EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y DEPRESIÓN EN
ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA 25 DE MAYO DE CRUCITA,
AÑO LECTIVO 2016 – 2017.**

AUTORES:

Darwin Mauricio Coveña Anchundia.

Patricia Hiliana Alcívar Rodríguez.

TUTORA:

Lcda. Eleticia Isabel Pinargote Macías. Mg. Ge.

2017

DEDICATORIA

Si de algo estoy seguro es que este logro pertenece más a mi madre que a mí, ella ha sido la responsable de mis éxitos, y el único ejemplo de esfuerzo y dedicación que he necesitado, Aurelia Coveña, este trabajo es suyo.

De la misma forma también se lo dedico a las personas que han estado siempre junto a mí y han colaborado de alguna u otra manera a culminar mi tercer nivel, a mis hermanas, mi familia, amigos, docentes de todos los niveles, y a aquellos que no fueron solo docentes, sino amigos o familia.

Esta es mi forma de agradecerles, dedicando mi esfuerzo, y asegurándoles que esto acaba de empezar.

- *Darwin Mauricio.*

DEDICATORIA

A Dios.

Por permitirme llegar hasta este punto, darme salud y sabiduría para lograr mis metas.

A mi madre Hiliana.

Por apoyarme en todo momento a lo largo de estos 6 años, por sus consejos, sus valores, por ser la fuente de mi inspiración y motivación constante, por concederme la mejor herencia que los padres le pueden dejar a un hijo que es el estudio, pero más que nada, por su amor incondicional e infinito.

A mi tía-mamá Inesita.

Por la lucha y perseverancia que la caracterizan, por tenerme en sus oraciones día y noche y más aún en esos momentos de estrés en los que uno parecía que iba a colapsar. En fin por estar eternamente alentándome en primera fila.

LAS AMO.

- *Patricia Hiliana.*

AGRADECIMIENTO.

El presente trabajo investigativo es una fiel muestra de nuestro compromiso con la ciencia y la psicología clínica, agradecemos por el fructífero trabajo de profesionalización por parte de nuestra Alma Mater: Universidad Técnica de Manabí, y a la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales, su grupo de autoridades y docentes.

A nuestra tutora de tesis la magister Eleticia Pinargote Macías, por su orientación, enseñanzas y paciencia, a nuestra revisora Ps. Cl. Verónica Lazo Moreira, por la atención y el cariño brindado a nuestro trabajo.

A nuestras familias, pilares fundamentales en el proceso educativo y de nuestra vida misma.

Al Ministerio de Salud, al Ministerio de Educación y a la Unidad Educativa 25 de Mayo, a sus directivos y estudiantes por su apertura y colaboración para el desarrollo del presente trabajo.

Agradecemos también a nuestros compañeros, compañeras y antiguos docentes que ya no son parte de la academia pero que sin duda son y serán importantes en nuestra vida profesional.

A todos y todas, muchas gracias.

- *Los Autores.*

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.

En calidad de tutora del Trabajo de Titulación, bajo la modalidad de Investigación para optar el título de Psicólogos Clínicos, de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales de la Universidad Técnica de Manabí, Escuela de Psicología Clínica. **CERTIFICO QUE:** He dirigido y revisado el Informe del Trabajo de Titulación presentado por los Psicólogos Clínicos: **Darwin Mauricio Coveña Anchundia** y **Patricia Hiliana Alcívar Rodríguez**, con el tema: **EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA 25 DE MAYO DE CRUCITA, AÑO LECTIVO 2016 – 2017**, mismo que cumplió con su cronograma de trabajo ajustado al esquema de la modalidad, siendo aprobado en su totalidad, lo certifico.

Lcda. Eleticia Isabel Pinargote Macías. Mg. Ge.
TUTORA

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ.
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANÍSTICAS Y SOCIALES.
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

TEMA:

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA 25 DE MAYO DE CRUCITA, AÑO LECTIVO 2016 – 2017.

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación y legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

PSICÓLOGO CLÍNICO

APROBADA

PROFESOR TUTOR DE TESIS.

PROFESOR MIEMBRO TRIBUNAL

PROFESOR MIEMBRO TRIBUNAL

PROFESOR MIEMBRO TRIBUNAL

DECLARATORIA.

La responsabilidad de la investigación, resultados y conclusiones del presente trabajo pertenece exclusivamente a sus autores.

- Los Autores.

INDICE DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| CAPÍTULO I | 1 |
| 1.1. Introducción / Planteamiento del problema. | 1 |
| 1.2. Antecedentes. | 2 |
| 1.3. Justificación. | 5 |
| 1.4. Objetivos. | 7 |
| 1.4.1. General. | 7 |
| 1.4.2. Específicos. | 8 |
| CAPÍTULO II | 9 |
| 2. MARCO TEÓRICO. | 9 |
| 2.1. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. | 9 |
| 2.1.1. ¿Qué se conoce como sustancias psicoactivas? | 9 |
| 2.1.2. Tabaco. | 11 |
| 2.1.3. Alcohol. | 11 |
| 2.1.4. Cannabis. | 13 |
| 2.1.5. Cocaína. | 14 |
| 2.1.6. Anfetaminas. | 15 |
| 2.1.7. Inhalantes. | 17 |
| 2.1.8. Tranquilizantes. | 18 |
| 2.1.9. Alucinógenos. | 19 |
| 2.1.10. Opiáceos. | 20 |
| 2.1.11. El problema de las drogas. | 21 |
| 2.1.12. Consumo de sustancias psicoactivas. | 22 |
| 2.1.13. Consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. | 25 |
| 2.1.14. Diferencias por género. | 29 |
| 2.2. DEPRESIÓN. | 31 |
| 2.2.1. ¿Qué es la depresión? | 31 |
| 2.2.2. Etiología. | 32 |
| 2.2.3. Depresión en adolescentes. | 34 |
| 2.2.4. Diferencias por género. | 36 |
| 2.2.5. Tratamiento. | 37 |
| 2.3. DEPRESIÓN Y CONSUMO EN ADOLESCENTES. | 38 |
| CAPÍTULO III | 41 |
| 3.1. METODOLOGÍA. | 41 |
| 3.1.1. Identificación de las variables. | 41 |

| | | |
|-------------------|--|----|
| 3.1.2. | Variable Independiente. | 41 |
| 3.1.3. | Variable Dependiente. | 41 |
| 3.2. | HIPÓTESIS. | 41 |
| 3.3. | TIPO DE ESTUDIO. | 42 |
| 3.4. | MÉTODO. | 42 |
| 3.5. | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS. | 43 |
| 3.5.1. | Técnicas. | 43 |
| 3.5.2. | Instrumentos. | 44 |
| 3.6. | POBLACIÓN Y MUESTRA. | 44 |
| 3.6.1. | Población. | 44 |
| 3.6.2. | Muestra. | 45 |
| 3.7. | RECURSOS. | 45 |
| 3.7.1. | Humanos. | 45 |
| 3.7.2. | Materiales. | 45 |
| CAPÍTULO IV | | 47 |
| 4.1. | ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS. | 47 |
| 4.1.1. | Descripción del proceso de la información. | 47 |
| 4.1.2. | Exposición y descripción de resultados de acuerdo a los objetivos específicos. | 61 |
| 4.2. | COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS. | 63 |
| CAPÍTULO V | | 64 |
| 5. | CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. | 64 |
| 5.1. | CONCLUSIONES. | 64 |
| 5.2. | RECOMENDACIONES. | 65 |
| 6. | GASTOS. | 67 |
| 7. | CRONOGRAMA VALORADO DE ACTIVIDADES 2016 - 2017. | 68 |
| 8. | BIBLIOGRAFÍA. | 69 |
| ANEXOS | | 72 |

ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

| | |
|------------------------------------|-----|
| TABLA Y GRÁFICO I..... | 51 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN I..... | 51 |
| TABLA Y GRÁFICO II..... | 53 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN II..... | 53 |
| TABLA Y GRÁFICO III..... | 55 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN III..... | 55 |
| TABLA Y GRÁFICO IV..... | 57 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN IV..... | 517 |
| TABLA Y GRÁFICO V..... | 59 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN V..... | 59 |

RESUMEN

El abuso de sustancias psicoactivas afecta a los adolescentes por su naturaleza social y de salud, y asociado a otras problemáticas representa un factor de daño potencial para estos.

El objetivo de esta investigación es analizar la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y depresión en los estudiantes del Bachillerato de la Unidad Educativa 25 de Mayo de la parroquia Crucita, cantón Portoviejo durante el año lectivo 2016-2017, el mismo se desarrolla con una metodología descriptiva, apoyada en bibliografía actualizada, documentos electrónicos y nuevas tecnologías de información y comunicación.

Para la obtención de la información se aplicaron Test: Prueba de detección de alcohol, tabaco y otras drogas ASIST V3.0 , y el Inventario de Depresión de Beck cuyos resultados permiten llegar a conclusiones importantes como: que las sustancias lícitas son las más consumidas por la población investigada, donde el alcohol alcanza el 95% de consumo y la sustancia ilícita más utilizada es el cannabis, sin embargo en este caso no se ha determinado una relación significativa entre el riesgo elevado de consumo de sustancias psicoactivas y depresión en adolescentes.

Con esta investigación se pretende aportar al marco referencial de las ciencias psicológicas y al desarrollo de estrategias de prevención y reducción de trastornos por consumo de sustancias y depresión entre nuestros adolescentes.

Palabras Claves: Consumo, Sustancias psicoactivas, Depresión, Adolescentes.

SUMMARY.

The abuse of psychoactive substances affects teenagers by their social and health nature, and associated with another issues, represents a potential damage factor for them.

The objective of this research is to analyze the relationship between the consumption of psychoactive substances and depression in the students of the Baccalaureate of the Educational Unit 25 de Mayo of the parish of Crucita, which belongs to Portoviejo city, during the academic year 2016-2017, the same is developed with a descriptive methodology, supported by an updated bibliography, electronic documents and new technologies from information and communication.

To obtain the information, the following tests were applied: Alcohol, tobacco and other drug test ASIST V3.0, and the Beck Depression Inventory whose results allow us to reach important conclusions such as: that licit substances are the most consumed by the investigated population, where alcohol reaches 95% of consumption and the most commonly used illicit substance is cannabis. However, in this case, a significant relationship between the high risk of use of psychoactive substances and depression in adolescents has not been determined.

This research aims to contribute to the referential framework of the psychological sciences and the development of strategies for prevention and reduction

of disorders for consumption and abuse of substances and depression among our teenagers.

Keywords: Consumption, Psychoactive Substances, Depression, Teenagers.

CAPÍTULO I

1.1. Introducción / Planteamiento del problema.

Esta investigación pretende establecer la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y depresión en adolescentes, tomando como muestra para la misma a los estudiantes del bachillerato de la Unidad Educativa 25 de Mayo de la parroquia Crucita, cantón Portoviejo, provincia de Manabí, mediante la aplicación de dos instrumentos psicométricos: Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ASIST V3.0, y el Inventario de depresión de Beck, no con el objetivo de obtener un diagnóstico, sino más bien identificar pautas que permitan estar más cerca a la verdad, haciendo un reconocimiento temprano de síntomas que pudiesen indicar la posible existencia de estos fenómenos en la salud de los adolescentes.

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años” (OMS, s. f. parr.1), González A., Juárez, Solís, González C., Jiménez, Medina, & Fernández, consideran que “la población estudiantil joven está inmersa en un proceso de transición y de ajustes a nivel personal e interpersonal, lo cual puede repercutir en su desempeño académico y producir conductas de riesgo” (2012a, p.51), al respecto, Veytia, González, Andrade, & Oudhof, (2012a), comentan que los sucesos de vida estresantes pueden influir en el inicio y desarrollo de los síntomas de depresión; que pueden tener su origen en situaciones familiares, personales y económicas que alteran las actividades normales de los individuos.

Todas estas situaciones pueden significar desencadenantes de síntomas depresivos que trastoca la esfera psicoactiva y se asocia con distintas conductas de riesgo como el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, particularmente en la población joven (González A., et al., 2012b), sin embargo estas manifestaciones no suelen ser atendidas ya que como indican, González, Hermosillo de la Torre, Vacio, Peralta, Wagnerd, (2015a), es distinto a otros trastornos que generalmente provocan malestar a los padres de familia y a los maestros, estos pueden pasar desapercibidos.

Se puede reconocer que la afectación a la salud mental de los adolescentes por las dos variables expuestas en este documento es significativa, y se evidencia en el sufrimiento individual y familiar, la pérdida del interés por la realización de sus actividades cotidianas, obligaciones sociales, el deterioro de su salud física y la calidad de vida.

Partiendo de lo antes expuesto se define el siguiente *problema científico*:
¿Existe relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la depresión en los estudiantes del bachillerato de la Unidad Educativa 25 de mayo de la parroquia Crucita, cantón Portoviejo en el año lectivo 2016 – 2017?

1.2. Antecedentes.

Se calcula que alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014, y más de 29 millones de personas que

consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas, (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. [UNODC], 2016a, P.9), el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que los jóvenes adolescentes tienen sobre las drogas determinan que la prevalencia de su consumo se ubique en una etapa temprana de la vida, y se inicia con el alcohol y tabaco (Lucchese, Burrone, Enders, Fernández, 2013a, p.33).

La depresión es un trastorno mental frecuente, se calcula que afecta a 350 millones de personas en el mundo (OMS, 2016. parr.1), y de acuerdo a “La depresión es la enfermedad...” (2014), es la principal enfermedad y motivo de discapacidad entre los adolescentes, y una de las principales causas de fallecimiento entre los 10 y 19 años, “Las mujeres tienen mayores tasas de intento de suicidio, pero en los hombres los intentos son más letales. Las tasas de suicidio consumado en varones son más altas en la mayoría de los países del mundo” (González, C., et al., 2015b, p.149).

Un estudio realizado en la ciudad de Bogotá por Gómez, Londoño, Herrera, (2013a) a 88 estudiantes entre 12 y 17 años, arrojó que Las variables (Depresión y Consumo de sustancias psicoactivas) son dependientes entre sí y que a mayor depresión hay mayor consumo, el estudio también arrojó que hay mayor depresión en las mujeres, siendo más frecuente a la edad de 13 años. Frente al consumo de sustancias, la edad de inicio en los participantes fue a los 13 años y el riesgo de consumo es similar para hombres y mujeres, 22% del total de estudiantes se encuentran en alto y muy alto riesgo de consumir sustancias psicoactivas.

En América Latina, la droga ilícita más consumida por los adolescentes es la marihuana, que frecuentemente se consume junto con alcohol y tabaco (Lucchese, et al., 2013b, p.33). Según datos del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), Observatorio Nacional de Drogas (OND), (2013), en Ecuador el 10,06% de estudiantes entre 12 y 17 años han usado tabaco y el 33,24% han usado alcohol, al menos ocasionalmente, el 2,9% han usado tranquilizantes y el 2,2% han usado estimulantes sin receta médica durante el último año, el 5,79% ha utilizado marihuana y consumen otras sustancias sujetas a fiscalización al menos de forma experimental. En general se observa el consumo de sustancias a cualquier edad aunque en mayor porcentaje a partir de los 16 años, y en su mayoría los consumidores son hombres.

En Ecuador, después de las secuelas por el maltrato y la violencia, la depresión es la enfermedad más atendida (Parra, 2014, parr.4), de las 500 personas que recibe el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil al mes, una cantidad considerable presenta problemas depresivos-suicidas comúnmente, el suicidio se convirtió en una de las primeras 15 causas de muerte en el país. (Peralta, 2014, parr.10-7), del total de suicidios en 2014, el 80% fueron causados por depresión y dentro de estos porcentajes el 79% fue de hombres y el 21% de mujeres (“La depresión es tratable...”, 2014, parr.6), según el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2014, p.13), el suicidio es la primera causa de muerte entre las adolescentes (13% del total de muertes) y la tercera entre los adolescentes (7% del total de muertes).

Según datos aportados por el Ministerio de Salud Pública (Comunicación personal, 10 de enero de 2017), del total de atenciones en el área de Psicología del cantón Portoviejo, 654 casos atendidos estaban relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, mientras que 745 casos presentaban alguna sintomatología depresiva. El Trastorno depresivo leve (F320) es la segunda causa de atención a nivel cantonal con 365 casos, superado solamente por el Trastorno de ansiedad no especificado (F419) con 403 casos.

La parroquia Crucita cuenta con un centro de salud de tipo A, el mismo no cuenta actualmente con atención psicológica especializada, ni datos estadísticos específicos de los trastornos mentales y del comportamiento por el consumo de sustancias psicoactivas y trastornos del humor, Según el Dr. Cristian Pilco, líder del SCS Crucita “En cuanto a los problemas de consumo de drogas y tabaquismo; la mayor incidencia de consumidores se encuentra en Crucita cabecera parroquial; principalmente en instituciones públicas como lo es el Colegio 25 de Mayo, con apoyo de la Dirección Distrital se inició una intervención en la unidad educativa en conjunto con el psicólogo educativo del colegio (Comunicación personal, 9 de enero de 2017).

1.3. Justificación.

Desde una perspectiva psicosocial, al considerar la afectación del consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente, se hace evidente lo que cita la (UNODC, 2016b.) “Cuando los jóvenes caen en el ciclo del consumo, en lugar de aprovechar las posibilidades de empleo lícito y educación, se crean en realidad

obstáculos manifiestos para el desarrollo de personas y comunidades, afectándoles en sus años más productivos”. (P.17).

Existe suficiente información epidemiológica para sostener que los púberes y adolescentes son los más vulnerables al consumo de sustancias legales, ilegales y drogas médicas dado que su identidad se encuentra en un estadio de formación, además de la marcada fluctuación de estados de ánimo que los sensibiliza al uso experimental y recreativo (UNODOC, 2013, p.2).

(Ministerio de Protección Social 2003) y (Cassano & Fava 2002), citados por (Gómez, et al., 2013b) sostienen que la depresión “es una de las principales causas del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, sin embargo, la depresión puede ser también consecuencia del consumo”, “estableciéndose así una relación en ambos sentidos, convirtiéndola en uno de los mayores problemas de salud pública en las sociedades actuales”. Con esta investigación y sus resultados se logrará establecer un estudio descriptivo correlacional sobre factores de riesgo que influyen en el establecimiento y mantenimiento del problema que afecta principalmente la salud y el desempeño social de los adolescentes, al provocar que estos dejen de participar en el mundo, el abandono de metas y la destrucción de las relaciones que establecen en su contexto.

Se hace necesaria esta investigación para colaborar en la búsqueda de la etiología del problema de la drogodependencia, y así mismo en base a estos crear

mecanismos de intervención que apunten a dar solución a las causas primarias del fenómeno, y así dar una mayor y mejor atención a esta problemática de salud mental en la población adolescente.

La factibilidad de realización de este trabajo es total, en razón de existir el compromiso de las autoridades de la Unidad Educativa 25 de Mayo para su ejecución; en tal sentido se dispone de la información requerida, por lo que se optimizaría el tiempo previsto para su aplicación. Se logra un impacto positivo al contar con un diagnóstico situacional conductual del que las instituciones participantes puedan hacer uso para la implementación de planes de prevención de enfermedad y promoción de la salud mental, así se colabora con argumento científico al postulado teórico sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la depresión en adolescentes. En el caso de intervención con estudiantes, el sistema escolar se configura como un espacio de oportunidad para la promoción del bienestar, la detección temprana de los problemas de salud mental y su referencia oportuna a tratamiento (González, C., et al., 2015c).

1.4. Objetivos.

1.4.1. General.

- Analizar la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y depresión en los estudiantes del bachillerato de la Unidad Educativa 25 de Mayo de la parroquia Crucita, cantón Portoviejo durante el año lectivo 2016 – 2017.

1.4.2. Específicos.

- Identificar a la población consumidora de sustancias psicoactivas a través de test estandarizados.
- Evaluar síntomas depresivos en la población consumidora, mediante test estandarizados.
- Determinar la relación entre consumo de sustancias psicoactivas y depresión en adolescentes.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

2.1.1. ¿Qué se conoce como sustancias psicoactivas?

Se usa el término “droga” como sinónimo de sustancia psicoactiva. (Lucchese, et al., 2013c), mientras la medicina ofrece su definición de droga como “toda sustancia, excepto aquellas que son necesarias para mantener la vida, que introducida en un organismo vivo produce algún cambio en sus funciones y a veces en su estructura”. (Velasco, 2014a, p.17) este concepto es amplio e incluiría varias sustancias. Sin embargo la materia de estudio se ubica en el concepto de drogas psicoactivas, las mismas que son definidas por Velasco como: “aquellas que producen sus efectos principalmente en el psiquismo del ser humano (las funciones cerebrales en general, desde las emociones, hasta el juicio y el razonamiento), en su conducta y manera de sentir” (2014b, p.17).

Las drogas psicoactivas tienen la propiedad de alterar el estado emocional, las sensaciones, la conciencia y el pensamiento, pudiendo originar un síndrome de dependencia y trastornos mentales y del comportamiento (Lucchese, et al., 2013d).

Años de investigación en materia de neurociencias, han determinado una relación íntima entre las estructuras cerebrales y las conductas asociadas con el consumo de drogas, añadiendo predisposición a los efectos a corto y largo plazo que puede causar el consumo de sustancias y la importante participación de los factores medioambientales” (Organización de los Estados Americanos, [OEA], 2013a).

El consumo de drogas, tanto lícitas como ilícitas, podrían provocar dependencia, actuando en el cerebro al aumentar la concentración de dopamina en el núcleo accumbens considerado el centro del placer o recompensa cerebral más importante, este fenómeno hace que el consumo se repita por varias ocasiones obteniendo gratificación en cada una de ellas.

Las sustancias psicoactivas pueden producir daños importantes en la estructura cerebral algunos estudios con imágenes cerebrales muestran que los sujetos con dependencia a drogas presentan una disfunción en aquellas regiones del cerebro que son críticas para la toma de decisiones, el aprendizaje, la memoria y el control de la conducta. (OEA, 2013b).

Entre las sustancias psicoactivas más conocidas y consumidas en nuestro medio se pueden encontrar:

2.1.2. Tabaco.

La nicotina es el principal componente activo del tabaco, se trata de un estimulante sumamente adictivo que se absorbe rápidamente en el torrente sanguíneo al consumirla, se suele fumar en cigarrillos o cigarros, o se coloca tabaco (tabaco para mascar o tabaco sin humo) en la boca absorbiéndola a través del revestimiento de la cavidad bucal. Entre los efectos físicos del consumo puede presentarse aceleración del ritmo cardíaco, incremento de la presión arterial, falta de aire y mayores probabilidades de contraer resfriados o gripe, más riesgo de afecciones pulmonares y cardíacas y derrames cerebrales, generalmente los fumadores presentan mal aliento y dientes amarillentos, quienes mascan tabaco pueden padecer cáncer de boca y de cuello, las personas que comienzan a fumar antes de los 21 años son quienes tienen más dificultad para abandonar el hábito. (TeensHealth, 2012a).

Sobre la dependencia a la nicotina Moreano (2013a) la describe como “la más prevalente, letal y costosa; las complicaciones derivadas de sus efectos y de la exposición al humo de la combustión del tabaco constituyen la primera causa de muerte prevenible a nivel mundial”.

2.1.3. Alcohol.

Es la droga más antigua y utilizada del mundo, se consume como bebidas líquidas, actúa primero como un estimulante y, después, hace que las personas se sientan

relajadas y un poco adormecidas, en dosis elevadas afecta seriamente la cordura y la coordinación, Los bebedores pueden arrastrar las palabras al hablar, presentar confusión, depresión, pérdida de la memoria de corto plazo y tiempos de reacción más lentos, los consumidores de alcohol pueden desarrollar dependencia psicológica, usando la sustancia para sentirse bien, afrontar la vida o manejar el estrés. También se puede desarrollar dependencia física, ya que el cuerpo puede exigirles cantidades cada vez mayores para lograr el mismo tipo de estimulación que al principio. (TeensHealth, 2012b).

Es el principal factor causal de más de 60 tipos de enfermedades y lesiones, es responsable de aproximadamente 2,5 millones de muertes en el mundo cada año. El consumo de alcohol en la adolescencia, especialmente si se hace en grandes cantidades, puede alterar el desarrollo del cerebro, con efectos a nivel estructural y funcional, lo que puede ocasionar problemas cognitivos o de aprendizaje y aumentando la propensión a la dependencia. La evidencia muestra que las personas que empiezan a beber antes de los 15 años de edad tienen cuatro veces más probabilidades de desarrollar dependencia en algún momento de sus vidas (OEA, 2013c).

Existen una serie de circunstancias y falsas creencias culturales que favorecen el consumo de alcohol en la población de adolescentes y menores: la tolerancia social para que este colectivo lo ingiera como ritual de inicio en la vida adulta; la falsa percepción de que el consumo de alcohol es “menos peligroso” que el de otras drogas, y el poder que se le otorga a quien resiste los efectos de grandes cantidades (Moreano, 2013b).

2.1.4. Cannabis.

El cannabis o marihuana es la droga ilegal más utilizada en el mundo, conocida comúnmente como: hierba, maría, juana, porro, faso, petardo, etc. suele recibir el nombre de "droga de inicio" porque, puede llevar al uso de drogas más fuertes. La marihuana se suele fumar enrollada en papeles, como un cigarrillo (porro), o en cigarros ahuecados, pipas o pipas de agua, mezclada con los alimentos o preparada como un té. (TeensHealth, 2012c).

Se obtiene de la floración, las hojas y los tallos de la planta cannabis; el hachís es un producto resinoso, extraído por filtración, de la parte superior de planta, el componente activo del cannabis es el tetrahidrocanabinol (THC) o delta-9-THC, que es el responsable de muchos de los efectos que se producen. Los efectos típicos del consumo consisten en bienestar, seguido de euforia con risa sin motivo, ideas de grandiosidad, sedación, letargia, deterioro de la memoria inmediata, dificultad para llevar a cabo procesos mentales complejos, disminución de la capacidad de juicio, percepciones sensoriales distorsionadas, deterioro de la actividad motora y sensación de que el tiempo transcurre lentamente; posteriormente se presenta aumento del apetito e inyección conjuntival, así como sequedad de la boca y aislamiento social. Las manifestaciones clínicas también incluyen alucinaciones visuales, alteraciones en la percepción corporal y también es común revivir alucinaciones desagradables (Moreano, 2013c).

El consumo intenso de marihuana incrementa la probabilidad de que se presenten síntomas psicóticos, depresivos y conducta suicida, la investigación indica que las alteraciones cognitivas producidas por esta droga podrían ser reversibles una vez que la persona deja de consumirla, pero otros estudios demuestran que el consumo intenso durante la adolescencia puede producir cambios persistentes. La evidencia científica disponible señala también, que es una droga asociada a una menor mortalidad en comparación con otras sustancias, pero que no está exenta de daños potenciales. (OEA, 2013d).

2.1.5. Cocaína.

El alcaloide de esta droga se obtiene de la planta *Erythroxylon coca*, arbusto que crece y se cultiva en la región andina de Sudamérica, se consume de formas distintas: masticada, fumada, inhalada e inyectada, se metaboliza en el hígado y se excreta en la orina, la vida media de esta droga es de aproximadamente una hora; sin embargo, debido a los fenómenos de tolerancia hay quienes “necesitan” administrársela cada 15 minutos. (Moreano, 2013d).

Se encuentra como un polvo blanco cristalino que se fabrica a partir de las hojas secas de la planta, se inhala por la nariz o se inyecta en el torrente sanguíneo. Una variedad de esta, conocida como “crack” recibe el nombre del crujido que hace al ser calentado, tiene el aspecto de perdigones blancos o tostados y se fabrica a partir de la cocaína que se calienta y después se fuman los vapores, estas sustancias son potentes

estimulantes que afectan al sistema nervioso central brindando a los usuarios una sensación rápida e intensa de poder y energía. La cocaína acelera la frecuencia cardíaca, la respiración y eleva la presión sanguínea y la temperatura. Existe riesgo de contagio de hepatitis B o C, así como VIH/SIDA, si se comparten las agujas con otros consumidores, la inhalación de cocaína puede provocar sangrado nasal y dañar el tejido interno de la nariz. (TeensHealth, 2012d).

Su consumo produce una amplia gama de efectos nocivos en la salud a corto plazo, alteraciones de la transmisión de los estímulos nerviosos, formación de coágulos en el interior de los vasos sanguíneos, trastornos del ritmo y las contracciones cardíacas, infartos en órganos especialmente susceptibles como corazón y cerebro. A largo plazo provoca atrofia cerebral, alteraciones en la memoria, trastornos del sueño y del ánimo como la depresión. (OEA, 2013e).

Estas drogas son sumamente adictivas y, como resultado de esto, es la droga, y no el consumidor, la que determina la necesidad de otra inyección. Incluso después de consumirlas una sola vez, la cocaína y el crack pueden crear una necesidad física y psicológica que hace que para el consumidor resulte sumamente difícil dejar de usarlas. (TeensHealth, 2012e, parr.33).

2.1.6. Anfetaminas.

Las anfetaminas son estimulantes que aceleran las funciones del cerebro y del organismo. Se ofrecen en forma de píldoras o pastillas conocidas comúnmente como:

speed, anfetam, pastillas, etc; pueden ser consumidas por vía oral, esnifada o inyectada, el uso prolongado puede provocar alucinaciones y una paranoia intensa. Las anfetaminas son muy adictivas. Los consumidores que dejan de utilizarlas indican que experimentan varios problemas relacionados con el estado de ánimo, como agresión, ansiedad y una gran necesidad de consumirlas (TeensHealth, 2012f).

Tienen efectos estimulantes en el SNC muy similares a los de la cocaína, pero de mayor duración, estos se presentan al corto tiempo; inician con una sensación de bienestar, euforia, estado de alerta, sensación de vigor y grandiosidad, hiperactividad, aumento de la sociabilidad, inquietud, hipervigilia, locuacidad, ansiedad, tensión, violencia, deterioro del juicio y disminución del apetito, del sueño y de la fatiga; pueden presentarse suspicacia, ideas paranoides y cuadros psicóticos semejantes a los de la esquizofrenia de tipo paranoide. Entre los signos aparecen taquicardia, dilatación pupilar, elevación o disminución de presión arterial, sudoración, náuseas, vómitos, confusión y, en ocasiones, crisis convulsivas. El uso de anfetaminas y metanfetaminas se ha extendido ampliamente en la población adolescente que busca experimentar sus efectos psicoactivos, así como disminuir el apetito para bajar de peso. (Moreano, 2013e), también, las píldoras recetadas para adelgazar pertenecen a esta clase de drogas. (TeensHealth, 2012g, parr.18).

2.1.7. Inhalantes.

Los inhalantes son sustancias que se respiran directamente del recipiente original (inhalación o esnifado), desde una bolsa plástica o sujetando un trapo embebido en el inhalante dentro de la boca obteniendo una estimulación o un efecto inmediato, incluyen productos de uso doméstico, como pegamentos, diluyentes de pintura, líquidos para limpieza en seco, gasolina, repuesto para marcadores, líquido corrector, aerosol para el cabello, desodorantes y pintura en aerosol. Son las sustancias cuyo consumo presenta más probabilidades de provocar intoxicaciones graves, su uso, aunque sea sólo una vez, puede provocar la muerte. Quienes los consumen durante mucho tiempo presentan dolor de cabeza, sangrado nasal y pueden sufrir la pérdida de la audición y del olfato (TeensHealth, 2012h).

Representa uno de los grupos de sustancias más reportado entre la población infantil y adolescente que consumen drogas, tal popularidad se debe entre otros factores a su bajo costo, fácil acceso y disponibilidad, al ingresar al aparato respiratorio, atraviesan rápidamente la barrera hematoencefálica y llega al SNC actuando como depresor, su toxicidad además de involucrar al SNC, tiene severas consecuencias en otros órganos y aparatos del organismo, que se agravan aún más cuando la ingesta se inicia a temprana edad. La intoxicación por inhalantes se caracteriza por euforia, desinhibición, actitud beligerante, dificultad en la coordinación, lenguaje farfullante, mareo, retraso psicomotor, entre otros; también son responsables de cuadros de delirio, trastornos psicóticos, de ansiedad y del estado de ánimo, como depresión y humor

disfórico. El consumo puede dar lugar al abandono y a la disminución de las actividades sociales, escolares, laborales y recreativas. (Moreano, 2013f).

2.1.8. Tranquilizantes.

Este grupo de medicamentos también llamados sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, cuyos principales efectos son la disminución de la ansiedad, la inducción del sueño y la relajación muscular, son también objeto de abuso e intoxicación, causando que el consumidor desarrolle tolerancia y, posteriormente, dependencia. (Moreano, 2013g).

Muchos depresores se pueden obtener legalmente con receta (como el Valium y Xanax) y vienen en comprimidos o cápsulas de colores brillantes, se conocen comúnmente como: barbis, barbs, bombones, goofballs, caramelos, en dosis elevadas, pueden provocar confusión, dificultad para hablar, falta de coordinación y temblores, combinar estos medicamentos con el alcohol; incrementa enormemente el riesgo de sobredosis y muerte. (TeensHealth, 2012i), además, afecta la memoria a corto plazo, por lo que una persona puede ser sometida a una intoxicación involuntaria y convertirse en víctima de actos delictivos. (Moreano, 2013h).

2.1.9. Alucinógenos.

Estas drogas se caracterizan por causar alteraciones en la percepción, la cognición y el ánimo, pueden ser de origen natural o sintético, existen cientos de plantas que poseen propiedades alucinógenas de diversa magnitud, ese grupo pertenecen el peyote, cactácea perenne, cuyo principio activo es la mezcalina, también se encuentra en este grupo una variedad de hongos que contienen psilocibina y triptaminas. Entre los alucinógenos de diseño, la sustancia más estudiada ha sido el LSD, que tiene efectos en dosis desde los 50 a los 100 mcg, se absorbe rápidamente y sus efectos psicológicos se presentan aproximadamente 20 minutos después de su ingesta oral, se la puede encontrar ilegalmente en forma de pequeños cristales, gotas depositadas en papel secante o en cubos de azúcar (Moreano, 2013i).

El éxtasis es una droga de diseño creada clandestinamente, se ofrece en forma de polvo, comprimidos o cápsulas, es muy popular entre los adolescentes en los clubes nocturnos porque es fácil conseguirla en las fiestas electrónicas, los locales nocturnos y los conciertos, se la conoce como: píldora del amor, Adán, Eva, XTC, tiene un efecto estimulante y hace que las emociones, tanto las negativas como las positivas, resulten mucho más intensas, quienes la consumen sienten un leve cosquilleo en la piel y sufren un incremento de la frecuencia cardíaca, puede causar sequedad bucal, calambres, visión borrosa, escalofríos, sudoración y náuseas. Muchos consumidores también experimentan depresión, paranoia, ansiedad y confusión. Existen algunas preocupaciones de que estos efectos sobre el cerebro y las emociones puedan volverse permanentes con el uso crónico de éxtasis, también incrementa la temperatura del

cuerpo, pudiendo, en algunos casos, provocar daños en los órganos o incluso la muerte (TeensHealth, 2012j).

2.1.10. Opiáceos.

Los opioides son responsables de poco más de la mitad de las muertes asociadas con drogas controladas (55,4 %). La heroína es parte de este grupo, una de sus formas de consumo es por vía intravenosa, por lo que rápidamente llega al cerebro, donde se convierte en morfina y activa receptores celulares específicos, es una sustancia psicoactiva altamente adictiva, que genera una rápida dependencia física y psicológica en los consumidores, se asocia a su consumo una gran cantidad de muertes por sobredosis y por la transmisión de enfermedades infecciosas debido al intercambio de jeringas (OEA, 2013f).

La heroína proviene de las vainas secas de la amapola (opio), que también se utiliza para fabricar un tipo de analgésicos denominados "narcóticos", como la codeína y la morfina. Comúnmente se la conoce también como: smack, caballo y dama blanca, puede ser de color blanco a marrón oscuro y se puede presentar como un polvo o una sustancia pegajosa, su consumo provoca sentimientos repentinos de euforia (estimulación), que suele ir seguida de somnolencia, náuseas, calambres en el estómago y vómitos, los consumidores sienten la necesidad de tomar más heroína en cuanto sea posible para volver a sentirse bien, el uso prolongado de heroína provoca estragos en el

organismo. Se la asocia con la constipación crónica, la sequedad de la piel, la formación de cicatrices en las venas y los problemas respiratorios. (TeensHealth, 2012k).

2.1.11. El problema de las drogas.

Como se ha analizado ya, el abuso de sustancias psicoactivas representa un peligro potencial para la salud humana, según la OEA (2013g), se asocia a múltiples problemas de salud, alteraciones neurocomportamentales; propagación de enfermedades infecciosas como el VIH, la tuberculosis y la hepatitis B; y altos índices de incapacidad laboral y social, sin embargo y a pesar de sus consecuencias, el consumo, el abuso y la dependencia de las sustancias psicoactivas muestran una tendencia al aumento en el mundo entero.

El problema de las drogas parece intensificarse cuando se asocia a la pobreza, una educación incompleta; la falta de ayuda por parte de las entidades locales, hace que los problemas personales, sociales y políticos se conjuguen y los factores asociados al riesgo de consumo de sustancias persistan y sean más complejos (Gómez, et al, 2013c).

Cuando el fenómeno de las drogas se define desde una perspectiva de salud pública, se reconoce el problema como una enfermedad y por tanto no se ve en el encarcelamiento de los enfermos la solución de los problemas. (Medina, Real, Villatoro, & Natera, 2013), Precisamente porque lo anterior es una realidad, tanto la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) de la OMS, como la clasificación de la

American Psychiatric Association (DSM-IV) le han conferido un lugar entre las enfermedades mentales (Velasco, 2014c).

En definitiva el consumo y abuso de drogas no constituye un fenómeno únicamente de salud, sino que afecta el desenvolvimiento social de los consumidores, deteriorando sus relaciones sociales, y afectadas las áreas educativas, laborales y familiares, al ser el sujeto el factor más importante en el desarrollo político y económico de su comunidad, se podría considerar que su enfermedad influye en el desarrollo de los países, no solo porque deja de producir, si no por los altos costos que el estado generalmente debe invertir en su recuperación.

Consumir sustancias psicoactivas puede constituir el antecedente de la aparición de la enfermedad, y aunque no todos los consumidores llegan a desarrollar una adicción, el solo hecho de probar socialmente estas sustancias significa un factor de riesgo potencial, para iniciar el camino de la adicción.

2.1.12. Consumo de sustancias psicoactivas.

De acuerdo con Gómez, et al, (2013d), el consumo de sustancias psicoactivas consiste en incorporar un producto químico que afecta al organismo, al respecto Gastaldo, Hamilton, Miotto, Caravaca, Noh, Brands, (2015a), describen el consumo como la conducta de exponerse a una sustancia por diferentes vías de administración tales como la vía oral, nasal, sublingual, intravenosa, entre otras.

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno multifactorial y multidimensional, y las motivaciones para iniciarse en este son tan variadas y distintas que resulta realmente difícil intentar determinar una causa única, en este sentido Velasco (2014d), indica que atribuir a un solo factor casual el uso inicial, la adquisición de un hábito, y finalmente la adicción, resulta totalmente alejado de la ciencia, e implicaría un costoso error por sus consecuencias teóricas y prácticas.

Agudelo & Arango, (2012a), Considera la aportación de Torbay y Marrero (2003) quienes afirman que para la OMS el consumo de sustancias psicoactivas es el producto de tres elementos: drogas, persona y medio ambiente, al consumo de sustancias están relacionados factores biológicos, psicológicos y socioculturales. La familia juega un papel muy importante; fenómenos como la violencia intrafamiliar, pautas de crianza inadecuadas, modelos parentales negativos de consumo, poca atención de los padres a sus hijos, entre otras, pueden ser factores de riesgo (Medina & Rubio, 2012a). Dichos factores han sido enlistados por Moreano (2012j), de la siguiente forma:

Individuales e interpersonales: Baja autoestima, depresión, búsqueda de nuevas e intensas emociones, agresividad, problemas de conducta, timidez, rebeldía, enajenamiento y bajo rendimiento escolar hasta el abandono de los estudios.

Presión de los compañeros de grupo: Asociación con individuos que usan drogas ilegales; fracaso en la educación primaria y secundaria; reuniones con compañeros

rechazados que abusan del alcohol y de otras sustancias y se dedican a actividades delictivas; presión del nuevo círculo de amistades para consumir drogas, y pandillerismo.

Familiares: El que uno o ambos padres sean usuarios de drogas incrementa el riesgo, pues los adolescentes perciben que hay tolerancia, ambivalencia o permisividad hacia ellas.

Falta de límites en la disciplina del hogar: La convivencia familiar con patrones negativos de conducta; las relaciones conflictivas; el poco acercamiento entre los miembros de la familia; la tensión y las alteraciones causadas por divorcio; los bajos ingresos económicos, la pérdida de algún integrante, la falta de apoyo de la familia extensa o de otros sistemas sociales; los trastornos emocionales en uno o ambos padres; los problemas de pareja; el rechazo de los padres a los hijos; los problemas en el ejercicio de la disciplina y de otras habilidades parentales y el abuso físico o sexual.

Escolares: En general la escuela representa un factor protector contra el abuso de sustancias, pero en algunas circunstancias especiales puede convertirse en un factor de riesgo; por ejemplo: una escuela que no tenga una escala de valores adecuada (tolerancia hacia el pandillerismo); y, por tanto, existan actitudes ambivalentes respecto a las drogas; ambiente escolar con pobre motivación y apoyo a los estudiantes, y falta de un programa integral para resolver un fracaso académico.

Comunitarios: Los altos índices de delitos, la elevada densidad de la población, la fácil disponibilidad de drogas, la tolerancia al alcohol y al tabaco, y actitud ambivalente de la comunidad hacia el consumo de sustancias son factores de alto riesgo que pueden favorecer el consumo de drogas.

La importancia que tiene la familia como principal factor educativo es innegable, y ha sido considerada como un elemento de fomento de creatividad y de cumplimiento de actividades académicas, sin embargo cuando en esta existen relaciones que no son del todo positivas, pueden representar un factor de riesgo y vulnerabilidad en el consumo de drogas (Gastaldo, et al, 2015b).

2.1.13. Consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia.

Al iniciar el nuevo milenio, la población infantil y de jóvenes adolescentes constituía casi 40% de la población mundial, el enorme peso demográfico de la niñez y de los jóvenes adolescentes, obliga a revisar las condiciones de este sector poblacional en el actual panorama social (Moreano, 2013k).

Sobre las causas por las cuales los(as) jóvenes son vulnerables al consumo de drogas lícitas o ilícitas, (Gastaldo, et al, 2015c, p146) afirman, que:

Esta vulnerabilidad es el resultado final de un conjunto de factores que pueden moderar positiva o negativamente dicho consumo y puede estar ligada a los cambios sociales, culturales, políticos y económicos que están siendo percibidos en la esfera global, conllevando a la adopción de diferentes comportamientos y actitudes de riesgo.

Podrían existir adolescentes cuyas características individuales los hacen candidatos para el consumo de sustancias psicoactivas, al respecto Velasco (2014e), presenta un estudio titulado New Hampshire Study, en el que durante tres años se evaluó periódicamente a 1200 estudiantes de los últimos años de primaria y los primeros de secundaria, identificó varios factores de riesgo para que se dé el primer consumo de drogas, principalmente marihuana, estos serían:

- Tener 14 años o más (etapa de la adolescencia).
- Sentirse insatisfecho con la vida escolar.
- Ser mal estudiante, de bajas calificaciones.
- Sentirse rechazado en el hogar.
- Considerarse impopular.
- Tener amigos que fumen marihuana.

El análisis de las probabilidades de iniciar el consumo de una sustancia demuestra que ocurre desde edades muy tempranas y a partir de la pubertad aumentan

drásticamente, en especial con drogas legales como el alcohol y el tabaco, que constituye para muchos jóvenes, la puerta de entrada para el consumo de drogas ilegales, principalmente a partir de los 15 años de edad los adolescentes presentan mayores posibilidades de abusar de drogas ilegales, las más frecuentes son las sustancias volátiles y la marihuana. (Moreano, 2013l).

Algunos estudios epidemiológicos muestran que el uso ocasional o continuo de alcohol y tabaco, solos o combinados, es común entre los jóvenes... asimismo, que la preferencia por el alcohol como droga de inicio en los estudiantes es mayor. (González, et al., 2015c). “El consumo de alcohol, por ejemplo, se encuentra más a menudo en adolescentes, debido a la aceptación social de su consumo y su facilidad de acceso, al ser una sustancia legal” ((Medina & Rubio, 2012b, p.552).

En coherencia con estos datos, la muestra estudiada en esta investigación presenta altos niveles de consumo de sustancias lícitas, donde el alcohol supera el 95% de consumidores entre los adolescente, seguida de esta la frecuencia del consumo de tabaco llega al 28% de usuarios, y el cannabis representaría la sustancia ilícita de mayor consumo en esta población.

La OEA (2013h, p22), advierte sobre la necesidad de evitar el consumo o, cuando menos, retrasar la edad de inicio entre los adolescentes, sustentando que:

Existen estructuras del cerebro humano que continúan madurando hasta los 25 años de edad, especialmente aquellas relacionadas con funciones mentales complejas y con la capacidad de controlar los impulsos. Las drogas modifican el equilibrio de la neuroquímica cerebral y las señales que conducen los complejos procesos de maduración de esas estructuras. El consumo durante esta etapa puede traer repercusiones a largo plazo, ya que también puede alterar el proceso de selección de las conexiones neuronales que en el futuro permitirán el funcionamiento íntegro del cerebro.

Velasco, (2014f), reconoce que hay que ser cuidadoso con los mensajes ambiguos que por sí solo pueden dañar. El muchacho que escucha la expresión “prevención de las adicciones”, bien puede pensar que él no será adicto nunca porque así lo ha decidido, y que al probar por primera vez una droga, solo espera saber que se siente, sin embargo, alrededor de uno de cada 10 a 15 jóvenes que consumen por primera vez una droga ilegal, continúan consumiéndola hasta llegar al hábito y finalmente a la adicción, independientemente de su voluntad.

La escuela reúne al grupo con mayor riesgo de consumir drogas (Agudelo & Arango, 2012b, p.80). Los estudiantes se apropian de espacios institucionales desarrollando ciertas prácticas que alimentan estilos de vida que conforman las culturas juveniles, y no resulta ajeno al consumo de drogas, sin embargo Kornblit y colaboradores (2006) citado por Lucchese, et al., (2013e) indican que la escuela es un ámbito donde muchos jóvenes permanecen un tiempo considerable y este hecho la

convierte en un lugar privilegiado para la prevención de conductas de riesgo y la realización de programas de promoción de la salud.

La prevención a través de la información podría constituir la herramienta más importante en la lucha contra el consumo problemático de sustancias psicoactivas, involucrar a los maestros y a las familias en el diseño de estrategias de intervención es vital para la continuidad y el éxito de los programas. Al respecto Bauman y cols, (2001) citado por Agudelo & Arango, (2012c), afirman que la educación y la información sobre las drogas para los padres o los cuidadores refuerzan lo que los niños están aprendiendo sobre los efectos dañinos de las drogas y brindan la oportunidad para la discusión familiar sobre el abuso de sustancias legales e ilegales.

2.1.14. Diferencias por género.

La Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, en su Informe mundial sobre drogas del año 2016, expone que las “disparidades de género en el consumo de drogas pueden atribuirse en mayor medida a las oportunidades de consumirlas en un entorno social que a la mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad de uno de los géneros al consumo de drogas”.

En el mismo documento indica la organización que, si bien la mayoría de los estudios indica que la prevalencia del consumo de drogas es mayor en los jóvenes que

en los adultos, las diferencias de género en cuanto al consumo son menores entre los jóvenes que entre los adultos (UNODC, 2016c, p.11-12).

2.2. DEPRESIÓN.

2.2.1. ¿Qué es la depresión?

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. (OMS, 2016b, parr.2), incluye un conjunto de entidades clínicas relacionadas con problemas de mayor o menor intensidad y duración, tales como el episodio de depresión mayor (EDM) y la distimia que, de acuerdo con el DSM-5, son trastornos del estado de ánimo. (González. C, et al, 2015b).

Se manifiesta mediante estados de tristeza sin razón y se acompaña de síntomas tales como: alteraciones del sueño y de la alimentación; pérdida de iniciativa o del deseo de iniciar una nueva actividad; abandono del cuidado personal; poca capacidad de experimentar placer o alegría; dificultad para tomar decisiones; disminución de la energía; sentimientos de culpa, desesperación y desprecio por sí mismo; ataques de llanto sin una causa aparente, y en situaciones más graves pueden presentarse ideas, intentos de suicidio o muerte. (Moreano, 2013m).

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse en niveles: leves, moderados o graves (OMS, 2016c).

2.2.2. Etiología.

Determinar el inicio de los síntomas depresivos puede ser una tarea compleja, ya que es un fenómeno multicausal, y son muchos los factores que interactúan e influyen en su etiología, al respecto la OMS, (2016d), explica que la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos, y quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de padecerla.

Las personas que presentaron EDM en la niñez y/o adolescencia tuvieron mayor probabilidad de presentar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a las drogas, en comparación con los deprimidos con inicio en la etapa adulta. (González. C, et al, 2015c).

Las enfermedades médicas crónicas, la hospitalización prolongada, el abuso de drogas, especialmente de alcohol, tabaco y cocaína, pueden ser factores precipitantes en la aparición de una depresión y complicar el tratamiento, además cuando existen antecedentes de depresión familiar, el riesgo de contraer esta enfermedad es 14 veces mayor, especialmente si los padres tuvieron algún episodio depresivo antes de los 30 años de edad. (Moreano, 2013). Quienes padecieron depresión desde edades tempranas, tuvieron el 50% más probabilidades de haber intentado suicidarse. (González. C, et al, 2015d, p.152).

González. C, et al, (2015e). Expone un análisis sobre la comprensión de la etiología de los trastornos depresivos e indica que si bien las investigaciones científicas ofrecen nuevos elementos para su comprensión, aún quedan preguntas fundamentales por resolver. Por ejemplo, algunos estudios identifican factores individuales, tales como la carga genética, traumatismos psíquicos y/o accidentes vasculares, mientras que otros subrayan la importancia de factores psicosociales, como los eventos de vida y las crisis económicas y políticas, entre otros; o bien, la interacción de diversos factores de manera compleja y que difícilmente pueden ser resueltos con abordajes exclusivamente enfocados en el individuo.

En esta materia Veytia, et al, (2012b). Explican que algunos modelos psicológicos proponen que existen determinados factores de vulnerabilidad (diátesis), que en su interacción con sucesos estresantes o negativos aumentan la probabilidad de aparición o mantenimiento del trastorno. El modelo cognitivo de la depresión ha sugerido que son los factores ambientales los que la explican, a los que se les ha definido como «sucesos vitales estresantes», entre los más frecuentes experimentados por los adolescentes se encontró: cambio de clase (evento relativo al contexto escolar), muerte de un familiar (acontecimiento estresante familiar) y ruptura de la relación de pareja (estresor relativo al grupo de iguales). Estos sucesos se han relacionado con síntomas de depresión en los adolescentes.

En edades tempranas los síntomas depresivos pueden presentarse de forma “enmascarada”, a través de problemas de conducta a nivel familiar y escolar, manifestándose como rebeldía, irritabilidad, indiferencia en las actividades familiares,

malas calificaciones o fracaso escolar y problemas de la alimentación (Moreano, 2013n).

2.2.3. Depresión en adolescentes.

En la adolescencia, la depresión puede manifestarse de formas diferentes y no expresa los mismos síntomas que el adulto, más bien habla de estar aburrido, de experimentar un vacío, de sentirse incomprendido, solo, abandonado y rechazado, también muestra descuido en su arreglo personal, un tipo de pensamiento lento, irritabilidad, agresividad y escaso interés de relacionarse con compañeros de su misma edad o mayores que él, estos síntomas dependen de la edad en que se inicie, así como las características familiares y sociales que intervienen en su aparición, también influye la posibilidad que tienen para comunicar a sus padres o a familiares más cercanos que algo les está sucediendo. Muchos adolescentes con depresión presentan además otros trastornos mentales como: Trastorno de ansiedad, Trastornos de conducta y Trastornos por uso de sustancias (Moreano, 2013ñ).

“La sintomatología depresiva elevada es uno de los cinco principales factores que limitan el desarrollo académico entre los estudiantes, con tasas que pueden estar por arriba del 50%”. (Gonzáles, et al, 2012d, p.52).

Los y las adolescentes, precisamente por los fenómenos y cambios psicológicos y físicos que caracterizan su edad, suelen ser muy susceptibles y altamente

influenciables por los factores sociales con los que coexisten, que atrapan su atención y consiguen su interés motivados por la curiosidad, e impulsados por la carencia de conocimientos, convirtiéndose en “presas fáciles” de situaciones peligrosas e ilícitas, estas situaciones también hacen vulnerable a los jóvenes al padecimiento de problemas emocionales y relacionados con el humor .

Medina & Rubio, (2012b) exponen la existencia de estudios que señalan que los jóvenes son más propensos a sufrir depresión, debido a que en la adolescencia se generan procesos de cambio físico, psicológico, cognitivo y sociocultural, situaciones que se corresponden con las conclusiones de algunas investigaciones que indican que durante dicha etapa se presentan a menudo patrones de comportamientos de riesgo para la salud asociados a síntomas depresivos, la depresión en esta edad conlleva un alto costo individual, familiar y social, asociándose al abuso de alcohol y drogas, conductas sexuales de riesgo, conductas violentas, otros trastornos psiquiátricos y a mayor riesgo de recurrencia de la depresión en la adultez, además es uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes.

La depresión, el uso y abuso de sustancias representan un problema de salud pública que necesita ser reconocido por los padres de familia, maestros y personas que se encuentren en contacto directo con ellos, para estar en condiciones de identificar conductas que se diferencian de las que presentan la mayoría de los adolescentes. La depresión en adolescentes se considera una de las mayores epidemias que afectan a este grupo y que no es atendida de manera adecuada. (Moreano, 2013o).

2.2.4. Diferencias por género.

La evidencia empírica señala, con relativa amplitud, que el sexo femenino es afectado de mayor manera por la depresión en cualquiera de sus manifestaciones (González. C, et al, 2015f, p.152), esta diferencia por sexo aparece en el inicio de la adolescencia, alcanzando una razón de 2 a 1 en la adolescencia media y persiste al menos hasta al final de la etapa adulta. (Veytia, et al, 2012d, p.38).

Sin embargo es importante hacer un análisis sobre esta marcada diferencia y la posibilidad de que se deba a cómo están contruidos los instrumentos de evaluación, tamizaje y diagnóstico, ya que existe la posibilidad de que la forma en la que se evalúan algunos de los componentes de la depresión lleve a subestimar las respuestas depresivas más típicas del género masculino (González, et al, 2015g).

El sexo como elemento determinante en los niveles de sintomatología depresiva, podría tener un sustrato más psicosocial, en la manera en que hombres y mujeres aprenden las formas permitidas para externalizar sus estados de ánimo (González, et al, 2012e). Generalmente el rol social masculino se asocia con conductas instrumentales (expresar enojo, pero no tristeza) mientras que en las mujeres se asocia con aspectos emocionales (expresar tristeza, pero no enojo) El estigma hacia la depresión en los hombres puede conducir a que se intente enmascarar los síntomas mediante conductas de alto riesgo, (González, et al, 2015h).

2.2.5. Tratamiento.

Según la OMS, (2016e) entre los diferentes tratamientos psicológicos a considerar, se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, dispensados por profesionales o por terapeutas legos supervisados, así mismo advierte que los antidepresivos pueden ser eficaces en la depresión moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección en los casos leves, y no se deben utilizar para tratar la depresión en niños ni como tratamiento de primera línea en adolescentes, en los que hay que utilizarlos con cautela.

Más de la mitad de los afectados en todo el mundo no reciben tratamiento, entre los obstáculos que dificultan una atención eficaz, se puede precisar: la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta y la evaluación errónea. En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos (OMS, 2016f).

2.3. DEPRESIÓN Y CONSUMO EN ADOLESCENTES.

Varios autores han argumentado la relación entre la depresión y el consumo de sustancias psicoactivas, al respecto (Moreano, 2013p), expone que los adolescentes que pasan por una depresión, reconocen que tienen un grado importante de desesperación, que generalmente los conduce a experimentar y abusar de drogas para aliviar lo que ellos mismos califican como “un vacío”, y “una falta” o “algo que no alcanzan a identificar”.

Un estudio chileno aplicado a 95 liceos y publicado por (Rojas, Gaete, Guajardo, Martínez, Barroilhet, Meneses, Fritsch, Araya, 2012), encontró que a mayor cantidad del consumo de una sustancia, sea tabaco, alcohol o marihuana, mayor es la probabilidad de que adolescentes presenten síntomas depresivos clínicamente significativos; y la asociación se hace más marcada a mayor intensidad de la sintomatología depresiva. Este mismo documento cita a Brook y cols (2002) quienes encontraron que el consumo de alcohol, marihuana y otras drogas en la adolescencia, predice el desarrollo de un episodio depresivo mayor al llegar a la adultez.

En el artículo publicado por (Gómez, et al, 2013e). Ledoux, Sizaret, Hassler, & Choquet, (2000), indican que entre las variables que influyen en la toma de decisiones por parte de los adolescentes frente al consumo de sustancias psicoactivas está la situación familiar, ya que la poca o nula atención por parte de los padres se ha convertido en un factor predictor de consumo, esta situación genera sensación de soledad en ellos y convierte el tiempo libre de los adolescentes en una situación de

riesgo propicia para el inicio de consumo de sustancias psicoactivas. Al respecto, cita también a Varela, Salazar, Cáceres, & Tovar, (2007), quienes aseguran que los adolescentes evidencian frustración cuando no se cubren las necesidades de seguridad, posesión, afecto y autorrealización; presentando comportamientos desesperanzados con algunos rasgos depresivos asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la medida en que estas constituyen una forma rápida para experimentar sensaciones placenteras, modificar los sentimientos asociados al malestar emocional, reducir los trastornos emocionales, mitigar la tensión y el estrés, afrontar cambios y presiones del entorno, de esta forma, y como indica Restrepo, (2002) el individuo afectado por problemas personales descubre en los productos psicoactivos un alivio inmediato a sus angustias cotidianas reforzando así la conducta de consumo.

Algunos estudios muestran evidencia de bidireccionalidad entre consumo de tabaco y malestares emocionales en la adolescencia, aunque sin llegar a una conclusión sobre la relación causal de esta asociación. Por un lado, algunas investigaciones parecen reforzar las hipótesis de la automedicación y del modelo de afrontamiento del estrés (stress-coping), desde estas perspectivas, los individuos fumarían para resolver o regular sus estados de malestar. Por otro lado, algunos estudios indican que el consumo habitual de tabaco es un factor de riesgo para la aparición de depresión y de estados de ánimo negativos, así el hábito tabáquico aumentaría la propensión a padecer malestares asociados al espectro depresivo como consecuencia de alteraciones neuroquímicas y neurofisiológicas generadas por el consumo de nicotina, ya sea diaria o incluso semanalmente. Establecer la direccionalidad entre consumo de tabaco y malestar emocional resulta todavía prematuro debido al desconocimiento de las bases

psicobiológicas de los estados depresivos y de los estados de ánimo negativos. Adicionalmente, la comorbilidad puede deberse al efecto de factores genéticos y sociales que actúen en la incidencia de ambos fenómenos (Martínez, Marga, Albert, Escapa, Marí, DiGiacomo, 2012).

Sin embargo en el presente estudio, aplicado a los estudiantes del bachillerato de la unidad educativa 25 de Mayo de Crucita, año lectivo 2016 – 2017, y de acuerdo a la información proporcionada por los instrumentos utilizados, no se logra establecer una relación significativa entre el consumo de sustancias psicoactivas y depresión, por la baja frecuencia de casos depresivos frente a un elevado de número de consumidores de sustancias psicoactivas.

CAPÍTULO III

3.1. METODOLOGÍA.

3.1.1. Identificación de las variables.

3.1.2. Variable Independiente.

Consumo de sustancias psicoactivas.

3.1.3. Variable Dependiente.

Depresión en estudiantes.

3.2. HIPÓTESIS.

Se plantea la Hipótesis alterna (H_1):

El riesgo por consumo de sustancias psicoactivas se presenta relacionado con niveles elevados de depresión en los estudiantes investigados.

Se plantea la Hipótesis Nula (H_0):

El riesgo por consumo de sustancias psicoactivas no presenta relación con niveles elevados de depresión en los estudiantes investigados.

3.3. TIPO DE ESTUDIO.

La investigación se sustentó en un modelo descriptivo correlacional.

3.4. MÉTODO.

Esta investigación se apoyó en los siguientes métodos:

Descriptivo: A través de él se logró describir los elementos que constituyen el presente trabajo investigativo.

Análisis-síntesis: Permitió el análisis, valoración y síntesis de los contenidos que aparecen en fuentes bibliográficas relacionadas con el tema.

Inducción-deducción: Inferencias y conclusiones respecto al tema de investigación y prever posibles resultados.

Histórico-lógico: Para profundizar en los antecedentes, manifestaciones y evolución del problema, es decir caracterizar el objeto de la investigación.

Estadístico: Para el procesamiento y análisis de la información, se utilizaron fórmulas estadísticas para determinar los resultados cuantitativamente.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

3.5.1. Técnicas.

En el proceso investigativo se hizo uso de las siguientes técnicas:

Revisión bibliográfica y documental: Para profundizar en la contextualización y la caracterización del objeto de investigación.

Aplicación de Test estandarizados: Para la medición de las variables se aplicaron test estandarizados: Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ASIST V3.0, y el Inventario de depresión de Beck, proporcionados por el Ministerio de Salud Pública.

3.5.2. Instrumentos.

Para obtener y procesar la información la investigación se apoyó en el uso de:

Tests: Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ASIST V3.0, y el Inventario de depresión de Beck.

Consentimientos y asentimientos informados: Para que los representantes legales y los estudiantes aprobaran el desarrollo de la investigación, este paso es exigido por el Ministerio de Educación.

3.6. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.6.1. Población.

El universo objeto de estudio está constituido por los **675** estudiantes de la Unidad Educativa Fiscal 25 de Mayo de la parroquia Crucita, cantón Portoviejo, legalmente matriculados en el periodo fiscal 2016 - 2017.

- } Impresora.
- } Fotocopiadora.
- } Cámara.
- } Libros.
- } etc.

CAPÍTULO IV

4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

4.1.1. Descripción del proceso de la información.

Para el desarrollo de esta investigación se contó con la aprobación del Ministerio de Educación, para poder ingresar al establecimiento educativo y evaluar a los estudiantes del segundo y tercer año de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscal “25 de Mayo”, se hizo necesaria la aplicación de consentimientos informados a los representantes legales y asentimientos informados a los estudiantes, se envió a casa una hoja que incluía ambos documentos para su análisis y posterior firma de autorización.

Posteriormente los investigadores se acercaron a los salones de clases y tras la selección de los estudiantes que habían llevado los documentos de consentimiento y asentimiento debidamente firmados, se procedió a aplicar una batería diseñada con dos test psicométricos.

Al comenzar la aplicación se explicó el objetivo de la investigación, y se hicieron recomendaciones generales como guardar silencio, y respetar la tranquilidad de los compañeros, la batería incluía indicaciones específicas y con ayuda de un cartel se mostró la forma correcta de contestar cada test, dejando abierta la posibilidad de despejar dudas individuales.

Se recalcó que la información que proporcionaran sería tratada con ABSOLUTA CONFIDENCIALIDAD, y se utilizaría únicamente con fines académicos, las baterías fueron anónimas, no solicitaban datos personales, no se estableció límite de tiempo, por lo que los estudiantes podían leer, comprender y contestar las pruebas, con toda tranquilidad.

Los test aplicados se describen a continuación:

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ASSIST V3.0, facilitada por personal médico del Ministerio de Salud Pública (MSP), El formato original del MSP consta de ocho preguntas de opción múltiple, pero para esta investigación se incluyeron siete, omitiendo la última pregunta “¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)”, ya que sus resultados, más bien, ayudan al personal médico a determinar el tipo de intervención, además para el puntaje total final no se suman ni la pregunta uno ni la ocho, La pregunta uno si se incluyó en nuestra batería, pero no se sumó en los puntajes finales, en la pregunta cinco, la respuesta de tabaco no se suma en la puntuación final.

La interpretación del ASSIST indica que se deben sumar los puntajes de las preguntas dos a la siete, cuyos puntajes significaran:

Para alcohol: 0 – 10: Riesgo bajo, 11 – 26: Riesgo Moderado, 27 – +: Riesgo Alto.

Para las demás sustancias: 0 – 3: Riesgo bajo, 4 – 26: Riesgo Moderado, 27 – +: Riesgo Alto.

Los significados de los riesgos, para todas las sustancias, serían los siguientes:

Riesgo bajo: “Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas”.

Riesgo moderado: “Usted presenta riesgo para su salud y de otros tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias”.

Riesgo Alto: “Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja,...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente”.

El segundo test de la batería, fue el Inventario de depresión de Beck, es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más, este instrumento consta de veintiún grupos de afirmaciones, el estudiante debía escoger la opción que creyera conveniente de acuerdo a como se ha sentido en la última semana previa a la aplicación del mismo.

El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos, y la interpretación establece cuatro grupos en función de la puntuación total:

0-13, mínima depresión.

14-19, depresión leve.

20-28, depresión moderada.

29-63, depresión grave.

Varios estudiantes pidieron ayuda a los investigadores, por dudas personales con el cuestionario, que fueron despejadas oportunamente.

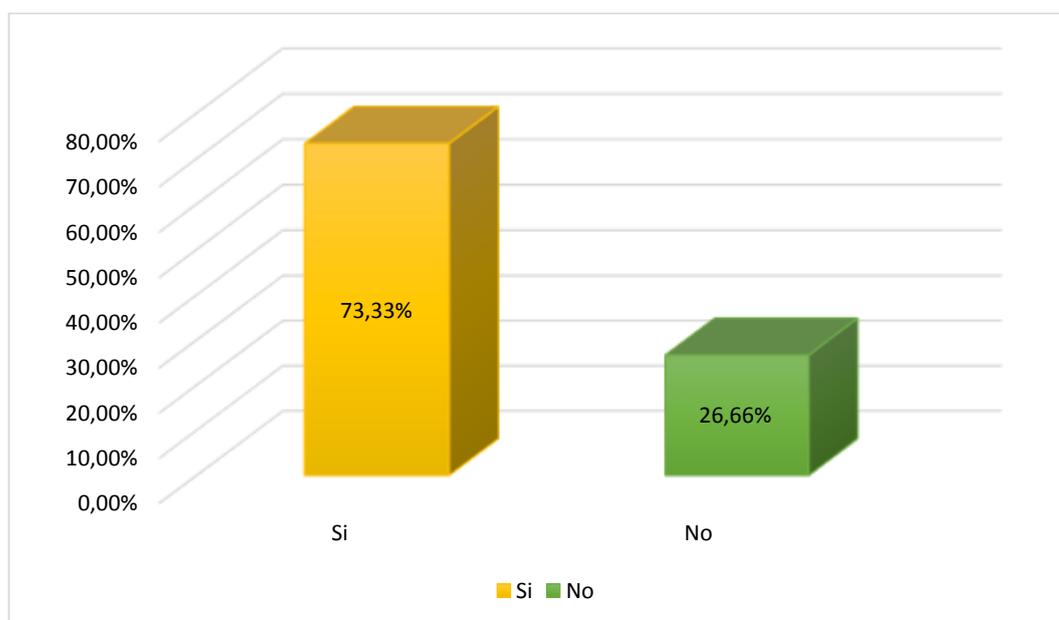
Posteriormente a la aplicación las baterías fueron interpretadas y sus resultados expresados en niveles de riesgos y niveles de depresión, han sido tabulados.

TEST: Resultados en base a la Prueba de detección de alcohol, tabaco y otras drogas ASIST V3.0.

Tabla y Gráfico I

| CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES. | | |
|---|----------|----------|
| ALTERNATIVAS | F | % |
| SI | 121 | 73,33 |
| NO | 44 | 26,66 |
| TOTAL: | 165 | 99,99 |

REPRESENTACIÓN GRÁFICO PORCENTUAL



FUENTE: Estudiantes del bachillerato de la U. E. F. 25 de Mayo.

ELABORACIÓN: Los Autores.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

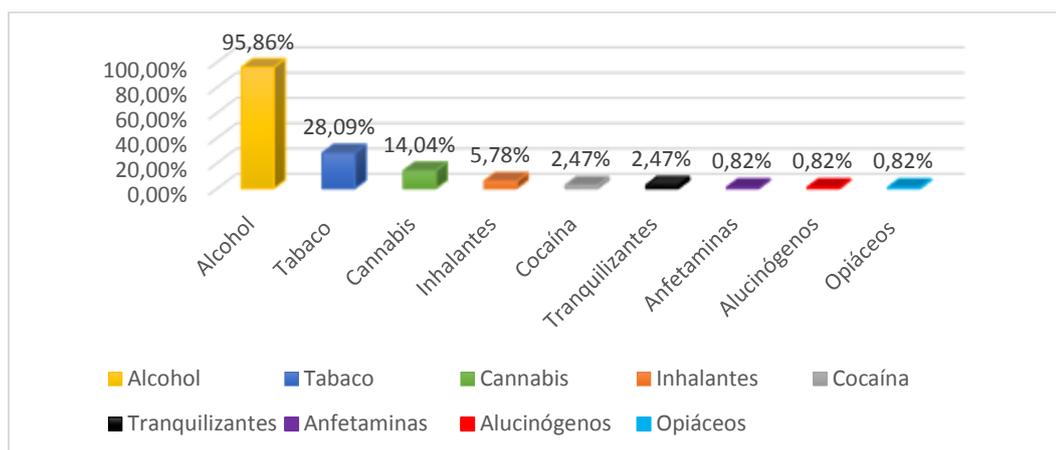
En el gráfico I se puede observar que de 165 estudiantes evaluados, 121 que corresponde al 73,33% reportan consumo de alguna sustancia psicoactiva en los últimos tres meses, mientras, que 44 estudiantes que representan el 26,66% de la muestra de investigación no reportan consumo de sustancias durante este periodo de acuerdo a los

resultados del autoinforme. Con estos datos se determina que el consumo de sustancias psicoactivas entre la población adolescente de la Unidad Educativa Fiscal 25 de Mayo es elevado, con casi tres cuartas partes de estudiantes que registran consumo de sustancias psicoactivas en los últimos tres meses.

Tabla y Gráfico II

| SUSTANCIAS CONSUMIDAS. | | |
|-------------------------------|----------|----------|
| SUSTANCIAS | F | % |
| ALCOHOL | 116 | 95,86 |
| TABACO | 34 | 28,09 |
| CANNABIS | 17 | 14,04 |
| INHALANTES | 7 | 5,78 |
| COCAÍNA | 3 | 2,47 |
| TRANQUILIZANTES | 3 | 2,47 |
| ANFETAMINAS | 1 | 0,82 |
| ALUCINÓGENOS | 1 | 0,82 |
| OPIÁCEOS | 1 | 0,82 |
| OTROS | 0 | 0 |

REPRESENTACIÓN GRÁFICO PORCENTUAL



FUENTE: Estudiantes del bachillerato de la U. E. F. 25 de Mayo.
ELABORACIÓN: Los Autores.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Entre los 121 estudiantes que reportan consumo de sustancias psicoactivas en los autoinformes y que representan el 100% para este análisis, se puede determinar que el alcohol sería la sustancia psicoactiva más usada, con un total de 95,86% de consumidores, seguida de tabaco con un 28,09% de usuarios, el cannabis representaría la sustancia ilícita de mayor consumo en este grupo con un total de 14,04% de

consumidores reportados, le continúan los inhalantes con el 5,78% de consumo, se reporta un bajo consumo de sustancias como: cocaína con 2,47% y tranquilizantes 2,47%, se encontró un menor consumo de anfetaminas, alucinógenos y opiáceos con el 0,82% de consumidores para cada una de ellas y no se registra consumo de otra sustancia en la población investigada.

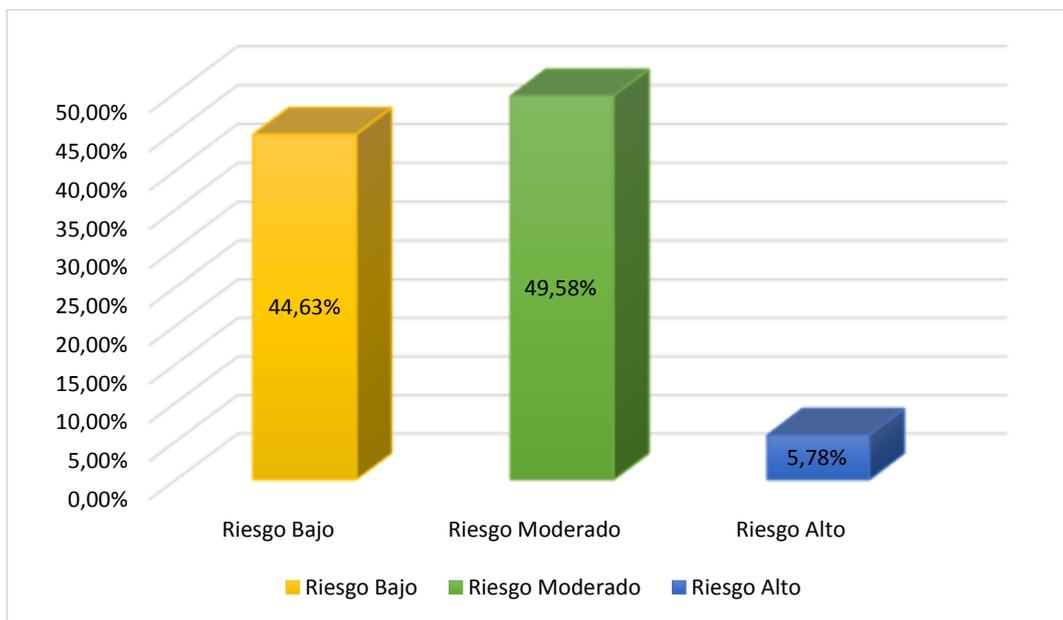
Hay que considerar que varios de los estudiantes presentan consumo de varias sustancias, por lo que se han registrado los valores porcentuales por sustancia consumida y no por consumidores.

A partir de estos datos se pueden analizar y en concordancia con la literatura internacional y las estadísticas locales que las sustancias psicoactivas de mayor consumo son las lícitas, considerando un consumo de alcohol bastante elevado que supera el 95% de usuarios. El cannabis es la sustancia ilegal de mayor consumo entre la población estudiada coincidiendo también con los datos expuestos anteriormente sin embargo un hecho que llama la atención es que la sustancia que continua en porcentaje de consumo son los inhalantes, la cocaína se presenta con un porcentaje relativamente bajo de consumo considerando que es una droga de fácil acceso y elevado consumo local. Se podría considerar que los reportes de bajo consumo de anfetaminas, tranquilizantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas podría deberse a que no son drogas de consumo habitual en el contexto y son de acceso más complicado

Tabla y Gráfico III

| RIESGO DE CONSUMO. | | |
|---------------------------|----------|----------|
| NIVEL DE RIESGO | F | % |
| RIESGO BAJO | 54 | 44,63 |
| RIESGO MODERADO | 60 | 49,58 |
| RIESGO ALTO | 7 | 5,78 |
| TOTAL: | 121 | 99,99 |

REPRESENTACIÓN GRÁFICO PORCENTUAL



FUENTE: Estudiantes del bachillerato de la U. E. F. 25 de Mayo.
ELABORACIÓN: Los Autores.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Para este análisis se han considerado los datos reportados por los 121 estudiantes que han reportado consumo en los últimos tres meses y aunque el estudiante presente policonsumo de sustancias se ha tomado las sustancias en la presenta mayor riesgo para el análisis estadístico. En cuanto a consumo de sustancias psicoactivas los datos obtenidos de la muestra estudiada indican que un 44,63% presenta riesgo bajo, 49,58% de consumidores está considerando en riesgo moderado y el riesgo alto se encuentra el

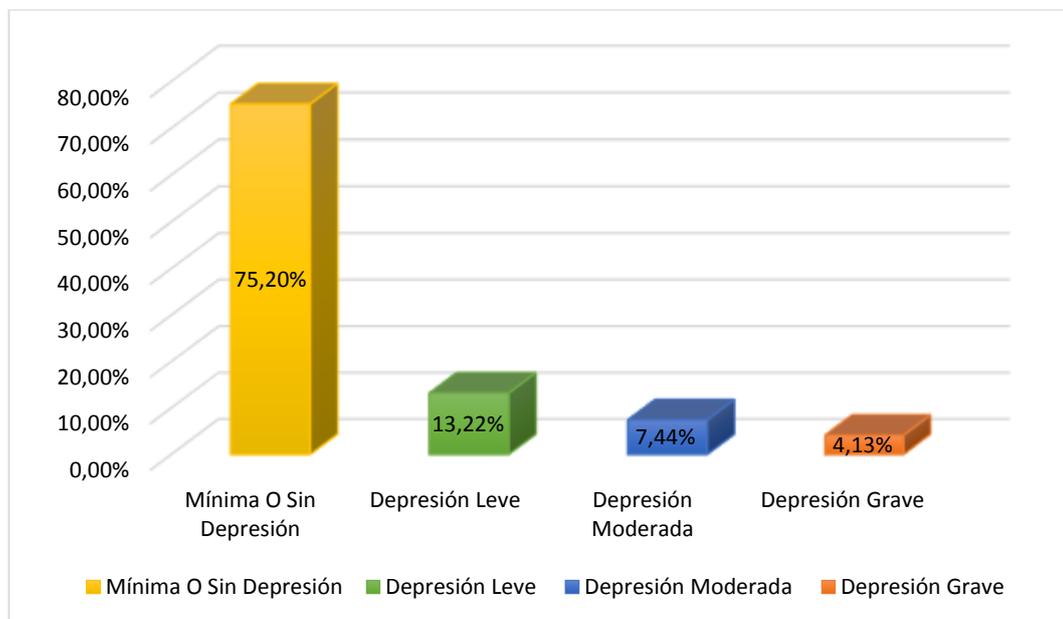
5, 78% de usuarios. Se puede considerar entonces que más del 50% están en riesgo moderado y alto que para la edad de los adolescentes estudiados es un hecho preocupante, además hay un porcentaje bastante alto de estudiantes que están en riesgo alto.

TEST: Resultados en base al Inventario de depresión de Beck.

Tabla y Gráfico IV

| POR NIVEL DE DEPRESIÓN. | | |
|--------------------------------|----------|----------|
| NIVEL DE DEPRESIÓN | F | % |
| MÍNIMA O SIN DEPRESIÓN | 91 | 75,20 |
| DEPRESIÓN LEVE | 16 | 13,22 |
| DEPRESIÓN MODERADA | 9 | 7,44 |
| DEPRESIÓN GRAVE | 5 | 4,13 |
| TOTAL: | 121 | 99,99 |

REPRESENTACIÓN GRÁFICO PORCENTUAL



FUENTE: Estudiantes del bachillerato de la U. E. F. 25 de Mayo.

ELABORACIÓN: Los Autores.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En el gráfico IV se puede evidenciar los niveles de depresión que han reportado los estudiantes en el autoinforme del cuestionario aplicado, es importante considerar que para el interés de esta investigación solo se han estimado los resultados de los

estudiantes consumidores, por lo tanto 121 estudiantes representan el 100% de los resultados en este análisis.

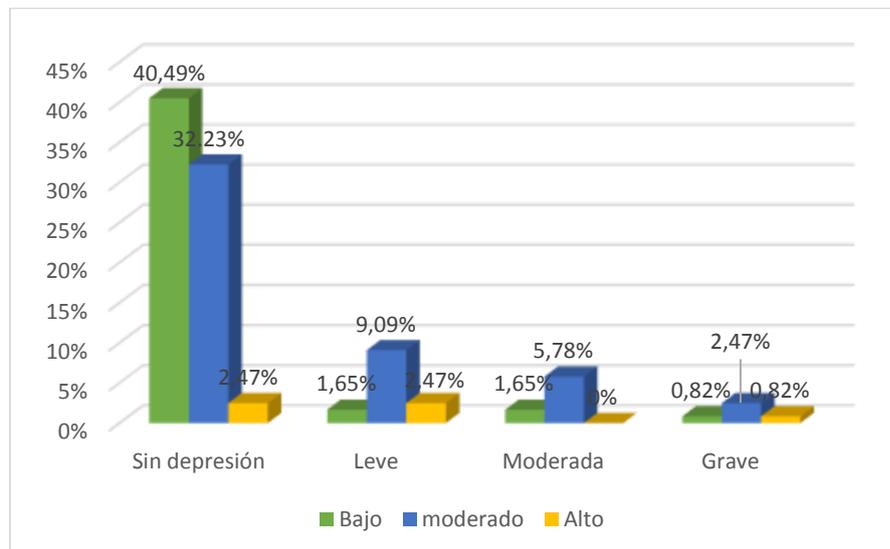
El 75,20% presenta una mínima depresión o sin depresión, un nivel leve de depresión es reportado por el 13,22% de estudiantes, un 7,44% de estudiantes registra un nivel moderado de depresión y un 4,13% representa la población con depresión grave.

Se observa entonces que una gran parte de los estudiantes evaluados no reportan niveles de depresión considerable.

Tabla y Gráfico V

| RIESGO DE CONSUMO (MODERADO Y ALTO) Y NIVELES DE DEPRESIÓN | | | | | | |
|---|------|-------|----------|-------|------|------|
| RIESGO: | BAJO | | MODERADO | | ALTO | |
| | F | % | F | % | F | % |
| SIN DEPRESIÓN: | 49 | 40,49 | 39 | 32,23 | 3 | 2,47 |
| LEVE: | 2 | 1,65 | 11 | 9,09 | 3 | 2,47 |
| MODERADA: | 2 | 1,65 | 7 | 5,78 | 0 | 0 |
| GRAVE: | 1 | 0,82 | 3 | 2,47 | 1 | 0,82 |
| | 54 | 44,62 | 60 | 49,59 | 7 | 5,78 |

REPRESENTACIÓN GRÁFICO PORCENTUAL



FUENTE: Estudiantes del bachillerato de la U. E. F. 25 de Mayo.

ELABORACIÓN: Los Autores.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

El análisis del gráfico V cumple con el objetivo de determinar la relación entre las variables propuestas, para este fin se han combinado los resultados de las tablas III y IV.

Se puede observar que entre la población consumidora, se reportan mayormente casos sin depresión, y que los porcentajes presentan una tendencia a la baja cuando mayor es la intensidad de la depresión, lo que permite determinar que no existe una relación significativa entre consumo de sustancias psicoactivas y depresión en los adolescentes de la muestra.

4.1.2. Exposición y descripción de resultados de acuerdo a los objetivos específicos.

De acuerdo al orden en que han sido planteados los objetivos específicos de esta investigación y los resultados obtenidos se puede hacer el siguiente análisis:

Para el cumplimiento del primer objetivo específico: **Identificar a la población consumidora de sustancias psicoactivas a través de test estandarizados**, han sido considerados los resultados del cuestionario ASSIST aplicado a 165 estudiantes, de los cuales 121 correspondiente al 73,33% de la muestra, reportan algún consumo de sustancias psicoactivas en los últimos tres meses, como se expone en la tabla y gráfico II, página 51.

Adicionalmente se ha podido determinar en la tabla y gráfico II, página 53, que entre las principales sustancias consumidas por este grupo están: el alcohol que sería la sustancia psicoactiva más utilizada, con el 95,86% del total de consumidores, seguida por el tabaco con un 28.09% de consumidores, el cannabis representaría la sustancia ilícita de mayor consumo con un total de 14,04% de consumidores reportados, siguiéndole el uso de inhalantes con el 5,78% de estudiantes consumidores, se reporta un bajo consumo de sustancias como: cocaína con 2,47% y tranquilizantes 2,47%, se encontró un menor consumo de anfetaminas, alucinógenos y opiáceos con el 0,82% de usuarios para cada una de ellas, no se registra consumo de otra sustancia en la población investigada. Hay que considerar que algunos estudiantes presentan consumo de varias

sustancias, por lo que se han registrado los valores porcentuales por sustancia consumida y no por consumidores.

Obedeciendo al segundo objetivo específico: **Evaluar síntomas depresivos en la población consumidora mediante test estandarizados**, y considerando los resultados del Inventario de Depresión de Beck, expuestos en la tabla y gráfico IV, página 57. Se reportó que de 121 estudiantes consumidores el 75,20% presentan el grupo afectado por una depresión mínima o sin depresión, un 13,22% presenta síntomas depresivos leves, un 7,43% reporta una depresión moderada mientras que un 4.13% reporta depresión grave en su autoinforme.

El tercer objetivo específico: **Determinar la relación entre consumo de sustancias y depresión en adolescentes**, ha sido alcanzado al combinar los datos de las tablas III y IV, y presentados en el cuadro y gráfico V, página 59, lo que permitió determinar que a pesar de que existen casos depresivos entre los adolescentes que reportan riesgo por consumo de sustancias psicoactivas, el porcentaje es relativamente bajo y la mayor parte de casos presentan niveles leves de depresión, incluso se registra una tendencia a la baja cuanto más intenso es el nivel depresivo. Por lo tanto no se podría establecer una relación directa entre las variables al considerar los resultados reportados por la muestra evaluada en el tiempo indicado.

4.2. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS.

Para el presente trabajo investigativo se propuso el siguiente problema científico: ¿Existe relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la depresión en los estudiantes del bachillerato de la Unidad Educativa 25 de mayo de la parroquia Crucita, cantón Portoviejo en el año lectivo 2016 – 2017?, y fue contestado con el planteamiento de la hipótesis alterna (H_1): El riesgo por consumo de sustancias psicoactivas se presenta relacionado con niveles elevados de depresión en los estudiantes investigados.

Sin embargo, y posterior al análisis de los resultados obtenidos en la evaluación a la muestra de estudiantes seleccionada, en el tiempo indicado, permite rechazar la hipótesis alterna (H_1) y aceptar la hipótesis nula (H_0), ya que los resultados de las baterías aplicadas no arrojan datos suficientes para establecer una relación significativa entre el riesgo moderado y alto por consumo de sustancias psicoactivas y niveles de depresión moderados y graves, en los estudiantes del bachillerato de la Unidad Educativa 25 de mayo de la parroquia Crucita, cantón Portoviejo en el Año Lectivo 2016 – 2017.

-)} En cuanto a síntomas depresivos, cerca del 25% de la población consumidora registra niveles leves, moderados y graves de depresión, en su autoinforme con respecto a cómo se han sentido durante la última semana, es importante aclarar que este resultado no constituye un diagnóstico de depresión, pero se acerca al conocimiento de la situación emocional actual de esta población.

-)} No se logró establecer relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y depresión, pues la mayor parte de estudiantes que reportan riesgo de consumo, no presentan síntomas depresivos significativos, además, se evidencia una tendencia a la baja cuanto más altos son los niveles depresivo entre la muestra evaluada en el tiempo indicado.

5.2. RECOMENDACIONES.

Considerando las conclusiones a las que se ha llegado, el presente trabajo investigativo se recomienda:

-)} Realizar una investigación longitudinal con una población más extensa, para comprobar el mantenimiento de las tendencias, aquí presentadas.

-)} Desarrollar investigaciones orientadas a determinar los factores de riesgos que podrían estar desencadenando el elevado nivel de consumo presentado en la

6. GASTOS.

| | |
|---------------------|-----------------|
| Movilización: | \$100,00 |
| Refrigerios: | \$100,00 |
| Internet: | \$85,00 |
| Fotocopias: | \$100,00 |
| Cartuchos de tinta: | \$100,00 |
| Total: | \$485,00 |

7. CRONOGRAMA VALORADO DE ACTIVIDADES 2016 - 2017.

| ACTIVIDADES | Diciembre | | | | Enero | | | | Febrero | | | | Marzo | | | | RECURSOS | | VALOR |
|--|-----------|---|---|---|-------|---|---|---|---------|---|---|---|-------|---|---|---|--|--|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | Talento humano | Materiales | |
| <i>Elaboración del anteproyecto</i> | | | | X | X | X | X | X | | | | | | | | | Autores de la investigación | Carpetas, hojas, libros, internet. | \$100,00 |
| <i>Presentación del anteproyecto</i> | | | | | | | | | X | | | | | | | | Autores de la investigación. | Original del anteproyecto, oficios. | \$10,00 |
| <i>Coordinación y Revisión con el director de tesis.</i> | | | | | | | | | X | | | | | | | | Autores de la investigación | Carpetas, hojas. | \$10,00 |
| <i>Recopilación documental.</i> | | | | | | | | | | X | | | | | | | Autores de la investigación | Libros, revistas electrónicas, internet. | \$25,00 |
| <i>Elaboración de instrumentos</i> | | | | | | | | | | X | | | | | | | Autores de la investigación. | Test originales, hojas, fotocopidora. | \$50,00 |
| <i>Aplicación de instrumentos a los estudiantes.</i> | | | | | | | | | | | X | X | | | | | Autores de la investigación Estudiantes de la U.E. 25 de Mayo. | Hojas, Instrumentos impresos, proyector. | \$50,00 |
| <i>Procesamiento y tabulación de la información.</i> | | | | | | | | | | | | | | X | | | Autores de la investigación. | Computador, hojas, lápices. | \$40,00 |
| <i>Elaboración del informe final.</i> | | | | | | | | | | | | | | X | | | Autores de la investigación | Computador, hojas, lápices. | \$100,00 |
| <i>Presentación del informe final.</i> | | | | | | | | | | | | | | | X | | Autores de la investigación | Informe final original. | \$50,00 |
| <i>Sustentación de la tesis e incorporación.</i> | | | | | | | | | | | | | | | X | | Autores de la investigación | Informe final, diapositivas. | \$50,00 |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | \$ 485,00 | |

8. BIBLIOGRAFÍA.

- Agudelo Bedoya, María Eugenia; Estrada Arango, Piedad. (2012). Cultura de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la familia. *Trabajo Social*, [S.l.], n. 14, p. 79-92. Consultado el (15, 03, 2017) en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/37257>
- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Observatorio Nacional de Drogas. (2013). Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. Quito: Imprenta Full Color.
- El Universo. (14 de mayo de 2014). *La depresión es la enfermedad más frecuente en adolescentes, señala la OMS*, Consultado el (15, 03, 2017) en: <http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2014/05/14/nota/2963081/depresion-es-enfermedad-mas-frecuente-adolescentes-senala-oms>
- Gastaldo, D; Hamilton, H; Miotto Wright, M d G; Caravaca Morera, J A; Noh, S; Brands, B; (2015). Factores socioculturales y consumo de drogas entre estudiantes universitarios costarricenses. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(1) 145-153. Consultado el (15, 03, 2017) en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71439758018>
- González-Forteza, Catalina. Hermosillo de la Torre, Alicia Edith. Vacio-Muro, María de los Ángeles. Peralta, Robert. Wagnerd, Fernando A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Salud mental*, 72 (1), 149-155. Consultado el (15, 03, 2017) en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665114615000659>
- González-González, Alejandro, Juárez García, Francisco, Solís Torres, Cuauhtémoc, González-Forteza, Catalina, Jiménez Tapia, Alberto, Medina-Mora, María Elena, & Fernández-Varela Mejía, Héctor. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud mental*, 35(1), 51-55. Consultado el (15, 03, 2017) en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100008&lng=es&tlng=es.
- La Hora. (24 de diciembre de 2015). *La depresión es tratable y manejable*, Consultado el (15, 03, 2017) en: <http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101897769/-1/home/goRegional/Quito>
- Lucchese, Marcela SM. Burrone, María Soledad. Enders, Julio Enrique. Fernández A, Ruth. (2013). Consumo de sustancias y escuela: un estudio en adolescentes escolarizados de Córdoba. *Revista de Salud pública*, 17 (1), 32-41. Consultado el (15, 03, 2017) en: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13_1_06_art3.pdf

- Martínez-Hernández, Ángel, Marí-Klose, Marga, Julià, Albert, Escapa, Sandra, Marí-Klose, Pau, & DiGiacomo, Susan. (2012). Consumo diario de tabaco en la adolescencia, estados de ánimo negativos y rol de la comunicación familiar. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 421-428. Consultado el (16, 03, 2017) en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000500006
- Medina-Mora, María Elena, Real, Tania, Villatoro, Jorge, & Natera, Guillermina. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?. *Salud Pública de México*, 55(1), 67-73. Consultado el (15, 03, 2017) en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100010
- Medina-Pérez, Ó A; Rubio, L A; (2012). Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana. Estudio descriptivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41() 550-561. Consultado el (15, 03, 2017) en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80625021005>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Salud de adolescentes. Guía de Supervisión*, Primera Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización. Consultado el (15, 03, 2017) en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GUIA-SUPERV-ADOLESCCT-Editogran1.pdf>
- Moreano, K. (Coord.). (2013). Niños adolescentes y adicciones. México: Trillas.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*, Lima-Perú. Consultado el (15, 03, 2017) en: http://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). *Informe mundial sobre las drogas – Resumen ejecutivo*. Consultado el (15, 03, 2017) en: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf
- Organización de los Estados Americanos, (2013). *El problema de las drogas en las Américas*, Consultado el (15, 03, 2017) en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/44143/OEA-El_problema_de_las_drogas_en_las_Am%C3%A9ricas_2013_117_p..pdf?sequence=18
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La Depresión*, Consultado el (15, 03, 2017) en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Desarrollo en la adolescencia*. Consultado el (15, 03, 2017) en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Parra, P. (14 de julio de 2014). *La depresión es la principal enfermedad mental en el país*, El Comercio. Consultado el (15, 03, 2017) en:

<http://www.elcomercio.com/tendencias/depresion-enfermedadmental-salud-suicidio.html>

Peralta, A. (16 de noviembre de 2014). *La depresión, un problema recurrente*, El Telégrafo. Consultado el (15, 03, 2017) en: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/guayaquil/10/la-depresion-un-problema-recurrente>

Rojas, Graciela, Gaete, Jorge, Guajardo, Viviana, Martínez, Vania, Barroilhet, Sergio, Meneses, Juan, Fritsch, Rosemarie, & Araya, Ricardo. (2012). Consumo de sustancias y síntomas depresivos en escolares de liceos municipales de Santiago. *Revista médica de Chile*, 140(2), 184-191. Consultado el (16, 03, 2017) en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000200006

TeensHealt. (2012). [Página web en línea]. Disponible en: <http://kidshealth.org/es/teens/know-about-drugs-esp.html>

Velasco, R. (2014) *El consumo de drogas: la tarea preventiva*. México: Trillas.

Veytia López, Marcela, González Arratia López Fuentes, Norma Ivonne, Andrade Palos, Patricia, & Oudhof, Hans. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43. Consultado el (15, 03, 2017) en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100006&lng=es&tlng=es

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ.
Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales.
Escuela de Psicología Clínica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Señor(a), representante legal del (la) estudiante: _____, alumno(a) del _____ año de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscal 25 de Mayo, al firmar el presente documento declara haber sido informado(a), y consentir la participación de su representado(a) como parte de la muestra de investigación en el proyecto de tesis **“CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA 25 DE MAYO DE CRUCITA, AÑO LECTIVO 2016 – 2017”**, desarrollado por estudiantes egresados de la carrera de Psicología Clínica de nuestra institución.

La información recabada en los test psicométricos aplicados a su representado(a), es anónima, de absoluta confidencialidad y será utilizada únicamente con fines académicos, los mismos, una vez procesados reposarán, junto a los consentimientos y asentimientos en un archivo pasivo confidencial en el DECE de la Unidad Educativa 25 de Mayo, y serán incinerados mínimo 3 años más tarde, el uso futuro de los datos requerirá una aprobación específica del Ministerio de Educación.

No se ofrecerá ni concederá remuneración económica u otro tipo de incentivo a cambio de la participación en esta investigación. Como beneficio, las instituciones participantes contarán con un diagnóstico situacional conductual para la implementación de planes de prevención de enfermedad y promoción de la salud mental, del que los estudiantes pueden ser beneficiarios, así también colaborar con argumento científico al postulado teórico sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la depresión en adolescentes.

FIRMA: _____ CÉDULA. I: _____

NOMBRES: _____ FECHA: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Señor(ita), estudiante: _____, alumno(a) del _____ año de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscal 25 de Mayo, al firmar el presente documento declara haber sido informado(a), y consentir participar como parte de la muestra de investigación en el proyecto de tesis **“CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA 25 DE MAYO DE CRUCITA, AÑO LECTIVO 2016 – 2017”**, desarrollado por estudiantes egresados de la carrera de Psicología Clínica de nuestra institución.

La información recabada en los test psicométricos que se le apliquen, es anónima, de absoluta confidencialidad y será utilizada únicamente con fines académicos, los mismos, una vez procesados reposarán, junto a los consentimientos y asentimientos en un archivo pasivo confidencial en el DECE de la Unidad Educativa 25 de Mayo, y serán incinerados mínimo 3 años más tarde, el uso futuro de los datos requerirá una aprobación específica del Ministerio de Educación.

No se ofrecerá ni concederá remuneración económica u otro tipo de incentivo a cambio de la participación en esta investigación. Como beneficio, las instituciones participantes contarán con un diagnóstico situacional conductual para la implementación de planes de prevención de enfermedad y promoción de la salud mental, del que los estudiantes pueden ser beneficiarios, así también colaborar con argumento científico al postulado teórico sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la depresión en adolescentes.

FIRMA: _____ CÉDULA. I: _____

NOMBRES: _____ FECHA: _____



INTRODUCCIÓN.

Buen día señor(ita) estudiante, agradecemos mucho su participación en este proceso investigativo, a continuación les presentamos un cuestionario con dos reactivos: **Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ASSIST** e **Inventario de Depresión de Beck**, le pedimos absoluta concentración, prudencia, y respeto con el resto de compañeros(as), sírvase contestar los mismos con esfero del color que Ud. prefiera siguiendo las indicaciones que se brindan, cualquier duda o inconveniente comunicarle a los investigadores para poder ayudarle.

RECUERDE, la información que nos brinda es **ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL**, y será utilizada únicamente con fines académicos. Confiamos plenamente en lo que Usted indique, le rogamos veracidad y sinceridad.

Comencemos.

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. ASSIST V3.0

Vamos a hacer 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), 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**.

Encierre en un círculo los ítems que desee seleccionar de acuerdo a su caso.

PREGUNTA 1.

| A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS). | NO | SI |
|---|----|----|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 3 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.) | 0 | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 3 |
| j. Otros – especifique: | 0 | 3 |

PREGUNTA 2.

| ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)? | Nunca | 1o2 veces. | Cada mes. | Cada semana. | A diario o casi a diario |
|--|--------------|-------------------|------------------|---------------------|---------------------------------|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| j. Otros – especifique: | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |

Si ha respondido "Nunca" a todos los items en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

PREGUNTA 3.

| En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)? | Nunca | 1o2 veces. | Cada mes. | Cada semana. | A diario o casi a diario |
|--|--------------|-------------------|------------------|---------------------|---------------------------------|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| j. Otros – especifique: | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |

PREGUNTA 4.

| En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos? | Nunca | 1o2 veces. | Cada mes. | Cada semana. | A diario o casi a diario |
|---|--------------|-------------------|------------------|---------------------|---------------------------------|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| j. Otros – especifique: | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |

PREGUNTA 5.

| En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)? | Nunca | 1o2 veces. | Cada mes. | Cada semana. | A diario o casi a diario |
|--|--------------|-------------------|------------------|---------------------|---------------------------------|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| j. Otros – especifique: | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

PREGUNTA 6.

| ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)? | No, nunca | Sí, en los últimos tres meses | Sí, pero no en los últimos tres meses |
|--|------------------|--------------------------------------|--|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| j. Otros – especifique: | 0 | 6 | 3 |

PREGUNTA 7.

| ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado? | No, nunca | Sí, en los últimos tres meses | Sí, pero no en los últimos tres meses |
|--|------------------|--------------------------------------|--|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 3 | 6 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | 0 | 3 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | 0 | 3 | 6 |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.) | 0 | 3 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 3 | 6 |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | 0 | 3 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 3 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 3 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 3 | 6 |
| j. Otros – especifique: | 0 | 3 | 6 |

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones.
Por favor, lea con atención cada una.

- A continuación, señale con una (X) cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy.
- Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también.
- Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

Adelante.

| | | |
|----------|---|--|
| 1 | No me siento triste | |
| | Me siento triste. | |
| | Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. | |
| | Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. | |

| | | |
|----------|---|--|
| 2 | No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. | |
| | Me siento desanimado respecto al futuro. | |
| | Siento que no tengo que esperar nada. | |
| | Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. | |

| | | |
|----------|---|--|
| 3 | No me siento fracasado. | |
| | Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. | |
| | Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. | |
| | Me siento una persona totalmente fracasada. | |

| | | |
|----------|--|--|
| 4 | Las cosas me satisfacen tanto como antes. | |
| | No disfruto de las cosas tanto como antes. | |
| | Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. | |
| | Estoy insatisfecho o aburrido de todo. | |

| | | |
|----------|--|--|
| 5 | No me siento especialmente culpable. | |
| | Me siento culpable en bastantes ocasiones. | |
| | Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. | |
| | Me siento culpable constantemente. | |

| | | |
|----------|--|--|
| 6 | No creo que esté siendo castigado. | |
| | Me siento como si fuese a ser castigado. | |
| | Espero ser castigado. | |
| | Siento que estoy siendo castigado. | |

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| 7 | No estoy decepcionado de mí mismo. | |
| | Estoy decepcionado de mí mismo. | |
| | Me da vergüenza de mí mismo. | |
| | Me detesto. | |

| | | |
|---|---|--|
| 8 | No me considero peor que cualquier otro. | |
| | Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores. | |
| | Continuamente me culpo por mis faltas. | |
| | Me culpo por todo lo malo que sucede. | |

| | | |
|---|---|--|
| 9 | No tengo ningún pensamiento de suicidio. | |
| | A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. | |
| | Desearía suicidarme. | |
| | Me suicidaría si tuviese la oportunidad. | |

| | | |
|----|--|--|
| 10 | No lloro más de lo que solía llorar. | |
| | Ahora lloro más que antes. | |
| | Lloro continuamente. | |
| | Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera. | |

| | | |
|----|---|--|
| 11 | No estoy más irritado de lo normal en mí. | |
| | Me molesto o irrito más fácilmente que antes. | |
| | Me siento irritado continuamente. | |
| | No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme. | |

| | | |
|----|--|--|
| 12 | No he perdido el interés por los demás. | |
| | Estoy menos interesado en los demás que antes. | |
| | He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. | |
| | He perdido todo el interés por los demás. | |

| | | |
|----|--|--|
| 13 | Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. | |
| | Evito tomar decisiones más que antes. | |
| | Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. | |
| | Ya me es imposible tomar decisiones. | |

| | | |
|----|--|--|
| 14 | No creo tener peor aspecto que antes. | |
| | Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. | |
| | Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo. | |
| | Creo que tengo un aspecto horrible. | |

| | | |
|----|--|--|
| 15 | Trabajo igual que antes. | |
| | Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. | |
| | Tengo que obligarme mucho para hacer algo. | |
| | No puedo hacer nada en absoluto. | |

| | | |
|----|---|--|
| 16 | Duermo tan bien como siempre. | |
| | No duermo tan bien como antes. | |
| | Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. | |
| | Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir. | |

| | | |
|----|--|--|
| 17 | No me siento más cansado de lo normal. | |
| | Me canso más fácilmente que antes. | |
| | Me canso en cuanto hago cualquier cosa. | |
| | Estoy demasiado cansado para hacer nada. | |

| | | |
|----|---------------------------------------|--|
| 18 | Mi apetito no ha disminuido. | |
| | No tengo tan buen apetito como antes. | |
| | Ahora tengo mucho menos apetito. | |
| | He perdido completamente el apetito. | |

| | | |
|----|--|--|
| 19 | Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. | |
| | He perdido más de 2 kilos y medio. | |
| | He perdido más de 4 kilos. | |
| | He perdido más de 7 kilos. | |
| | Estoy a dieta para adelgazar SI/NO. | |

| | | |
|----|---|--|
| 20 | No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. | |
| | Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. | |
| | Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más. | |
| | Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa. | |

| | | |
|----|---|--|
| 21 | No he observado ningún cambio reciente en mi interés. | |
| | Estoy menos interesado por el sexo que antes. | |
| | Estoy mucho menos interesado por el sexo. | |
| | He perdido totalmente mi interés por el sexo. | |

Muchas gracias por su colaboración, tenga un buen día.

REUNION CON EL RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCAL 25 DE MAYO.



PROCESO DE EVALUACIÓN A LOS ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCAL 25 DE MAYO.





SUSTENTACIÓN DEL PROYECTO INVESTIGATIVO

