UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación.

Escuela de Psicología Clínica.

Factores de riesgo en los adolescentes de 12 a 17 años hospitalizados por intoxicación de sustancias psicotrópicas e intentos autolíticos del Hospital Regional "Vicente Corral Moscoso".

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica.

Autores: Ana Carolina Monsalve Albornoz.

Mayra Alexandra Salazar Saula.

Director: Dra. Ana Lucía Pacurucu Pacurucu.

Cuenca-Ecuador.

2015

DEDICATORIA

Es importante ofrecer nuestras acciones a Dios quien nos brinda la vida, mediante el cual podemos superar los obstáculos que se presentan a lo largo del camino. Este trabajo va dedicado a mi hijo Carlos David, quien es una inspiración para crecer como ser humano y he aprendido a concebir el amor.

A mi madre quien a pesar de mis equivocaciones no me dejó sola y a mi abuelito Carlos quien me supo inculcar el respeto y la consideración por los demás.

A ellos va dedicado este trabajo.

Mayra Salazar.

Dedico este trabajo primeramente a Dios por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento importante de mi formación profesional. A toda mi familia que es lo más importante en mi vida y por demostrarme siempre su amor y apoyo incondicional. A mis maestros ya que gracias a sus enseñanzas, mis sueños han logrado cumplirse y a mis amigos por siempre estar conmigo en las buenas y en las malas y creer siempre en mí.

Carolina Monsalve.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a Dios, por la salud que nos otorga ya que gracias a él culminamos una etapa más en nuestras vidas.

A nuestra familia, que incondicionalmente estuvieron apoyándonos, pese a las dificultades que existen y se fueron presentando.

En la ejecución de este trabajo agradecemos a la Dra. Ana Lucía Pacurucu, quien supo encaminar nuestro trabajo acertadamente y a todos nuestros maestros de la Universidad del Azuay.

De manera especial agradecemos a la Dra. Alicia Hurtado por ser la gestora de que hayamos podido realizar el trabajo, gracias a sus consejos y experiencia profesional nos ha guiado y encaminado en este proceso.

A las instituciones que nos permitieron realizar esta investigación, principalmente al Hospital Regional "Vicente Corral Moscoso" y al Dr. Marco Palacios, Director de Gestión de Docencia e Investigación del Hospital.

Al ECU-911, quienes nos proporcionaron datos estadísticos sobre temas de nuestra investigación.

Al Colegio Fiscal "La Inmaculada" y sus respectivas autoridades.

Agradecemos también al Dr. Iván Orellana, quien nos ayudó con el asesoramiento estadístico.

Muchas gracias a cada una de las personas e instituciones que sin mencionarlas forman parte de nuestra investigación.

RESUMEN

El presente estudio se realizó con 72 adolescentes de 12 a 17 años, los cuales 40 eran pacientes del Hospital "Vicente Corral Moscoso" y un grupo control de 32 alumnos del Colegio Fiscal "La Inmaculada", para realizar una comparación de factores de riesgo.

El estudio consistió en la elaboración de historias clínicas, encuestas y reactivos psicológicos. Los datos estadísticos permitieron demostrar que existe un riesgo alto en adolescentes de 14 años, de la clase económica baja.

Los resultados obtenidos indican la presencia de factores de riesgo individuales, familiares y sociales, en los cuales los principales son la incapacidad de afrontamiento, la falta de apoyo de los padres y por sentirse presionados o con demasiadas responsabilidades.

ABSTRACT

The present study was conducted with the objective of making a comparison of risk factors among 72 adolescents aged12 to 17; forty of which were patients in "*Vicente Corral Moscoso*" Hospital, and a control group of 32 students from "*La Inmaculada*" public school. The study involved the development of medical records, surveys and psychological reagents. Statistical Data demonstrated that there is higher risk in 14 years old adolescents who come from low-income families.

The results indicate the presence of social, family and individual risk factors, being the main ones the inability to cope, lack of parental support and feeling of pressure or too many responsibilities.

UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
DPTO. IDIOMAS

Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

ÍNDICE

PORTADA I
DEDICATORIA I
AGRADECIMIENTOS III
RESUMEN IV
ABSTRACT VI
ÍNDICE VI
ÍNDICE DE CUADROS VIII
INTRODUCCIÓN 2
CAPITULO I 4
LA ADOLESCENCIA. 4
1.1 Definiciones: 5
1.1.1 Etimológicamente: 5
1.2 Teorías de estudio de la adolescencia 6
1.2.1 Teoría Psicoanalítica: 6
1.2.1.1 Etapas psicosexuales de Freud 6
1.2.2 Teoría Cognoscitiva: 7
1.2.3 Teoría Psicosocial de Eric Erickson 8
1.3 Características principales de la adolescencia 9
1.3.1 Características biológicas: 9
1.3.2. Características psicológicas: 10
1.3.3 Características sociales: 10
1.4 Adolescencia y conflictos 11
1.4.1 Conflictos individuales: 11
1.4.2 Conflictos familiares: 12
1.4.2.1 Conflictos de autoridad: 12
1.4.2.2 Conflictos escolares: 13
1.4.2.3 Conflictos en el aula 13
1.4.2.4 Conflictos de relación: 13
1.4.2.5 Conflictos de intereses y conflictos de valores: 13
1.4.3 Conflictos sociales: 13

1.5 Las emociones en la adolescencia 14
1.5.1 Características. 14
1.6 Pensamientos funcionales y disfuncionales en la adolescencia 16
1.6.1 Las características del pensamiento operacional formal: 17
1.6.1.1 Abstracto: 17
1.6.1.2 Idealista: 17
1.6.1.3 Lógico: 17
CAPITULO II 19
FACTORES DE RIESGO 19
2.1 Causas de problemas en la adolescencia 19
2.1.2 Factores individuales: 25
2.1.2 Factores familiares: 28
2.1.3 Factores sociales: 32
2.2 Trastornos por Intoxicación a sustancias e intentos Autolíticos 34
2.2.1 Intoxicación por alcohol: 36
CAPITULO III 42
METODOLOGÍA 42
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 58
Conclusiones 58
Recomendaciones 61
CAPITULO IV 64
TERAPIA INTEGRATIVA. 64
4.1 Plan de intervención psicoterapéutica grupal con adolescentes de 12 a 17 años hospitalizados por intoxicación de sustancias psicotrópicas e intentos autolíticos en el Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” 69
BIBLIOGRAFIA 74
ANEXOS 77

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Características demográficas de la muestra de 72 adolescentes en los que se investigó factores asociados a intoxicación por sustancias psicotrópicas e intentos autolíticos. Cuenca, 2014. 47

Cuadro 2: Motivo de consulta de los adolescentes del grupo de estudio Cuenca, 2014 48

Cuadro 3: Comparación entre las características demográficas del grupo de estudio y el grupo control 49

Cuadro 4: Resultados de la evaluación psicológica del grupo de estudio y grupo control. (Factores de ansiedad, depresión y riesgo suicida). Cuenca, 2014..... 51

Cuadro 5: Resultados de la evaluación psicológica del grupo de estudio y grupo control de acuerdo a la escala del Riesgo Suicida 51

Cuadro 6: Resultados de la evaluación psicológica del grupo de estudio y grupo control en base a la encuesta sobre aspectos de tipo individual. 53

Cuadro 7: Resumen de los factores individuales de los adolescentes del grupo de estudio y grupo control 54

Cuadro 8: Factores familiares de los adolescentes del grupo de estudio y del grupo control..... 56

Cuadro 9: Resumen de los Factores sociales asociados a los adolescentes del grupo de estudio y grupo control. 56

INTRODUCCIÓN

La intoxicación por sustancias psicotrópicas e intentos autolíticos son problemáticas de impacto social, que en la actualidad se han incrementado considerablemente en los adolescentes, quienes atraviesan una etapa de cambios biológicos, psicológicos y sociales.

Entre los adolescentes de 15 a 19 años, el suicidio es la tercera causa de muerte en el mundo, según la OMS (2014). En el Hospital Regional "Vicente Corral Moscoso" de la ciudad de Cuenca, este problema se ha incrementado impidiendo la convivencia de los adolescentes y su entorno. En la institución ingresa un alto número de casos de este tipo en el área de pediatría, por eso se considera necesario conocer los principales factores de riesgo en los adolescentes de 12 a 17 años de edad con problemas de intoxicación por sustancias psicotrópicas e intentos autolíticos.

En la ciudad de Cuenca de acuerdo a datos estadísticos del ECU 911, durante el período correspondiente del 01 de enero al 31 de julio del 2013 se registraron un total de 1.205 incidentes por consumo de sustancias psicotrópicas, donde la mayor frecuencia de incidentes se registra en el mes de mayo con un porcentaje del 18% respecto del resto de meses. En cuanto a intentos de suicidio y suicidios consumados el ECU 911 (Centro Zonal Austro), reporta un total de 65 casos: 48 intentos de suicidio, 17 suicidios; los intentos de suicidio presentan su mayor ocurrencia en el mes de marzo con 11 incidentes que representa el 23% del total de incidentes de esta categoría; en el caso de los suicidios el mes con mayor ocurrencia es el correspondiente a mayo con un porcentaje de participación respecto de su categoría del 35%. (ECU911, 2013)

Por esta razón, se consideró importante realizar un estudio que permita identificar los principales factores que influyen en el consumo de sustancias psicotrópicas e intentos de

suicidio, mediante una entrevista familiar y aplicación de test psicológicos, con los cuales se realizó un plan terapéutico, que trata las dificultades generadas en los adolescentes de esas edades y así poder orientar a los padres y prevenir futuras situaciones de riesgo.

La investigación fue realizada para fomentar una mejor calidad de vida y desarrollar herramientas de afrontamiento a futuras recaídas en los adolescentes y en sus familias para su integración a la sociedad.

Para poder determinar cuáles son los principales factores de riesgo individuales, familiares y sociales por los cuales los adolescentes llegan a intentar suicidarse o ingerir sustancias psicotrópicas se vio necesario buscar una población de adolescentes hospitalizados y de pacientes sanos (grupo control) para así poder realizar una comparación y analizar estadísticamente los índices altos de problemas que existen en la adolescencia actual.

El presente estudio se realizó con 40 pacientes entre 12 y 17 años internados en el área de pediatría del Hospital Regional "Vicente Corral Moscoso" y con 32 alumnos del Colegio Fiscal "La Inmaculada" entre 12 y 16 años de edad.

Primeramente se realizó una entrevista clínica individual y familiar a los pacientes hospitalizados (Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica), también se utilizó una encuesta para determinar cuales son algunos de los factores por los que los adolescentes consumen sustancias o intentan suicidarse, se aplicaron también reactivos psicológicos como:, escala de ansiedad de Hamilton, el inventario de depresión de Beck, el ISO 30el APGAR familiar, el CBC y la persona bajo la lluvia, para también encontrar algunos factores por medio de estos.

CAPITULO I

LA ADOLESCENCIA.

Existen diferentes teorías en cuanto a los cambios en la adolescencia de acuerdo a la edad en que inicia y termina esta etapa, es necesario destacar que este ciclo lo vivimos cada uno a diferente ritmo y en distintas dimensiones en lo biológico, psicológico, individual y social.

"La adolescencia transcurre en el segundo decenio de la vida, desde los 10 hasta los 19 años y se define esta etapa como una época en que el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual. La pubertad es una fase dentro del periodo de la adolescencia. Comienza de modo preciso en la mujer con la aparición de la primera menstruación. En el varón, el comienzo de la pubertad es más impreciso y se corresponde con los primeros cambios en el tono de voz." (Camejo Lluch, 2009)

De esta manera podemos decir que la adolescencia como toda etapa evolutiva del ser humano implica cambios biopsicosociales, por eso es necesario saber que es un periodo en el cual atraviesan por continuas transformaciones ya sean conflictos, emociones, pensamientos, curiosidades, etc. Lo importante es que el adolescente afronte todos estos procesos con normalidad y así cumpla objetivos, metas y proyectos, con el apoyo social y familiar. De no contar con una estructura sólida se convertirá en un adolescente vulnerable, expuesto a ambientes poco saludables que no le permitirán desarrollarse adecuadamente.

1.1 Definiciones:

1.1.1 Etimológicamente:

"El término "adolescencia", proviene del latín "adolescere", que significa "crecer", "madurar". La adolescencia se caracteriza por ser un momento vital en el que se suceden gran número de cambios que afectan a todos los aspectos fundamentales de una persona" (Moreno, 2007, pág. 13).

A continuación se expondrá definiciones de la adolescencia de acuerdo a diversos autores: "La adolescencia es la edad que sucede a la niñez; el período del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta, durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico y psíquico" (Martinez, 2007)

"La adolescencia es un período comprendido entre los 10 a 19 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera etapa, comienza a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los trece años, luego de 14 a 15 años está la adolescencia media y desde los 16 a los 19 años se considera la adolescencia tardía." (OMS, 2011)

"La adolescencia es una etapa normal del desarrollo biológico, psicológico, social y ofrece un amplio mosaico de formas para madurar en el aspecto físico y emocional, cada adolescente es único y es una parcela humana abierta a un gran campo de posibilidades para lograr la realización personal" (Gutierrez, 2000)

1.2 Teorías de estudio de la adolescencia

1.2.1Teoría Psicoanalítica:

Según el psicoanálisis, la adolescencia es una época en la que se lucha por desarrollar la independencia y separarse de los padres; se inicia al formar la identidad sexual y personal propia, período en el que el trauma infantil puede emerger y generar conflictos inconscientes.

Sigmund Freud miraba en la adolescencia una etapa de vital importancia en el desarrollo de los seres humanos, al ser en ésta donde las pulsiones sexuales pueden hallar una salida, por contar con estructuras físicas que les permitirán llevar a efecto el acto sexual, lo que les deparará satisfacción y la posibilidad de continuar con la permanencia de la especie.

"El deseo del adolescente de tener nuevas identificaciones, lo llevaba a transitar por un estadio de homosexualidad latente, en la que depositaba montos libidinales en aquellas personas de su mismo sexo que significarán un estímulo de socialización y de objetivos de vida, mismos que podrían ser profesores o gente importante. Por este motivo, en la adolescencia es más frecuente que existan bandas y grupos en las escuelas en los que difícilmente puedes entrar por no contar con las características que los integrantes piden" (Freud, Tres ensayos para una teoría sexual: Las metamorfosis de la pubertad, 2001)

1.2.1.1 Etapas psicosexuales de Freud

1. Oral: del nacimiento al año y medio (obtiene placer por sentidos en especial la boca)

2. Anal: 1-3 años (obtiene placer en funciones de eliminación)

3. Fálica: 3 a 5-6 años (obtiene placer por órganos genitales)Complejo de Edipo (niño se enamora de su madre),Complejo de Electra (niña siente atracción por su padre)

4. Latencia: de 5-6 a 12 años (los impulsos sexuales permanecen latentes)

5. Genital: de 12 en adelante (predominan los impulsos sexuales). En esta etapa Freud manifestó que "la masturbación ahora se transforma en una actividad inofensiva y, por lo tanto, debe considerarse como una forma natural que tiene el adolescente para conocer su propio cuerpo" (Freud, Sexo y Arte, 2006, pág. 33).

1.2.2Teoría Cognoscitiva:

Para el psicólogo y epistemólogo suizo Jean Piaget, el adolescente es un individuo que construye teorías. Es un idealista y un soñador, pero también posee la capacidad de pensamiento abstracto que le permite elaborar hipótesis y evaluar alternativas en el ámbito cognitivo. La utilización y manipulación de símbolos abstractos a nivel mental caracteriza el pensamiento operatorio formal (también llamado hipotético deductivo), propio de este período de la vida.(García Barthe, 2010).

"El pensamiento operacional formal va desde los 11 a 15 años, es el que mejor describe cómo piensan los adolescentes, el pensamiento lógico sustituye al pensamiento intuitivo, pero solo en circunstancias concretas. El desarrollo cualitativo alcanza su punto más alto ya que se desarrollan sentimientos idealistas". (Rodríguez B., 2009)

Concluimos que los niños pasan por las diferentes etapas en el mismo orden, sin importar su cultura y experiencias a las que estén sometidos ya que cada uno de estos periodos posee un carácter de integración.

1.2.3 Teoría Psicosocial de Eric Erickson

"La adolescencia como una crisis de identidad en oposición a la confusión de rol, mencionando que la identidad del adolescente se desarrolla en relación con los ideales y los valores de la generación mayor". (Erickson E. , 1965)

Este autor marca ocho etapas de desarrollo, en las cuales habla de un cambio evolutivo a través del que va emergiendo la realidad psicosocial del individuo. Estas etapas son muy importantes para entender cómo se desarrolla la persona a medida que van pasando los años y así darnos cuenta de los cambios que van surgiendo, en este caso describiremos a la etapa de la adolescencia que es la siguiente:

- Quinta Etapa. Adolescencia: identidad (amor y devoción) frente a confusión de papeles

Erickson ha descrito esta etapa enfocándose a la identidad individual y a la colectiva que engloba a la sociedad o el medio en el cual una persona se desarrolla, en ocasiones los padres o entorno social en el que el niño ha crecido presionan para que el adolescente al llegar a esta etapa, cumpla con determinados roles, acate normas, se aferre a determinada ideología o religión. Sin embargo depende de las características individuales del sujeto, el entorno en el que se desenvuelve y modelos a seguir, siendo estos referencias adecuadas para un desarrollo normal, el joven se encuentra a sí mismo en la medida en la que encaja en la dinámica comunitaria, aceptando todo lo aprendido de la vida y de su individualidad.

"La solución a las crisis psicosociales de cada etapa varía según la persona y sus circunstancias culturales o sociales y prepara al individuo para enfrentar la crisis siguiente". (Roig, 2012, pág. 19)

1.3 Características principales de la adolescencia

1.3.1 Características biológicas:

Las características biológicas implican una serie de cambios que van a transformar físicamente al niño en adulto. Los cambios físicos que indican el final de la infancia son:

a) El crecimiento repentino del adolescente, el cuerpo sufre una transformación notable; aumento de talla y peso, desproporción entre el tronco y los miembros.

b) En el hombre el inicio de la primera eyaculación y en la mujer el comienzo de la menstruación.

c) El desarrollo de características sexuales primarias y secundarias, aparece el vello en las axilas, en los órganos genitales, con pequeñas diferencias se da tanto en hombres y mujeres.

d) Todos los cambios están sujetos a muchas condiciones internas y externas (herencia, alimentación, clima, ambiente social, etc.)

Estos cambios están controlados por hormonas, que son sustancias bioquímicas segregadas por el torrente sanguíneo en cantidades pequeñas y por órganos internos denominados glándulas endócrinas. La producción de éstas aumenta a los diez años y medio en las mujeres y entre los doce y trece en los hombres. (Grease, 2001)

"La función del hipotálamo en la adolescencia es regular la temperatura del cuerpo, la sed, el apetito, el estado anímico, el inicio del crecimiento y la capacidad reproductora. La hormona del crecimiento y hormonas tróficas secundarias que estimulan y regulan el funcionamiento, como los testículos en el hombre y los ovarios en la mujer son

segregadas por la hipófisis que con las glándulas sexuales que tiene efectos emocionales y físicos en esta etapa". (Carlos G. Redondo, 2008)

1.3.2. Características psicológicas:

Es difícil generalizar los cambios psicológicos de momento de inicio de la pubertad, estos dependen del modo en que el adolescente y personas del entorno interpreten los cambios.

A nivel psicológico interviene el nivel de maduración de cada uno, si es temprana o tardía tienen sus consecuencias negativas cuando los adolescentes están más o menos desarrollados que sus compañeros.

"Los adolescentes que han madurado antes tienden a ser ecuánimes, serenos, afables, populares entre sus iguales, presentan tendencia al liderazgo y son menos impulsivos. Por el contrario a las chicas no les gusta madurar pronto, cuando sucede suelen ser menos comunicativas, efusivas y equilibradas; son más introvertidas y podrían tener tendencia a la autoestima baja y no estar satisfechas con su cuerpo." (Delval, 2008)

Es importante la convivencia de ambos sexos en un ambiente escolar para aprender comportamientos adecuados y establecer límites, no siempre esta convivencia resulta favorable debido a que podrían iniciar la curiosidad sobre relaciones sexuales, embarazos no planificados o grupos de chicos que inciten el consumo de algún tipo de droga. (Guevara, 2000)

1.3.3 Características sociales:

El grupo de amigos y compañeros constituye un gran punto de apoyo. En la etapa anterior del desarrollo, la forma de relacionarse con sus amigos era únicamente por

medio de los juegos; en la adolescencia, se busca comunicación, comprensión, apoyo, liberación, reducir las tensiones, pero sobretodo se trata de amistades intensas.

El grupo de pares ejerce influencias en la realización de deseos y necesidades del presente y en aspectos como formas de vestir, lecturas, música y otros intereses.

"Los adolescentes pese a sus constantes afirmaciones de autonomía e independencia respecto al medio, son en extremo permeables a las estimulaciones en forma de normas, valores y costumbres sexuales de los diversos grupos sociales a los que pertenecen. Según esto es lógico esperar que antecedentes tales como la clase social, la cultura, la educación y la religión influyan en su conducta" (Aguirre A. , 2006)

1.4 Adolescencia y conflictos

En esta etapa pueden surgir conflictos que afectan al adolescente, estos conflictos pueden ser consigo mismo, con el medio inmediato, con el grupo familiar, con los compañeros de aula, con las amistades y medio sociocultural. A continuación se explicará cada tipo de conflictos:

1.4.1 Conflictos individuales:

El adolescente se ve obligado a enfrentar los cambios que se manifiestan al inicio de la pubertad, uno de estos cambios es la imagen corporal si el adolescente está insatisfecho con su imagen, estatura, peso, repercute de manera negativa en su autoestima generando así conflictos internos. (Aguirre Á. , 2006)

La inestabilidad emocional es característica en esta etapa hacen que magnifiquen pequeños sucesos de la vida cotidiana, distorsionando la realidad, es un estado reactivo en la que la respuesta a estímulos emocionales es desproporcionado, los desajustes

familiares o personales durante la infancia pueden influir en trastornos característicos de la adolescencia, estos trastornos pueden disminuir a medida que el adolescente despliegue los mecanismos de adaptación y crea sistemas compensatorios para sí mismo (Fowloer., 2001)

La soledad es un motivo de conflicto a nivel individual, el adolescente considera que está solo, no tiene quien lo apoye o aconseje, ya sea por la falta de tiempo de los padres que trabajan largas jornadas, la falta de comunicación o la distancia al estar los padres fuera del país, la soledad trae consigo tristeza, depresión y búsqueda de amistades que le brinden compañía exceptuando la selección de los mismos.

1.4.2 Conflictos familiares:

Una de las posibles causas de confrontación con los padres es la barrera generacional, los valores y actitudes de los adolescentes se alejan cada vez más de la de sus padres, no obstante se suele transmitir las creencias y valores a los hijos que a futuro se regirán por los mismos patrones (Gecas y Seff, 1990).

"Un factor desencadenante de aspectos negativos que puede influir en las crisis familiares e inestabilidad en las relaciones, se debe a hogares de distinta condición social, pobres y humildes, en dramáticas condiciones de vida y familias disfuncionales o desintegradas." (Reátiga de Piedrahita, 2013)

Dentro de este aspecto se encuentran los siguientes conflictos:

1.4.2.1 Conflictos de autoridad:

Se refiere a las presiones que se producen en la resistencia en cuanto al cumplimiento de reglas y límites exigidos por los padres. En esta etapa lo que era aceptado, se transforma en motivo de desacuerdo, el adolescente analiza aspectos con lo que no está de acuerdo

emite su propio criterio, pone en tela de juicio las verdades que solía aceptar y esto genera roces o disputas en la relación con los padres.

1.4.2.2 Conflictos escolares:

Hace referencia al ambiente donde estudia el adolescente y se agrupan en:

1.4.2.3 Conflictos en el aula

Varios estudios han prestado interés a las diversas formas de conflictos entre pares, han indicado que estos acontecen en varios lugares como corredores, escaleras, patios y aulas, en actividades durante el receso,horas de entrada y de salida al colegio y cambios de clase.

1.4.2.4 Conflictos de relación:

Dichos conflictos se presentan a nivel de relaciones con sus pares, sean estas burlas, estereotipos, inadecuadas relaciones con los profesores por las calificaciones o antipatía.

1.4.2.5 Conflictos de intereses y conflictos de valores:

"Los conflictos son parte de la naturaleza humana, y de acuerdo a características individuales estos intereses están basados en creencias, ya sea de orden material o moral, entendiendo esta clasificación como un instrumento de aproximación a la comprensión de los conflictos presentes en la vida de los adolescentes". (Delpino.G. Antonieta, 2002)

1.4.3 Conflictos sociales:

Estos conflictos pertenecen a grupos antisociales, este factor tiene como causa fundamental la satisfacción de la necesidad de autoafirmación y la necesidad del seguimiento del código grupal. Por lo general cuando los adolescentes no encuentran

una vía adecuada de autoafirmación tratan de buscar en este tipo de grupo el reconocimiento grupal ante la imitación de patrones inadecuados.

La aceptación de los compañeros es importante para sentirse identificado, de este modo existen subgrupos denominados “pandillas” las que imponen normas y requisitos para formar parte de ellos.

1.5 Las emociones en la adolescencia

Las emociones del adolescente a veces parecen exageradas, sus acciones son inconsistentes y cambian repentinamente de estado emocional, entre la felicidad y la tristeza, entre sentirse inteligentes o incapaces. En ocasiones requieren ser cuidados como niños pequeños, pero en otras piden independencia y autonomía. De ahí la importancia de la buena comunicación con los padres quienes les ayudarán a comprender que están atravesando una etapa con muchos y grandes cambios, situaciones que no siempre parecen mejorar en el progreso.

1.5.1 Características.

“Las emociones como reacciones afectivas intensas de aparición aguda y de breve duración, determinada por estímulos ambientales, cuya aparición provoca una modificación en el nivel somático, vegetativo y psíquico; así lo define un diccionario de psicología”. (Galimberti, 2002)

Las expresiones de las emociones más comunes son; enojo, alegría, amor, sorpresa, odio, ira, frustración, ansiedad, miedo, desagrado, etc., que son un estado complejo que incluye una percepción marcada de una situación y objeto.

“La vida emocional del adolescente abarca desde las grandes emociones, tales como la ira, el miedo el amor, los celos hasta los estados de humor, los deseos, la aceptación o el rechazo”. (Duque.H., 2007)

En los adolescentes existe un comportamiento destinado a la búsqueda de las emociones, sensaciones que activan y ponen a prueba los límites de las propias capacidades; los adolescentes experimentan la transición a la edad adulta con relativa facilidad, pero algunos se obstaculizan por fuerzas económicas y estructurales que hacen muy difícil el paso a la posición adulta, otros se enfrentan a retos para su autoestima y su identidad.

“Para algunos jóvenes el comportamiento antisocial o la conducta autodestructiva pueden ser la consecuencia de la necesidad de encontrar una posición social o algún consuelo; las emociones fuertes que provocan estas conductas pueden de algún modo ser atrayentes para los jóvenes”.(COLEMAN, 2003)

La ira incita a la defensa o a la lucha, este proceso está asociado con la movilización de la energía del cuerpo mediante la taza hormonal en la sangre, aumento de ritmo cardíaco, estrujar de dientes, la circulación de sangre en las manos y cierre de puños, de esta forma en los adolescentes estas emociones desbordan al máximo y tienden a exagerar estas actitudes pudiendo terminar en una discusión acalorada inclusive los golpes, ya sea con miembros de la familia o amigos.

La huida o enfrentamiento se origina en el miedo, la sangre del rostro se retira para que fluya por los músculos y así resulta fácil escapar. En el caso de los adolescentes usualmente el miedo está alejado porque prefieren la adrenalina que huir, tales circunstancias los hace propensos al consumo de drogas, a un actuar impulsivo o querer acabar con la vida.

La alegría impulsa a afrontar cualquier labor, incrementa la energía disponible y aleja los sentimientos negativos, también calma los estados que generan preocupación y potencia el aprendizaje; en los adolescentes esta emoción está presente sobre todo al relacionarse con sus amigos.

La tristeza está relacionada con la disminución de energía y falta de entusiasmo por actividades vitales. El sujeto puede encerrase en sus propios pensamientos, también suele ser un momento para la introspección, modificación de actitudes y realizar planes de afrontamiento; la persistencia de esta emoción conlleva a la depresión.

"Los celos en cuanto a la valoración de algún logro, el deseo de sobresalir, la identificación con el modelo es un factor motivacional positivo, pero en medida que se vive como una amenaza a la autoestima, una pérdida de estatus, un reto inalcanzable o contrario a las propias actitudes es más bien generadora de conflictos". (ARDILLA, 2007)

1.6 Pensamientos funcionales y disfuncionales en la adolescencia

"El pensamiento funcional estaría representado por el pensamiento formal, es un rasgo general del funcionamiento cognitivo, siendo por naturaleza uniforme y homogénea, ya que constituye un sistema de conjunto que permite acceder de modo simultáneo a distintos esquemas operacionales formales." (Piaget, 2008)

El pensamiento abstracto hace posible cuestionar el mundo, verlo de manera diferente y redefinir conceptos que son de interés y utilidad para definir la identidad, es posible que en un principio la redefinición de conceptos puede provocar confusión, rebeldía y actitudes de rechazo a normas sociales establecidas; los adolescentes en ocasiones se

convencen de que los adultos están equivocados, por lo tanto buscan y viven sus propios ideales.

1.6.1 Las características del pensamiento operacional formal:

1.6.1.1 Abstracto:

Los adolescentes piensan de una forma más abstracta que los niños, pueden resolver ecuaciones algebraicas.

1.6.1.2 Idealista:

Los adolescentes piensan sobre lo posible, sobre características ideales de sí mismo, de los demás y del mundo.

1.6.1.3 Lógico:

Los adolescentes elaboran planes para solucionar problemas, ponen a prueba hipótesis previamente planteadas; a este tipo de pensamientos se los llama "razonamiento hipotético- deductivo". (-COLEMAN, 2003)

Los pensamientos disfuncionales son aquellos pensamientos negativos o distorsionados de la realidad. Los adolescentes generalmente adquieren creencias falsas en cuanto a la aceptación de su cuerpo, realidades sociales o normas establecidas. Las distorsiones cognitivas descritas por Beck (1960), son los principales errores de pensamiento.

- **Pensamiento polarizado o dicotómico:** Se interpretan eventos y personas en términos absolutos, todo o nada, los términos usados son siempre, nunca.
- **Sobregeneralización:** Es sacar una conclusión general a partir de una prueba insuficiente.

- **Abstracción selectiva o filtro mental**: Es exagerar lo negativo de uno mismo o lo de los demás, percibiendo los peores aspectos, lo más negativo, obviando cualquier ocurrencia positiva.
- **Lectura de pensamiento**: Presuponer o adivinar las intenciones, actitudes o pensamientos de otros.
- **Proyección**: Poner en el otro actitudes, pensamientos o sentimientos no aceptados por sí mismo, que generan ansiedad o angustia.
- **Catastrofización o visión catastrófica**: Esperar a lo peor, sin importar de que sea poco probable que ocurra algo verdaderamente grave.
- **Culpabilidad**: Culpabilizar a los demás de los problemas propios o por el contrario, culparse a sí mismo de los problemas ajenos.
- **Sesgo confirmatorio**: Tendencia a desviar la realidad para que se ajuste a la realidad preestablecida. (Keegan, 2008)

CAPITULO II

FACTORES DE RIESGO

2.1 Causas de problemas en la adolescencia

Todas las personas en la adolescencia atravesamos algunas crisis las cuales en esta etapa suelen considerarse “normales”, debido a que el adolescente tiene que experimentar los cambios físicos y psicológicos que empiezan a surgir en su vida para así ir madurando poco a poco con cada situación que aparezca en su desarrollo. Para que un joven pueda desarrollar plenamente su vida de una manera saludable y adecuada, es necesario que existan relaciones de apoyo con sus padres, el colegio y la comunidad en donde viven.

“Las crisis son estados temporales transitorios, caracterizadas por la incapacidad del individuo para enfrentar o abordar situaciones particulares, que pueden llegar a producir un trastorno emocional grave o un desequilibrio en el ser humano” (Vega, 2010)

“Los rasgos propios de la adolescencia, como la ausencia de una orientación convencional y la dificultad para controlar las emociones, se expresan en la afiliación con los pares que consumen cualquier tipo de sustancia, lo que a su vez, favorece su consumo” (Santrock, 2004)

La adolescencia es el momento donde la persona empieza a crecer física, mental y socialmente, empezando a adquirir autonomía, intimidad y autoestima.

Actualmente las tentaciones y los peligros que existen en la vida de los adultos suelen llegar a los niños y a los adolescentes demasiado pronto, por lo que no están preparados cognitiva y emocionalmente para asimilarlas de manera adecuada. Por lo tanto, los adolescentes de ahora se encuentran en un entorno menos estable que los adolescentes de años atrás.

Se considera indispensable destacar que la familia y el grupo de amigos son influencias importantes en la aparición de problemas en la vida de los adolescentes. Por ejemplo, el abuso de sustancias y los intentos de suicidio tienen mucho que ver en las relaciones de los adolescentes con sus padres y con sus amigos, por lo que están muy relacionadas con estos problemas.

De acuerdo a lo observado en el Hospital Regional con los adolescentes que han sido hospitalizados debido a intentos de suicidio e intoxicaciones por sustancias psicotrópicas, se podría decir que las causas que más prevalecen en la vida de estos jóvenes son los problemas familiares, como por ejemplo, en casos de familias disfuncionales con bajos recursos económicos que suelen existir discusiones entre los padres, lo cual afecta emocionalmente a los chicos; suelen existir peleas con sus hermanos, alcoholismo o drogadicción de algún familiar, muerte de algún miembro de la familia o también por alguna enfermedad grave. Pero se ha podido observar también que las causas más comunes son los problemas en el colegio, ya sea por notas o por bullying por parte de sus compañeros.

El consumo de sustancias es un proceso que se inicia generalmente en la adolescencia, dependiendo de factores individuales, familiares y sociales y puede incrementarse hasta volverse más grave, llegando a ser un consumo dependiente. Las diferentes causas de las intoxicaciones por sustancias pueden ser el resultado de la unión de varios factores que contribuyen a su resultado.

Todos sabemos que la adolescencia es una etapa en la que la persona pasa por muchos problemas, comparando con otras fases de su desarrollo, lo cual se debe a los cambios psicológicos que empiezan a darse desde la pubertad, lo que implica que exista cierta rebeldía, sobre todo con las personas mayores, ya sea por no estar de acuerdo con su

forma de pensar, por darles la contra intencionalmente o por ya querer ser independientes.

"En esta etapa de "baja tolerancia" los adolescentes se avergüenzan de sus padres y encuentran alguna forma de rebeldía, sea escapándose de su casa, alejándose de la iglesia o incluso hasta tratando de suicidarse. Frecuentemente la rebelión frente a sus padres, incluye la rebelión frente a su Dios, esto puede traer como consecuencia una crisis de fe". (Galimberti, 2002)

La adolescencia es un período de riesgo en el cual pueden darse las bases para la aparición de síntomas y enfermedades, así como también de alteraciones de la personalidad.

"Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos pueden ir sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción". (Pita, 2002)

"Se considera factor de riesgo a la característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud" (Herrera, 1999)

"La idea principal es que el factor de riesgo nos brinda una medida de la necesidad de atención a la salud. El conocimiento de las causas de los riesgos o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud permite anticipar una atención adecuada". (Herrera, 1999)

Los adolescentes atraviesan por dificultades cada vez mayores en la actualidad, ya que en sus vidas existe mucha presión por los problemas del mundo moderno y de las exigencias de su entorno social.

Según Erickson, "a la formación de la identidad sana se la debe tomar en cuenta todo el conjunto de procesos, tanto biológico como psicológico y social que crean una corriente única llamada fisiología del vivir. La adolescencia llegará a su fin cuando un sólido sentimiento de identidad interior condicione una maduración más amplia y verdaderamente individual" (Erickson E. , 1968)

Es necesario saber que no todos los adolescentes atraviesan por problemas graves; generalmente los que más suelen tener estos problemas son los chicos que provienen de familias de bajos recursos económicos, en las cuales suele existir bastante negligencia por parte de los padres y también de otros miembros de la familia.

También es necesario destacar las principales causas que podrían ocasionar problemas en los adolescentes que llevan a que existan en algún momento de su vida intentos de suicidio o intoxicaciones por sustancias psicotrópicas, los cuales pueden darse por algún trastorno de adaptación del adolescente.

Según la "Guía de atención primaria en salud mental", "un trastorno de adaptación "es una reacción emocional o de conducta ante una situación estresante, identificable o un cambio de vida al cual la persona no se ha adaptado correctamente, o que de alguna forma constituye una respuesta no saludable ante una situación o cambio. La reacción

debe producirse en un lapso de tres meses posteriores al suceso o al cambio estresante identificado" (Vega, 2010).

Se conoce que los problemas psicológicos fundamentales que ocasionan que los adolescentes actúen impulsivamente son el estrés, la ansiedad y la depresión, los cuales generan conflictos en los adolescentes que los llevan a cometer actos incorrectos y que peligran su vida y su salud.

"El estrés es una tensión provocada por situaciones que originan reacciones psicosomáticas que pueden desencadenar en trastornos mentales graves o también se conoce como una respuesta del organismo a un estado de tensión excesiva y permanente que si se prolonga produce agotamiento físico y mental" (Vega, 2010).

Según el libro "Guía de atención primaria en salud mental" (Vega, 2010), existen tipos de estrés los cuales son:

- Emocional
- Cognitivo
- Interpersonal
- Espiritual
- Físico

Otro problema psicológico grave antes mencionado que afecta a los adolescentes es la ansiedad, la cual puede definirse "como un estado del organismo, en que éste se dispone en situación de alerta-alarma, con respecto a una amenaza a su integridad (física o

psicológica), con objeto de posibilitar un gasto suplementario de energía (como el que precisa para una respuesta de agresión o huida)". (Vega, 2010)

Con respecto a la depresión ocasionalmente todas las personas en algún momento de nuestras vidas nos hemos sentido melancólicos o tristes, pero estos sentimientos por lo general son pasajeros y desaparecen luego de unos días. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno, como para quienes se preocupan por él o ella. "La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar". (Linn, 2004)

Generalmente estos problemas mencionados conllevan a que los adolescentes inicien el consumo de algún tipo de sustancia, ya sea legal o ilegal. Según Powell (1993), el adolescente está tratando en un mundo incierto, complicado y afligido en el que al adulto le es sumamente difícil ayudarlo a comprender los problemas del logro de la independencia, del compromiso y del matrimonio, de encontrar trabajo y de hacerse una filosofía de vida. Esta dificultad se intensifica por el hecho de que muchos adultos también están confundidos por estos. (Powell, 2003)

Entre los problemas específicos se encuentran los factores socioeconómicos, las diferencias entre los sexos, el ajuste emocional y el nivel intelectual. Todos estos factores ocasionan generalmente que los adolescentes se encuentren angustiados por no poderlos enfrentar.

“Son varias las fuerzas que se combinan en la creación de la angustia y que se relacionan con el desarrollo y la maduración del adolescente al igual que con el contexto social y cultural en el que este desarrollo tiene lugar” (Pita, 2002)

En el libro “la psicología de la adolescencia” hay una investigación realizada por el Departamento Educativo de Psicología de la Universidad de Varsovia sobre algunas de las actitudes sociales de los jóvenes. La investigación se estructuró para tratar de encontrar los factores que influyen sobre las actitudes de la juventud actual. Los factores principales identificados fueron la mala influencia ambiental y la falta de cuidado adecuado por parte de los padres, de la escuela y de la sociedad. (Powell, 2003)

“Las actitudes que resultan de posibles metas irreales en cuanto al status futuro, pueden convertirse en altamente negativas cuando el individuo descubre que son inalcanzables y esta situación fácilmente puede llevar al individuo a una conducta negativa y parcial.” (Powell, 2003).

2.1.2 Factores individuales:

Podemos decir que el manejo de estos factores de riesgo permite identificar a los adolescentes que están más expuestos a sufrir los daños que los aquejan; abuso de sustancias psicoactivas o el suicidio, por lo que la sociedad y el sistema de salud deben propiciar el desarrollo de factores protectores que apoyen el crecimiento y la maduración sana del adolescente, como son el establecimiento y el logro de una adecuada autoestima, que le brinde posibilidades de enfrentar problemas con responsabilidad; además de oportunidades de autoafirmación positiva y les

proporcionen espacios sociales adecuados para brindarles oportunidad de superación educacional y cultural que le faciliten la solución a los problemas, pues la ausencia de vías para la solución puede llevar al adolescente a alcanzar altos niveles de desesperación y sentimientos de impotencia y por tanto a la autodestrucción y al suicidio.

Este tipo de factores hacen referencia a que son solo del individuo, es decir, aquí no influyen ni su familia, ni sus pares, ni el medio que lo rodea. Es necesario mencionar algunos factores de riesgo individuales que según el libro "desarrollo humano" de Diane Papalia (2004), llevan al abuso de drogas en los adolescentes, los cuales son:

- Un temperamento "difícil"
- Pobre control de impulsos y una tendencia a la búsqueda de sensaciones
- Problemas conductuales tempranos y persistentes, en particular la agresión
- Fracaso académico y ausencia de compromiso con la educación
- Marginación y rebeldía
- Actitudes favorables hacia el consumo de sustancias
- Inicio temprano del consumo de sustancias.

Existen factores individuales que determinan quienes serán las personas afectadas, estos factores suelen tener causas psicológicas. Uno de ellos es el estrés, que puede ser originado por la pobreza, la falta de empleo, frustraciones, inseguridad, conflictos de identidad en la cultura, pueden llevar al consumo de sustancias o al suicidio. En chicos con estados de angustia, que suelen encontrar su alivio en el consumo de sustancias;

adolescentes introvertidos que usan sustancias con el fin de sentirse valientes y así poder vencer su inseguridad y su timidez

"Al ser la adolescencia la etapa de desarrollo donde se forma la identidad individual y se produce la preparación hacia los diferentes roles sociales e individuales, es fácil entender como en este periodo es frecuente que los adolescentes experimenten con una amplia gama de actitudes y comportamientos entre los que se incluye el consumo de sustancias e intentos de suicidio" (Payá, 2009)

Los factores que pueden contribuir a la depresión son: el género, la ansiedad, el temor al contacto social, enfermedades crónicas, estresores, una mala relación con miembros de su familia, abuso o descuido de parte de la familia, consumo de alcohol o drogas, la sexualidad o algún padre con depresión.

Según la revista chilena de pediatría, en su artículo "Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes", en el caso de los suicidios completados son más comunes entre los hombres; las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas. El riesgo de suicidio aumenta con la edad. El suicidio antes de los 15 años es inusual; la mayoría de los niños y adolescentes con conducta suicida presentan algún tipo de psicopatología. Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente asociados son trastorno del ánimo, principalmente la depresión, abuso de sustancias y conductas antisociales. La ansiedad, agregada a un cuadro clínico de ideación suicida, más bien cumple un rol amplificador en el desarrollo y/o la mantención de la ideación suicida. (Larraguibel, 2000)

“Las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo suicida. Ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar aparecen como los factores más frecuentemente asociados a la conducta suicida. La derivación oportuna, evaluación del funcionamiento familiar y el desarrollo de tratamientos efectivos en gente joven con morbilidad psiquiátrica pueden ser muy efectivos en reducir la conducta suicida”. Larraguibel (2000)

2.1.2 Factores familiares:

La familia a la que pertenece el adolescente es el determinante más importante de su conducta y las diversas normas que lo guiarán a través de la vida, son establecidas en el hogar. En el libro “la psicología de la adolescencia”, se toma el trabajo que Erickson realizó y en el que hizo una lista de algunos de los factores familiares que pueden influir en la aceptación o el rechazo de un adolescente. Estos incluyen a padres nacidos en el extranjero, el status mayoritario o minoritario del grupo religioso al que pertenece el adolescente y la ocupación de los padres.(Powell, 2003)

Según la revista “Cuidarte”, los factores de riesgo familiares para el uso de sustancias se relacionan con los estilos parentales de manejo familiar, incluyendo el tipo de comunicación construida, el establecimiento de normas y el manejo de sanciones, el clima emocional familiar y la cultura en torno a las drogas. (Canales, 2012)

También están en la lista de los factores importantes, los hogares rotos por divorcio, por separación o abandono, por muerte de uno de los padres o por ser hijos ilegales. Otros factores incluían las actitudes hacia el dinero, el orden del nacimiento y el niño o niña única/o entre varios hermanos del otro sexo. En el marco de referencia de Erickson,

cada unidad familiar es una institución única y la adolescencia no es un periodo, sino un proceso que tiene como resultado el logro de actitudes y hábitos sanos.

Los factores familiares suelen estar implicados también en la depresión de los adolescentes ya que cuando un miembro de la familia tiene depresión, luego el adolescente también la tendrá.

“Los factores de riesgo a nivel familiar están relacionados con la desorganización familiar, poca relación con la familia, presencia de problemas afectivos en el hogar, ausencia de padres, presencia de problemas en el manejo de la familia, expectativas no claramente definidas en relación a las conductas esperadas, falta de control, disciplina inconsciente o dura, conflictos matrimoniales, aprobación del uso de alcohol o drogas y abuso del tabaco, alcohol o drogas por parte de los padres. (Canales, 2012)

Powell (2003), plantea que las características de las familias disfuncionales y los sucesos negativos y desestabilizadores que se pueden encontrar frecuentemente en los adolescentes suicidas son:

- psicopatología de los padres con presencia de problemas psiquiátricos, sobre todo emocionales
- abuso de alcohol y de sustancias o algún comportamiento antisocial en la familia
- antecedentes de suicidios e intentos de suicidio en la familia
- familia violenta (incluyendo abusos físicos y sexuales)
- poco cuidado por parte de los padres, con muy poca comunicación entre los miembros de la familia
- peleas frecuentes entre los padres con agresión y tensiones

- divorcio, separación o muerte de los padres
- expectativas muy altas o muy bajas por parte de los padres
- padres con demasiada e inadecuada autoridad
- falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas emocionales de los hijos y un ambiente emocional negativo lleno de rechazo o descuido
- familias rígidas

Estos factores familiares, muchas veces delatan las situaciones de los adolescentes que intentan o cometen suicidio. Esto nos demuestra que los chicos suicidas generalmente provienen de familias con más de un problema en el cual los riesgos se van acumulando. Pero como la mayoría de ellos son leales a sus padres y a veces no quieren revelar secretos familiares o les prohíben hacerlo, muchas veces se abstienen de buscar ayuda con algún profesional.

Según Durán, en su libro "Manual Didáctico para la escuela de padres" señala que en las familias aisladas o donde no se ha definido bien a la autoridad y no tienen objetivos ni propósitos comunes el riesgo de intoxicaciones con sustancias en adolescentes es mayor; así como las sociedades o familias que son rígidas en la crianza de sus hijos, que no toleran sus necesidades de ser dependientes y que les exigen un desempeño social muy responsable, generarán luego violencia y rebeldía que pueden llevar al adolescente no solo a consumir algún tipo de sustancias, sino también a intentar quitarse la vida o a hacerlo. (Duran, 2004)

La sobreprotección de los padres con sus hijos, es un factor de riesgo familiar también importante, ya que los padres tienden a sobreprotegerlos durante la infancia y cuando

crecen esperan ser tratados de la misma manera, por lo tanto las relaciones con los demás son exageradas y quedan frecuentemente insatisfechas, por lo que esta frustración lleva a que se intoxiquen crónicamente con sustancias psicotrópicas.

Erikson (1968), plantea que las personas deben enfrentarse en los estadios de su ciclo vital a "crisis psicosociales" que representan oposiciones entre las exigencias de la sociedad y las necesidades biológicas y psicológicas.

“En la adolescencia, el desafío fundamental implica lograr una identidad coherente, es decir, un conjunto congruente y estable de aspiraciones y percepciones sobre sí mismo.

Puede suceder que algunos adolescentes encuentren difíciles estas tareas y no consigan formar un concepto de sí mismo que encaje de modo realista con sus características personales y con el medio en el que viven. En este caso los jóvenes pueden sentir una "crisis de identidad" o "difusión de la identidad". Ésta puede llevar a su aislamiento, a la incapacidad para planificar el futuro, a una escasa concentración en el estudio o a la adopción de papeles negativos por simple oposición a la autoridad” (Páramo, 2011)

Según Powell, “el status socioeconómico de la familia es una variable que parece influir sobre el grado y la intensidad del conflicto entre los padres y los adolescentes. Los padres de la clase baja, media y alta varían en el tratamiento que dan a sus hijos”. (Powell, 2003)

La adolescencia puede llegar a ser un tiempo difícil para algunos chicos y para sus padres ya que el conflicto familiar, las conductas de riesgo y la depresión son más

comunes en esta etapa de la vida. Las emociones negativas y los bajos estados de ánimo son más intensos en la adolescencia ya que pueden estar asociados con la pubertad donde empiezan a darse los cambios que generan a veces estrés a los jóvenes.

La influencia familiar es un factor de riesgo importante ya que puede haber una predisposición genética al alcoholismo, el consumo o aceptación de las drogas por parte de los padres, prácticas de crianza malas o ineficaces, conflictos familiares y relaciones problemáticas y distantes, lo que ocasiona que los adolescentes no se sientan bien y lleguen a tomar la terrible decisión de tratar de suicidarse o simplemente ingerir algún tipo de sustancia, con el fin de sentirse "mejor".

2.1.3 Factores sociales:

Los factores sociales se refieren a los pares y a las personas con las que el adolescente se relaciona en esta edad. Estas personas son importantes en la vida del adolescente ya que sirven como modelo a quien él puede imitar, ya sea por sentirse identificado, por querer ser aceptado o simplemente para sentirse seguro.

"Los bajos recursos económicos, el bajo nivel educativo y el no tener empleo en la familia son también considerados factores de riesgo. La gente indígena y los inmigrantes son los que pertenecen a este grupo, ya que a menudo suelen tener varios problemas emocionales.

En la mayoría de casos, estos factores tienen un gran impacto psicológico en su vida. Estos factores sociales tienen una relación con la poca participación en las actividades que se dan en la sociedad, así como también el conflicto con los valores de los diferentes grupos." (Aguirre A. , 2006)

El hecho de tener pocos amigos o malas relaciones con sus compañeros también se relaciona con que los adolescentes lleguen a deprimirse. No tener alguna relación estrecha con sus pares, relacionarse muy poco con ellos o peor aún, ser rechazado por sus compañeros, también son factores que aumentan las tendencias depresivas en los chicos.

"Los factores tienen un origen tanto interno como externo y están implicados en ellos aspectos personales, familiares y sociales. También durante la adolescencia hay un incremento en el número de actividades consideradas como comportamientos problemáticos o de riesgo, como por ejemplo el uso ilícito de sustancias o los intentos de suicidio". (Páramo, 2011)

Los medios de comunicación social, como el internet, la televisión y la radio, influyen mucho en la sociedad con mensajes que favorecen el consumo de bebidas en sus publicaciones. El hecho de que el adolescente tenga amigos mayores, menores o de su misma edad también se relaciona mucho con el consumo de sustancias en esta etapa. Pero lo que es más común en este tipo de problema, es que el joven consume con amigos mayores que él.

Los amigos son una fuente importante de apoyo emocional en esta etapa de la vida, pero también suele presionar para que se den comportamientos que los padres no aceptan. Sin embargo, también existen influencias negativas por parte de ellos, por ejemplo, el hecho de ser rechazado por chicos de su misma edad ocasiona que muchos jóvenes desarrollen sentimientos de hostilidad y de soledad, lo cual se asociará luego de un

tiempo con problemas de salud mental llevándolos al consumo de sustancias, la delincuencia, el suicidio u otras conductas desadaptativas.

“Se ha hecho una distinción entre factores de riesgo de "amplio espectro" y factores o conductas de riesgo que son "específicos para un daño". Entre los primeros encontramos: familia con pobres vínculos entre sus miembros, violencia intrafamiliar, baja autoestima, pertenecer a un grupo con conductas de riesgo, fracaso escolar, un proyecto de vida débil, locus de control externo, bajo nivel de tolerancia a la frustración. Los factores o conductas de riesgo específico serían: consumir alcohol, los intentos de suicidio, estrés, ansiedad y depresión”. (Páramo, 2011)

2.2 Trastornos por Intoxicación a sustancias e intentos Autolíticos

Generalmente lo que ocasiona que los chicos tomen la decisión de quitarse la vida o ingerir sustancias psicotrópicas son problemas en su vida, es por eso que muchos de ellos tienen una depresión o ansiedad, ya sea leve o mayor.

Los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo inducido por una sustancia o un medicamento según el DSM-V son:

A. Existencia de estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por las actividades.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas.

Los criterios diagnósticos de un trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos según el DSM-V son:

A. los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica o la exploración física

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos.

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas.(Association, 2013)

Según la revista de atención primaria "siete días médicos"(Piñana, 2013), el alcohol es la sustancia psicoactiva que más consumen los adolescentes de 14 a 18 años. La prevalencia de adolescentes con un consumo intensivo o problemático de alcohol está aumentando. Este patrón de consumo, se caracteriza por la presencia de borracheras o la ingestión de cinco o más unidades de bebidas estándar en un intervalo aproximado de 2 horas.

Entre los adolescentes, la intoxicación por alcohol es el diagnóstico más frecuente relacionado con el consumo de drogas. Su característica fundamental es la presencia de un cambio psicológico o de un comportamiento desadaptativo clínicamente significativo que aparece durante la ingestión de alcohol o poco después. En los servicios de

urgencias se suelen detectar, mucho antes que en otros servicios sanitarios, los cambios en la tendencia de los patrones de consumo, de modo que se han constituido como un indicador precoz de las consecuencias para la salud del consumo de sustancias. Por este motivo, pueden desarrollar un papel fundamental en la identificación precoz de esta problemática.

Antes de que las personas conozcan el problema de las drogas que actualmente confronta nuestra sociedad, los adultos estaban muy preocupados por el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los adolescentes. Por eso es importante también que se sigan haciendo investigaciones sobre el uso y el abuso del alcohol y otras sustancias ya que no hay razón para pensar que actualmente este sea un problema menor, ya que la evidencia parece indicar que los adictos a las drogas también usan alcohol y que estos no son problemas que se deben excluir.

Existen criterios diagnósticos según el DSM-V sobre el consumo de sustancias y son:

2.2.1 Intoxicación por alcohol:

A. Ingesta reciente de alcohol.

B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos que aparecen durante o poco después de la ingestión de alcohol.

C. Uno o más de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de alcohol:

1. Habla pastosa.
2. Incoordinación.
3. Marcha insegura.
4. Alteración de la atención o de la memoria.

5. Estupor o coma.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental.(Association, 2013)

Los trastornos que sufren actualmente los adolescentes suelen ser principalmente por emociones negativas como la hostilidad, la angustia, la depresión que aumentan a medida que los chicos van creciendo. Sin embargo, existen otro tipo de factores como la edad, el sexo, el carácter, el temperamento, que influyen también en la aparición de trastornos por intoxicación de sustancias o intentos autolíticos. Es preocupante el hecho de que los adolescentes consuman sustancias para afrontar el estrés, ya que esto suele interferir en su toma de decisiones y no pueden desarrollar sus habilidades y sus estrategias de afrontamiento.

Alrededor del mundo, el suicidio es una de las causas de muerte más frecuente sobre todo en las edades entre 15 a 19 años. En muchos países es la primera o segunda causa de muerte tanto en los varones como en las mujeres de estas edades. La prevención del suicidio entre los niños y adolescentes por lo tanto es algo de mucha prioridad. Dado el hecho de que en muchos países y regiones la mayoría de los chicos en este grupo que van al colegio, este suele ser un lugar excelente para desarrollar acciones preventivas adecuadas.

Hemos podido observar que actualmente, el suicidio entre los jóvenes menores de 14 años se da con poca frecuencia. La mayoría de los suicidios de los adolescentes de 14 a 15 años probablemente se dan en la adolescencia temprana, mientras que el suicidio en los chicos de 12 años o menos es menos común.

Por otra parte, los chicos que intentan suicidarse o se han suicidado suelen tener antecedentes de emociones negativas, ya que pudieron haber sido víctimas de violencia, que hayan tenido problemas académicos o conductuales en el colegio; también muchos de ellos pudieron haber sufrido de maltrato físico o psicológico en la niñez o tener malas relaciones con las personas.

Las circunstancias estresantes, como perder un novio/a, sacar malas notas en el colegio o un embarazo no deseado, son causas que pueden generar un intento de suicidio o un suicidio en sí. El consumo de sustancias también puede ser un factor de riesgo causante de un suicidio. Muchos chicos que intentan suicidarse también carecen de amigos que les apoyen o también por haber tenido un amigo que haya muerto por suicidio.

Según Páramo (2011), "con respecto a los intentos o conductas suicidas, es de conocimiento general que los adolescentes no se suicidan en respuesta a un solo hecho perturbador, sino que lo hacen en el contexto de problemas familiares y personales duraderos, otros han culpado a los medios de comunicación de masas. En relación a lo último, los modelos culturales nocivos han sido mencionados por varios participantes como causa de baja autoestima, anorexia, bulimia y otros trastornos".

El suicidio es un acto que ha sido considerado íntimo, privado y absolutamente individual. Sin embargo, se manifiesta como un fenómeno de alto alcance, grandes riesgos y pérdidas para la humanidad.

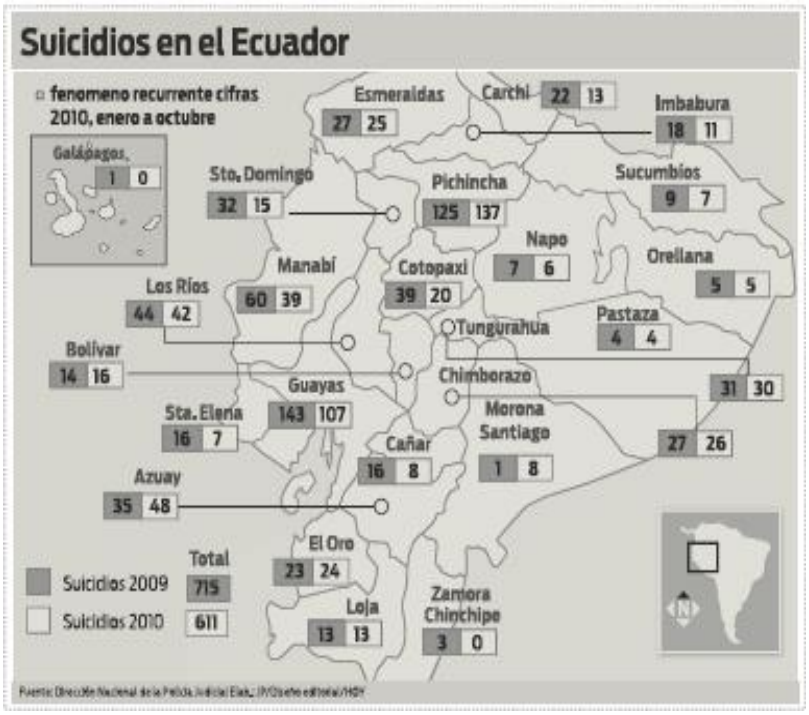
La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) lo ha venido considerando como una de las principales amenazas a la salud mundial, de hecho, los pensamientos y tendencias suicidas afectan la seguridad de ciudadanos/as individualmente y de la ciudadanía en su conjunto.

Los adolescentes suicidas suelen pensar mal de ellos mismos, se sienten muy indefensos, no pueden controlar de una manera adecuada sus impulsos, tienen muy poca tolerancia a la frustración y a cualquier tipo de estrés que se presente en esta etapa. Ellos suelen ser distantes con sus padres y no recurren casi a nadie cuando tienen algún problema, es por eso que reprimen todo lo que les pasa y eso les lleva a tomar la mala decisión de intentar suicidarse o peor aún llegar a hacerlo después de haber ingerido alguna sustancias psicotrópica, ya que en muchos de los casos el alcohol está presente en los suicidios de los adolescentes.

Los suicidios que más se registran en el Ecuador se muestran en el siguiente cuadro donde se puede observar el número en cada provincia:

Figura 1:

Dos suicidios se registran cada día en el Ecuador



Fuente: Dirección Nacional de la Policía Judicial, Junio 2011

Por segundo año consecutivo, Pichincha y Guayas han reportado la mayor tasa de suicidios ocurridos en el país (ver gráfico).

En el Ecuador el promedio mensual de suicidios registrados por la Dirección Nacional de la Policía Judicial (DNPJ), comparando el primer trimestre del 2010 y el mismo periodo del 2011, pasó de 55,5 casos por mes a 68,2 denuncias por suicidios mensuales. La cifra total que se manejó en los primeros tres meses del 2010 fue de 167 casos de suicidio, mientras que en los tres primeros meses de este año el registro se incrementó a 205 muertes violentas de este tipo. Un agente de homicidios, indicó que las ciudades grandes y dentro de ellas las zonas periféricas, son las que mayores índices de suicidio reflejan en el contexto nacional. (Universo, 2011)

La Policía Judicial tiene identificado que los suicidios en el Ecuador se dan principalmente por ahorcamiento, de manera especial en las urbes grandes como Quito y Guayaquil; sin embargo, también están en menor escala los suicidios con arma de fuego, corte de venas o auto ahogamiento. Asimismo, se tiene establecido que en la región Sierra lo más común es el envenenamiento con los denominados "diablillos" (fósforo blanco), alcohol metílico o dosis masivas de barbitúricos de libre expendio en farmacias o tiendas. En cambio, en la región Costa, los suicidas ingieren especialmente plaguicidas y otros químicos que son empleados en la agricultura o para la fumigación de plantaciones. (Universo, 2011)

Los suicidas son personas sin empleo o con problemas laborales, así como familias cortas o disgregadas o adolescentes y jóvenes que han recibido maltratos físicos y psicológicos que no han podido superar tales traumas. Las épocas en las cuales se registra la mayor cantidad de intentos y de suicidios son en la navidad y en año nuevo.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

La presente investigación es un estudio transversal realizado entre noviembre del 2013 y septiembre del 2014, en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso y el Colegio Fiscal "La Inmaculada".

Área de estudio:

El trabajo se realizó en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso y en el Colegio Fiscal La Inmaculada.

Período de estudio:

De noviembre de 2013 a septiembre de 2014.

Universo y muestra:

Se consideró universo a todos los adolescentes que ingresaron en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional "Vicente Corral Moscoso" con diagnóstico de intoxicación por sustancias psicotrópicas, diagnóstico de intentos autolíticos o ambos y a un grupo de adolescentes de características demográficas similares, alumnos del Colegio Fiscal "La Inmaculada", pero sin antecedentes psicopatológicos.

Muestra:

El cálculo del tamaño de muestra se basó en el criterio del número mínimo necesario para encontrar diferencias significativas. Con esta estrategia propositiva se seleccionaron:

- 40 adolescentes con tratamiento bajo internamiento en el Hospital Regional "Vicente Corral Moscoso", que incluyó pacientes intoxicados por sustancias, pacientes con intentos autolíticos o ambos.
- 32 adolescentes con un rango de edad y distribución de sexo similar al de los pacientes pero sin ningún antecedente psicopatológico, únicamente tomados de la lista de alumnos de un Colegio Fiscal de la ciudad.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión fueron:

- Edad: 12 a 17 años.
- Tener tratamiento bajo hospitalización de al menos dos o tres días.
- Grupo control 32 chicos del colegio Inmaculada que se tomó emparejando las edades del grupo clínico.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión para esta investigación fueron:

- Pacientes con alteraciones psicofísicas que les impida comunicarse con las entrevistadoras.

Instrumentos y técnicas

Las técnicas utilizadas para esta investigación fueron:

- Aplicación de entrevista clínica inicial (Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica). Ver anexo 1
- Encuesta para determinar factores de riesgo. Ver anexo 2.

Los instrumentos utilizados fueron:

- Escala de ansiedad de Hamilton: (Hamilton Anxiety Scale), diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se fundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo es valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia). Ver anexo 3
- Inventario de depresión de Beck: El Inventario de Depresión de Beck, creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron Beck, es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Ver anexo 4.
- Escala de suicidio ISO: Elaborado por Rey y Kowalchuk, (1994). El ISO-30 está diseñado para valorar cinco dimensiones de los factores de riesgo relacionados con el suicidio: desesperación, idealización de suicidio, baja autoestima,

inhabilidad para hacer frente a emociones y aislamiento social y retiro. Ver anexo 5.

- APGAR Familiar: permite valorar la funcionalidad familiar y determinar el perfil socio-económico de las familias de los encuestados validado por el ministerio de salud Pública. Ver anexo 6.
- Test del CBC: creado por Achenbach (1991), Sirve para obtener información de los niños a partir de sus padres o cuidadores. Se obtiene dos tipos de información: acerca de sus comportamientos problemáticos (Escala de Problemas).También permite el examen de dos grandes grupos de síndromes: problemas de internalización y de externalización. Problemas de internalización combina las escalas de retraimiento, quejas somáticas, y ansiedad/depresión. Problemas de externalización combina las escalas de conducta infractora y conducta agresiva. Ver anexo 7
- Test de la persona bajo la lluvia: Fue elaborado por Querol (2011) y se trata de un test en el que se le pide al paciente que dibuje una persona bajo la lluvia, luego se le pide un relato y un título. El objetivo es evaluar la fortaleza del yo de la persona, sus mecanismos de defensa y tolerancia a la frustración. También evalúa reacciones mentales, emocionales e instintivas (ansiedades, temores, aspectos conductuales) que se activan ante una situación de presión ambiental

PROCEDIMIENTO:

Para la realización de este estudio se siguieron los siguientes pasos:

- Se aplicó la ficha integrativa FIEPS, para obtener datos biográficos de manera global del adolescente y su familia.
- Posteriormente se realizó la aplicación de la encuesta para determinar factores de riesgo en adolescentes con intoxicaciones por sustancias psicotrópicas e intentos autolíticos y para valorar a la familia se aplicó el APGAR familiar.
- La escala de ansiedad de Hamilton y el inventario de depresión de Beck son indicadores sobre el estado emocional del adolescente.
- Se evaluó a los adolescentes con la escala ISO 30 de suicidio.
- Finalmente se diseñó un plan de intervención terapéutica grupal con un enfoque integrativo para padres y adolescentes, el cual no pudo ser llevado a cabo por dificultad en los horarios y falta de un psicólogo clínico supervisor.

Análisis de la información y presentación de resultados

Mediante el programa SPSS versión 20, se pudo formar una base de datos con la cual obtuvimos los resultados para encontrar factores de riesgo; en ese programa se colocaron todos los datos obtenidos de las encuestas, reactivos psicológicos y de las historias clínicas de los pacientes internados y del grupo control, luego de haber obtenido todos los datos, se procedió a la tabulación y con esa información se obtuvieron los datos estadísticos.

El análisis de ODDS/RATIO fue necesario para la detección de los factores de riesgo; con este programa se logró encontrar los intervalos de confianza para saber cuáles son los factores más predominantes de nuestro estudio.

RESULTADOS

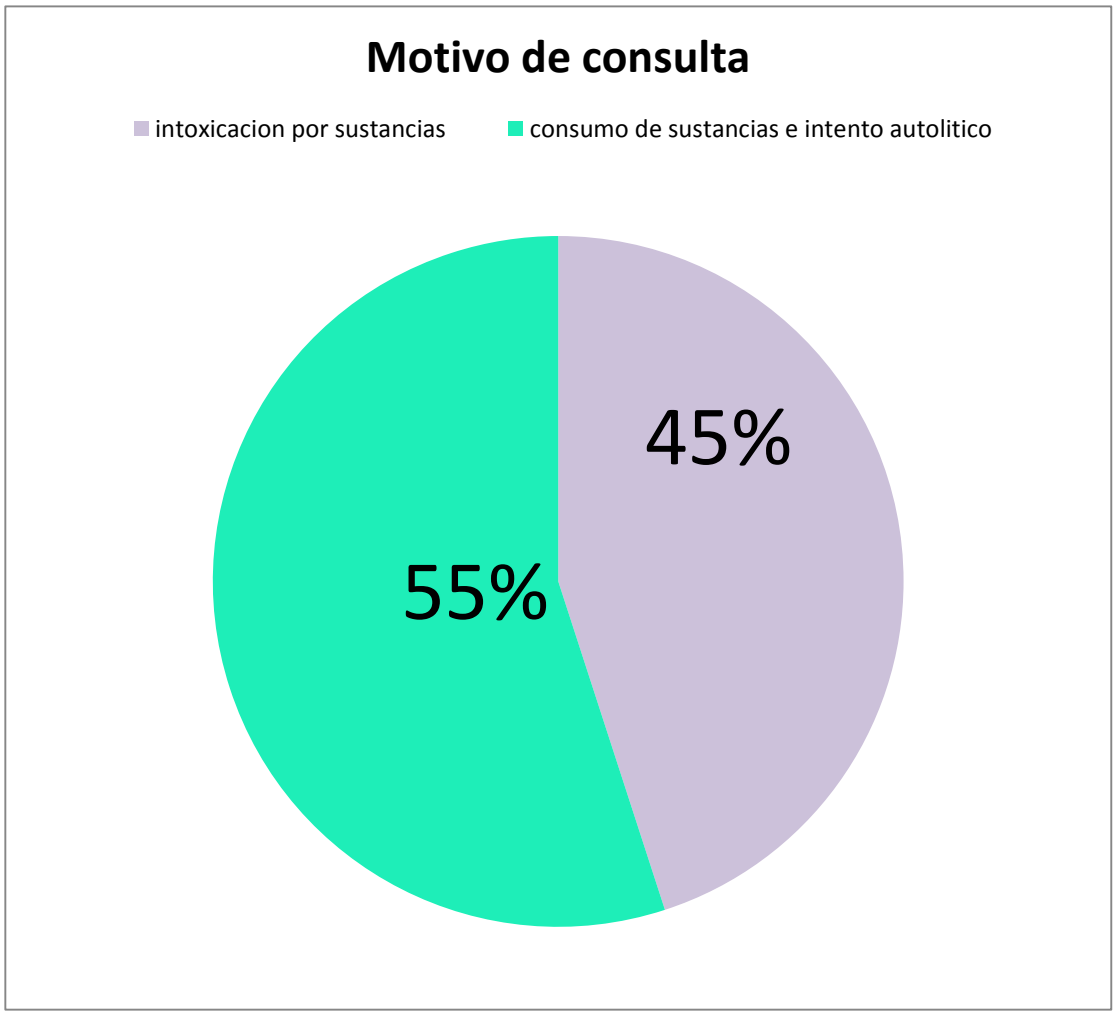
Población de estudio

Se recopiló información de 40 adolescentes con antecedentes de tratamiento especializado en el Departamento de Pediatría, cuyo motivo de ingreso fue intoxicación por sustancias psicotrópicas, intento de suicidio o ambas y 32 adolescentes sin antecedentes psicopatológicos. Sus características se muestran en los siguientes cuadros:

Cuadro 1: Características demográficas de la muestra de 72 adolescentes en los que se investigó factores asociados a intoxicación por sustancias psicotrópicas e intentos autolíticos. Cuenca, 2014.

VARIABLE	N	% (IC95)
Edad		
12 a 13 años	15	20,9 (13,05 – 31,5)
14 años	33	45,8 (34,8 – 57,2)
15 a 16 años	24	33,4 (23,5 – 44,8)
Sexo		
Masculino	21	29,2 (19,94 – 40,51)
Femenino	51	70,8 (59,49 – 80,06)
Ocupación		
Estudia	67	93,1 (84,75 – 97,00)
Ninguna	4	5,6 (2,18 – 13,43)
Trabaja	1	1,4 (0,25 – 7,48)
Grado de escolaridad		
Primaria	4	5,6 (2,18 – 13,43)
Secundaria	67	93,1 (84,75 – 97,00
No estudia	1	1,4 (0,25 – 7,48)
Condición Socioeconómica		
Clase media	30	41,7 (30,99 – 53,19)
Clase baja	42	58,3 (46,81 – 69,01)
Núcleo familiar		
Padres y hermanos	33	45,8 (34,83 – 57,26)
Madre/padre y hermanos	29	40,3 (29,72 – 51,82)
Madre, padrastro y hermanos	5	6,9 (3.00 – 15,25)
Abuelos	4	5,6 (2,18 – 13,43)
Tíos	1	1,4 (0,25 – 7,48)

Cuadro 2: Motivo de consulta de los adolescentes del grupo de estudio Cuenca, 2014



Cuadro 3: Comparación entre las características demográficas del grupo de estudio y el grupo control

VARIABLE	CASOS	CONTROLES	P
Edad			
12 a 13 años	8 (11,1)	7 (9,7)	
14 años	**15 (20,8)**	**18 (25,0)**	0,160
15 a 16 años	17 (23,6)	7 (9,7)	
Sexo			
Masculino	12 (16,7)	9 (12,5)	
Femenino	28 (38,9)	23 (31,9)	0,862
Ocupación			
Estudia	36 (50,0)	31 (43,1)	
Ninguna	3 (4,2)	1 (1,4)	0,472
Trabaja	1 (1,4)	-	
Grado de escolaridad			
Primaria	4 (5,6)	-	
Secundaria	35 (48,6)	32 (44,4)	0,117
No estudia	1 (1,4)	-	
Condición Socioeconómica			
Clase baja	**28 (38,9)**	**2 (2,8)**	**< 0,001**
Clase media	12 (16,7)	30 (41,7)	
Núcleo familiar			
Padres y hermanos	15 (20,8)	18 (25,0)	
Madre/padre y hermanos	18 (25,0)	11 (15,4)	0,134
Madre, padrastro y hermanos	2 (2,8)	3 (4,2)	
Abuelos	4 (5,6)	-	
Tíos	1 (1,4)	-	

Se observó que el 45,8% de la muestra corresponde a adolescentes de 14 años, de los cuales el 20,8% fueron hospitalizados y el 25% pertenece al grupo control; los adolescentes de 15 a 16 años de edad representan el 33,4% de los cuales el 23,6% fueron hospitalizados y el 9,7% de controles y los adolescentes de 12 a 13 representan el 20,9%, en los cuales un 11,1% fueron hospitalizados y un 9,7% controles.

Se puede notar que existe un mayor porcentaje de mujeres con un total de 70,8% de los cuales el 38,9% fueron hospitalizadas y el 31,9% pertenecían al grupo control, mientras que el 29,2% de la muestra correspondía a varones de los cuales el 16,7% fueron

hospitalizados y el 12,5% fueron del grupo control, ya sea que han tenido intentos de suicidio, intoxicaciones o sean del grupo control. En cuanto a la ocupación el 93,1% de la muestra total estudia, el 1,4% trabaja y el 5,6% no realiza ningún tipo de actividad. El nivel de instrucción de estos adolescentes la mayor parte es secundaria con un 93,1%, el 5,6% solo terminó la primaria y el 1,4% no estudia.

Existe una mayor incidencia de casos en la clase económica baja con un 58,3%, mientras que en la clase media existe un 41,7% los cuales la mayoría de ellos son adolescentes del grupo control.

Con respecto al núcleo familiar se ha podido observar que en las familias nucleares existe un 45,8%, en las monoparentales un 40,3%, en los que viven con madre, padrastro y hermanos hay un 6,9%, con los abuelos un 5,6% y los que viven solo con sus tíos un 1,4%.

En los casos clínicos pudimos encontrar que existe un 30,5% de consumo de psicotrópicos con intentos autolíticos y solo un 25% de intoxicaciones por sustancias psicotrópicas.

Cuadro 4: Resultados de la evaluación psicológica del grupo de estudio y grupo control. (Factores de ansiedad, depresión y riesgo suicida). Cuenca, 2014.

	Casos	Controles	Total	IC95%
Hamilton				
Ansiedad mayor	23	6	29 (40,2)	29,7 – 51,8
Ansiedad menor	11	11	22 (30,5)	21,1 – 41,9
Ausencia de ansiedad	6	15	21 (29,1)	19,9 – 40,5
Beck: Depresión				
Leve	18	31	49 (68,0)	56,6 – 77,6
Moderado	6	1	7 (9,7)	4,7 – 18,7
Grave	16	-	16 (22,2)	14,1 – 33,0
ISO 30: Riesgo Suicida				
Riesgo bajo	4	21	25 (34,7)	24,7 – 46,2
Riesgo moderado	18	9	27 (37,5)	27,2 – 49,0
Riesgo alto	18	2	20 (27,7)	18,7 – 39,0

En este cuadro se aprecia que el grupo clínico se caracteriza por un nivel alto de ansiedad, depresión grave y riesgo de suicidio, mientras que las características del grupo control son ausencia de ansiedad, depresión leve y bajo riesgo de suicidio.

Cuadro 5: Resultados de la evaluación psicológica del grupo de estudio y grupo control de acuerdo a la escala del Riesgo Suicida

	Casos	Controles	Total	IC95%
Ideación Suicida				
Alto	19	2	21 (29,1)	19,9 – 40,5
Moderado	3	3	6 (8,3)	3,8 – 17,0
Bajo	18	27	45 (62,5)	59,0 – 72,7
Baja Autoestima				
Alto	17	4	21 (29,1)	19,9 – 40,5
Moderado	6	5	11 (15,2)	8,7 – 25,3
Bajo	17	23	40 (55,5)	44.0 – 66,4
Desesperanza				
Alto	8	3	11 (15,2)	8,7 – 25,3
Moderado	5	5	10 (13,8)	7,7 – 23,7
Bajo	27	24	51 (70,8)	59,4 – 80,0
Incapacidad Afrontamiento				
Alto	25	10	35 (48,6)	37,4 – 59,9
Moderado	10	7	17 (23,6)	15,2 – 34,6
Bajo	5	15	20 (27,7)	18,7 – 39,0
Soledad Abatimiento				
Alto	18	1	19 (26,3)	17,5 – 37,5
Moderado	11	3	14 (19,4)	11,9 – 30,0

Bajo	11	28	39 (54,1)	42,7 – 65,1

Al analizar detalladamente la escala ISO 30: riesgo suicida vemos que las características del grupo de casos clínicos es un alto nivel de ideación suicida, alto porcentaje de baja autoestima, incapacidad de afrontamiento y sentimientos de soledad.

Cuadro 6: Resultados de la evaluación psicológica del grupo de estudio y grupo control en base a la encuesta sobre aspectos de tipo individual.

	Casos	Controles	Total	IC95%
Curiosidad de consumo				
Nunca	27	27	54 (75,0)	63,9 – 83,5
Una vez	5	4	9 (12,5)	6,7 – 22,8
Algunas veces	8	1	9 (12,5)	6,7 – 22,8
Año escolar repetido	10	1	11 (15,2)	8,7 – 25,3
Desempeño escolar				
Muy bueno	5	12	17 (23,6)	15,3 – 34,6
Bueno	19	15	34 (47,2)	36,1 – 58,6
Regular	11	5	16 (22,2)	14,1 – 33,0
Malo	5	-	5 (6,9)	3,0 – 15,2
Se estima y valora				
Bastante	19	26	45 (62,5)	59,0 – 72,7
Regular	12	2	14 (19,4)	11,9 – 30,0
Poco	8	3	11 (15,2)	8,7 – 25,3
Nada	1	1	2 (2,7)	0,7 – 9,5
Importancia de salud y cuerpo				
Nada	1	1	2 (2,7)	0,7 – 9,5
Poco	13	3	16 (22,2)	14,1 – 33,0
Bastante	26	28	54 (75,0)	63,9 – 83,5
Intenta hacerse daño	29	5	34 (47,2)	36,1 – 58,6
Intenta suicidarse	28	1	29 (40,2)	29,7 – 51,8
Pensado suicidarse	29	4	33 (45,8)	34,8 – 57,2
Hospitalizado por intento suicidio	22	-	22 (30,5)	21,1 – 41,9
Abuso sexual	4	1	5 (6,9)	3,0 – 15,2
Asiste a terapia psicológica	14	-	14 (19,4)	11,9 – 30,0
Piensa que merece morir	22	8	30 (41,6)	30,9 – 53,1
Sensación que las cosas están mal	33	14	47 (65,2)	53,7 – 75,2
Razones para olvidar problemas	29	16	45 (62,5)	59,0 – 72,7

En este cuadro podemos darnos cuenta de aspectos individuales que pueden influir en el grupo clínico, entre las más importantes están la repetición del año escolar, un desempeño escolar regular o malo, abuso sexual.

Cuadro 7: Resumen de los factores individuales de los adolescentes del grupo de estudio y grupo control

	Casos	**Sanos**	**OR (IC95%)**
Hamilton (ansiedad)	34 (85,0)%	17 (53,1)%	5,0 (1,6 – 17,7)
Beck (depresión)	22 (55,0)%	1 (3,1)%	37,8 (4,6 – 818,6)
ISO 30 (riesgo de suicidio)	36 (90,0)%	11 (34,4)%	17,1 (4,2 – 75,9)
Ideación suicida	22 (55,0)%	5 (15,6)%	6,6 (1,8 – 24,4)
Baja autoestima	23 (57,5)%	9 (28,1)%	3,4 (1,1 – 10,6)
Desesperanza	13 (32,5)%	8 (25,0)%	2,2 (0,6 – 7,7)
Incapacidad de afrontamiento	35 (87,5)%	17 (53,1)%	6,1 (1,7 – 23,6)
Soledad Abatimiento	29 (72,5)%	4 (12,5)%	18,4 (1,7 – 23,6)
Curiosidad de consumo	13 (32,5)%	5 (15,6)%	2,6 (0,7 – 9,8)
Reprobación de año escolar	10 (25,0)%	8 (25,0)%	1,0 (0,3 – 3,3)
Mal desempeño escolar	16 (40,0)%	5 (15,6)%	3,6 (1,0 – 13,5)
Intenta suicidarse	28 (70,0)%	1 (3,1)%	72,3 (8,6 – 1591,8)
Ha sido víctima de abuso sexual	4 (10,0)%	1 (3,1)%	3,4 (0,3 – 85,3)
Asiste a terapia psicológica	14 (35,0)%	-	NC
Razones para olvidar problemas	29 (72,5)%	16 (50)%	2,6 (0,8 – 7,9)

De acuerdo a este cuadro se observa que en los adolescentes hospitalizados existe un 85% de ansiedad y un 53,1% en los controles. Con respecto a la depresión existe un 55% en los casos y un 3,1% en los controles. Se aplicó el ISO 30 para saber el riesgo alto en suicidios, el cual se observó que existe en los chicos hospitalizados un 90% y en los sanos un 34,4%. En las subescalas del ISO 30, pudimos analizar que en la parte de ideación suicida existe en los hospitalizados un 55% y en los controles un 15,6%; con respecto a la baja autoestima existe un 57,5% en los hospitalizados y un 28,1% en los sanos; en desesperanza existe un 32,5% de hospitalizados y un 25% de controles; en incapacidad afrontamiento un **87,5%** de hospitalizados y un **53,1%** de controles y en soledad abatimiento un 72,5% de hospitalizados y un 12,5% de controles. Se realizó una encuesta en la cual también se pudieron encontrar factores de riesgo individuales como

por ejemplo: en la curiosidad de consumo existe un 32,5% en los hospitalizados y un 15,6% en los controles, en los casos de año escolar reprobado de encontró un 25% en ambos casos, en el mal desempeño escolar existe en los hospitalizados un 40% y en los controles un 15,6%. Con respecto a intentos de suicidio existe en los hospitalizados un 70% y en los controles un 3,1%, en casos de abuso sexual se ha encontrado en los hospitalizados un 10% y en los sanos un 3,1%, los adolescentes que asisten a terapia psicológica son en hospitalizados un 35% y de los controles ninguno lo hace, en las razones por las que consumen sustancias los que piensan que es para olvidar problemas son un 72,5% de hospitalizados y un 50% de controles.

Cuadro 8: Factores familiares de los adolescentes del grupo de estudio y del grupo control

	Casos	**Sanos**	**OR (IC95%)**
Disfunción familiar (Apgar)	20 (50,0)%	3 (9,4)%	9,6 (2,2 – 47,4)
Mala relación con los padres	15 (37,5)%	8 (25,0)%	1,8 (0,5 – 5,7)
Discusiones frecuentes en el hogar	32 (80,0)%	14 (43,8)%	5,1 (1,6 -16,8)
Miembros que consuman drogas	12 (30,0)%	4 (12,5)%	3,0 (0,7 – 12,6)
Separación o divorcio de padres	18 (45,0)%	13 (40,6)%	1,2 (0,4 – 3,4)
RP Falta de apoyo padres	22 (55,0)%	19 (59,4)%	0,8 (0,2 – 2,3)
Condición socioeconómica mala	28 (70,0)%	2 (6,25)%	35,0 (6,4 – 252,3)

En los factores familiares se pudo observar a través del APGAR familiar que existe un 50% de disfunción familiar en hospitalizados y un 9,4% en los controles, existe una mala condición socioeconómica de la cual en los hospitalizados hay un 70% y en los controles un 6,2%. Existe un 37,5% de hospitalizados que tiene una mala relación con los padres y el 25% de sanos, hay discusiones frecuentes en el hogar del 80% de hospitalizados y del 43,8% de los sanos, hay un 30% de miembros familiares que consumen drogas en los hospitalizados y un 12,5% en los controles. Con respecto a separación o divorcio de los padres, existe un 45% en los hospitalizados y un 40,6% en los controles. En las razones por las que piensan que consumen sustancias existe un 55% en hospitalizados y un 59,4% de los sanos que piensan que es por la falta de apoyo de los padres.

Cuadro 9: Resumen de los Factores sociales asociados a los adolescentes del grupo de estudio y grupo control.

	Casos	**Sanos**	**P**
Informado sobre las drogas	37 (92,5)	32 (100,0)	NC
Suicidio de familiar o amigo	16 (40)	4 (12,5)	4,6 (1,2 – 19,2)
Fracaso escolar	12 (30,0)	8 (25,0)	1,2 (0,4 – 4,1)

Presionado con responsabilidades	22 (55,0)	20 (62,5)	0,7 (0,2 – 2,1)
Presionado sin responsabilidades	13 (32,5)	15 (46,9)	0,5 (0,1 – 1,5)
Amigos consumidores	20 (50,0)	6 (18,8)	4,3 (1,3 – 14,8)
En crisis no tiene a quien acudir	8 (20,0)	2 (6,25)	3,7 (0,6 – 27,9)

Con respecto a los factores sociales el 92,5% de los hospitalizados y el 100% de los sanos están informados sobre las drogas, el 40% de hospitalizados han tenido un familiar o amigo que se ha suicidado mientras que del grupo control solo existe un 12,5% de esto; el 30% de hospitalizados y el 25% de controles han tenido fracaso escolar, el 55% de hospitalizados y el 62,5% de sanos se sientes presionados o con demasiadas responsabilidades y el factor de riesgo más importante en lo social es que el 50% de hospitalizados tienen amigos consumidores mientras que el 18,8% de sanos los tienen.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Después del trabajo realizado se ha concluido lo siguiente:

- Se ha determinado que en los adolescentes de 14 a 16 años existen altos niveles de intentos de suicidio e intoxicaciones por sustancias psicotrópicas, las cuales están influenciadas por factores de riesgo individuales, familiares y sociales.
- Estos problemas no necesariamente son exclusivos de adolescentes hospitalizados, ya que al hacer la comparación con el grupo control se observa que también en este grupo existe un alto rango de factores por los cuales ellos podrían llegar a tomar las mismas decisiones que tomaron los jóvenes hospitalizados.
- Existe un alto índice de intentos de suicidio e intoxicaciones por sustancias psicotrópicas en adolescentes; pero las estadísticas más significativas indican un mayor porcentaje en el caso de los intentos autolíticos.
- El índice más alto de intentos de suicidio se da en adolescentes mujeres de 14 y 15 años de edad.
- Luego de haber analizado los datos estadísticamente, se determinó que existe un riesgo alto con un 45,8% en adolescentes de 14 años que han tenido intentos autolíticos e intoxicaciones por sustancias psicotrópicas de los cuales el 20,8% son hospitalizados y el 25% son del grupo control.
- Se logró demostrar que en la clase social baja representa un factor de riesgo alto, ya que existen más conflictos que representan el 58,3% de los casos clínicos.
- Los factores de riesgo individuales que llevan al adolescente a intentar suicidarse o a intoxicarse con sustancias son: altos niveles de depresión,

ansiedad, ideación suicida, baja autoestima, soledad, el abatimiento y la incapacidad de afrontamiento.

- Los factores individuales secundarios encontrados son: la curiosidad de consumir, el año escolar reprobado, bajo desempeño escolar, abuso sexual y el consumo para olvidar problemas.
- Pocos adolescentes reciben atención psicológica ya que solo un 35% del grupo hospitalizado asiste a terapia; los demás adolescentes del grupo hospitalizado y del grupo control no lo hacen.
- Existen también factores de riesgo familiares que llevan al adolescente a tomar estas decisiones, entre ellos tenemos: la disfunción familiar, baja condición socioeconómica, mala relación con los padres, discusiones frecuentes en el hogar, familiares que consumen drogas, separación o divorcio de los padres y falta de apoyo o abandono de los padres.
- Entre los factores de riesgo sociales los principales son: información sobre el consumo de sustancias, algún familiar o un amigo que se ha suicidado, fracaso escolar, chicos con demasiadas responsabilidades o que se sienten presionados y que tienen amigos consumidores.
- A través de esta investigación se ha podido observar que existe poco personal capacitado para afrontar estos problemas dentro del hospital, porque solo existe una psicóloga clínica de planta encargada.
- En el colegio donde se realizó el trabajo no existe un psicólogo clínico de planta que pueda realizar prevención, promoción, detección y remisión inmediata cuando se presentan problemas en los adolescentes.

- En el grupo control existen algunos adolescentes que presentan factores de riesgo y en un futuro podrían mostrar intentos autolíticos o intoxicaciones por sustancias.
- La aplicación del test del CBC y la persona bajo la lluvia no fueron llevados a cabo debido a que los datos estadísticos no se pudieron tabular.
- Con la persona bajo la lluvia se encontró que existen rasgos de ansiedad, depresión, falta de defensas y que los adolescentes usan mecanismos de defensa como la regresión y el aislamiento.
- En el CBC se encontraron algunas conductas desadaptativas (incomunicación, agresividad y delincuencia en los varones; quejas somáticas, retraimiento depresivo y también delincuencia en las mujeres), en la población hospitalizada.
- Se realizó un plan terapéutico grupal con el fin de mejorar la sintomatología en los pacientes que ya fueron dados de alta en el hospital, sin embargo no fue posible efectuarlo debido a que para realizar la intervención se necesitaba de un profesional en psicología que estuviera presente en todas las sesiones y los horarios no concordaban con los pacientes.

Recomendaciones

Como recomendaciones exponemos lo siguiente:

- Es importante realizar campañas de prevención primaria a nivel urbano y rural en la ciudad ya que de acuerdo a los resultados obtenidos el 66.7%, mencionan que no han participado en alguna actividad preventiva sobre el consumo de sustancias.
- Dichas estrategias preventivas deben ser a nivel individual, familiar y social, para que los adolescentes estén preparados y adquieran nuevas estrategias de afrontamiento sobre situaciones que los hacen vulnerables como el riesgo suicida y el consumo de sustancias psicotrópicas.
- Es necesario que exista más comunicación familiar con los adolescentes ya que sus padres no conocen realmente lo que ellos pueden estar pensando o sintiendo, así se podría evitar que ellos cometan este tipo de errores y que aprendan a confiar más en sus padres y demás familiares. Para esto se recomienda planes de prevención (psicoterapia familiar).
- Se considera oportuno realizar un taller para padres sobre cómo mejorar y comprender a sus hijos para de esta manera mejorar las relaciones intrafamiliares, puesto se ha evidenciado que los padres se preocupan por sus hijos pero no logran comprenderlos en su totalidad; a ellos se suma la agresión e insultos hacia sus hijos.
- Se considera importante que luego de establecer un diagnóstico clínico del paciente, se comprometa a asistir al tratamiento psiquiátrico y psicológico del hospital mediante psicoeducación y una buena empatía.

- En el área de salud mental del Hospital Regional, se sugiere realizar seguimiento de los casos, para evaluar a la familia y a los adolescentes en sus hogares, luego de haber sido hospitalizados.
- Es importante incrementar personal capacitado en el hospital para el área de salud mental, ya que la demanda es alta y existe escases de personal. Este debe estar conformado por Psiquiatría, Trabajo Social, Adolescentología, y Psicología Clínica y deberían mantener relaciones interpersonales asertivas para que de esta forma trabajen en equipo y así puedan mejorar la atención del paciente.
- Se debe reconocer que la salud mental es importante y no dejarla en un último plano, por ende remitir los casos oportunamente al personal encargado, así evitar que la interconsulta sea cuando el paciente ya está con el alta.
- Consideramos necesario una vez establecido un diagnóstico se dé lugar al plan de intervención terapéutico grupal establecido en nuestra investigación, por parte del personal encargado del área de salud mental del hospital.
- Con respecto al grupo control, es necesario plantear que en el colegio existen algunos adolescentes con factores de riesgo que en un futuro podrían tener los mismos problemas, para que así se pueda realizar un proyecto preventivo con ellos o que se consiga algún psicólogo para el establecimiento y que puedan recibir terapias psicológicas oportunas.
- Los adolescentes del grupo control al igual que otros adolescentes, están expuestos al consumo de drogas y en ciertos casos a un episodio depresivo que puede conllevar al suicidio, por eso es importante elaborar un plan de intervención terapéutico familiar e individual dentro de la institución.
- Se recomienda contratar psicólogos clínicos para el colegio y que puedan apoyar efectivamente a los estudiantes que atraviesan por estos problemas.

CAPITULO IV

TERAPIA INTEGRATIVA.

De acuerdo a la investigación planteada se ha visto necesario realizar una intervención terapéutica grupal que mejore la calidad de vida de los adolescentes; con técnicas que permitan cubrir las necesidades que se han evidenciado en los casos de intentos de suicidio e intoxicación por sustancias psicotrópicas.

"La psicoterapia integrativa se nutre de la investigación y de la experiencia clínica, para así generar una teoría compleja que sea capaz de respaldar un accionar clínico que sea más potente. La parte esencial en la psicoterapia integrativa es la relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta, debido a que todos los sistemas terapéuticos tienen lo siguiente en común: que es curar en la relación". (Opazo, 2001)

Peter Lomas, señaló que la psicoterapia es el resultado entre dos personas que se encuentran regularmente por un periodo largo en el cual una de ellas intenta ayudar a que la otra persona se sienta mejor y que sepa manejar su vida adecuadamente. (Lomas, 2000)

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA	
• Es un proceso interpersonal orientado al logro de objetivos terapéuticos acordados entre paciente y terapeuta • Todo el proceso ayuda a que el paciente se ayude a sí mismo	• El proceso de psicoterapia integrativa se centra en los estímulos efectivos, es decir en la traducción de la experiencia que realiza el sistema SELF del paciente.

• Asume que cada parte del sistema psicológico hace un aporte diferencial a todo y que cada modificación de una parte de irradia modificando el todo • Utiliza el diagnóstico integral el cual es funcional a la predicción y al cambio. • Especifica variables inespecíficas del paciente terapeuta y de la alianza terapéutica para usarlas clínicamente. • Utiliza principios de influencia que son fuerzas de cambios específicas.	• Se enfatiza en el aquí y ahora aun cuando se integra la historia como fuente de diagnóstico y de aprendizaje. • Incorpora fases didácticas para activar la motivación al cambio y la colaboración del paciente en el proceso. • Está abierta al uso de estrategias clínicas y de técnicas avaladas por la investigación científica. • Construye un aporte terapéutico preventivo. • Constituye un punto de encuentro de ciencia y arte.

Al pasar de los años, algunos autores han postulado la existencia de fuerzas que fortalecen el proceso de cambio positivo en los pacientes. Jung (1923), dijo que las personas tenemos un "instinto vital", que sirve para la auto realización, en cambio Rogers (1959), postuló que las personas poseemos un impulso innato hacia comportamientos constructivos socialmente, es decir, una "tendencia al crecimiento personal". Estos postulados aportan recursos terapéuticos valiosos para la psicoterapia integrativa. "la capacidad de auto curación del paciente es el factor común más potente en la psicoterapia, es el motor que hace que la terapia funcione" (Hubble, 2000)

A un paciente que necesita autorealizarse, crecer y ser coherente, la terapia hará que el paciente es el protagonista y la fuente activa de cambio. Es por eso que la psicoterapia integrativa asume el hecho de que si el paciente no participa activamente, el resultado no será muy exitoso, sin embargo es necesario también que la psicoterapia aporte con algo más que un espacio cálido para el paciente, por eso su desafío es que el terapeuta seleccione un paciente activo que logre compartir la experiencia y darle lo mejor que se le pudiera aportar para lograr que esto funcione.

Desde la perspectiva de la psicoterapia integrativa "la experiencia del terapeuta debe tener un mayor, menor o ningún poder de cambio, según el significado que le otorga el SELF al paciente, es decir, que lo primordial de la psicoterapia es generar experiencias cognitivas, afectivos o conductuales nuevas, motivantes, significativas, etc., que ayuden a que exista en buen proceso por parte del sistema del SELF del paciente". (Opazo, 2001)

La investigación en la psicoterapia integrativa consiste en que el terapeuta deberá estar abierto para descubrir cuál es la perspectiva del paciente, mientras que el paciente descubre simultáneamente el sentido de sí mismo con cada pregunta formulada por el terapeuta para así lograr completar la toma de conciencia por parte de este. Luego empezará a ser consciente de sus necesidades relacionales del pasado y de las actuales, así como de sus comportamientos y sentimientos. Los afectos, fantasías, pensamientos, creencias defensivas, tensiones, movimientos corporales, recuerdos o las esperanzas podrán pasar a un plano consciente.

Margarita Dubourdieu (2008) impulsó la estructura de la sociedad Uruguaya de Psiconeuroinmunoendocrinología; desde cuyo espacio se desarrolla la Psicoterapia

Integrativa; propone bases estratégicas en psicoterapia integrativa descritas a continuación:

- Encuadre: se trata del rol del terapeuta, los factores témpora-espaciales; técnicos, horarios, interrupciones y debe contemplar estímulos de bienestar y beneficios para una armonización del sistema nervioso.
- Explicitación del motivo de consulta: Se le ayuda al paciente a identificar sus inquietudes, preocupaciones, sufrimientos y expectativas.
- Acuerdo de labor terapéutica conjunta: para lograr objetivos terapéuticos comunes, ayudándole al paciente a profundizar su autoconocimiento para modificar los factores estresantes productores de alteraciones biopsicosociales y potenciar recursos protectores proveedores de bienestar.
- Fase Didáctica: que posibilite al paciente a comprender su sintomatología desde una comprensión integrativa y discernir las estrategias terapéuticas desde esta visión. En el área biológica y ecológica, en el área cognitivo y psico-social.
- Fase Diagnóstica: implica factores de protección y recursos del sujeto, detección de factores de riesgo y protección, mecanismos defensivos nocivos o saludables anteriores y actuales, conscientes e inconscientes para una comprensión total de la vida del paciente.

Fase de Tratamiento:

Existen fases en la psicoterapia integrativa, las cuales son:

- Análisis del funcionamiento psicofísico del sujeto: Se toma en cuenta la historia, experiencias tempranas que generan vulnerabilidades; así como creencias, sensaciones y conductas y se abordan mediante libre asociación y expresión del paciente.

- Establecimiento de una comunicación interdisciplinaria: Se debe restaurar al paciente en su unidad las veces necesarias.

- Trabajo sobre la experiencia correctiva multidimensional: Actuar sobre procesos transferenciales o experiencias del paciente, y posibilitar nuevos anclajes en la vida cotidiana del paciente.

-Integración de estrategias y técnicas: Se indican aspectos como la evaluación diagnóstica multidimensional en la terapia la preparación del terapeuta, técnicas complementarias como visualización, psicodrama y técnicas cognitivas.

- Recursos protectores: Es importante reforzar el trabajo preventivo, la capacidad de enfrentar la adversidad y salir fortalecido de los problemas.

- Psicoeducación: Esta se ha definido como el conjunto de medidas dirigidas a que el paciente y sus familiares comprendan las causas y características de la enfermedad, conozcan las opciones de tratamiento y los posibles efectos secundarios de los medicamentos antidepresivos y aprendan estrategias de afrontamiento ante los síntomas. La psicoeducación puede apoyarse con material audiovisual, folletos, libros o la visita a páginas de internet de centros especializados. La participación de los maestros como fuentes de información sobre la gravedad de los síntomas y la repercusión de la enfermedad en el funcionamiento escolar de los pacientes es fundamental.(Dubourdieu, 2008)

Es importante el seguimiento de los pacientes para evitar las recaídas y complicaciones como la conducta suicida.

Es necesario recalcar, que a pesar de que se realizó la planificación de la terapia integrativa para los adolescentes que fueron internados por intoxicaciones con sustancias psicotrópicas e intentos autolíticos, esta no fue posible llevarla a cabo debido a que en el Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”, era necesaria la presencia de un psicólogo clínico en nuestro proceso y los horarios en los cuales se debía llevar a

cabo la terapia no eran posibles en los casos de algunos pacientes, por lo tanto se ha dejado planteado el plan de intervención terapéutica grupal con el fin de que en algún momento en que sea posible se lo pueda realizar para que así luego de que los pacientes finalicen su proceso de internamiento en el hospital, puedan tener un tipo de seguimiento a largo plazo para que a pesar de tener dificultades ellos aprendan a enfrentarlas de una manera madura y positiva y que así tengan una mejor calidad de vida.

4.1Plan de intervención psicoterapéutica grupal con adolescentes de 12 a 17 años hospitalizados por intoxicación de sustancias psicotrópicas e intentos autolíticos en el Hospital Regional "Vicente Corral Moscoso"

Objetivos:

1) Objetivo general:

- Mejorar la sintomatología presente y cooperar a la mejoría de los demás.
- Lograr manejos familiares adecuados.

2) Objetivos específicos:

- Aprender a identificar sus problemas y como enfrentarlos
- Mejorar el autocontrol
- Conocer necesidades psicológicas de la etapa
- Superar manejos familiares inadecuados, mejorando la comunicación familiar e interpersonal.

Características del grupo: (metodología)

- Los pacientes deben tener de 12 a 17 años, será un grupo abierto, mixto, con duración de 4 meses aproximadamente. La frecuencia será cada 7 días los días viernes con una duración de 1 a 2 horas y un total de 12 sesiones.
- Se seleccionaran pacientes que hayan estado hospitalizados debido a intentos autolíticos e intoxicaciones por sustancias psicotrópicas y que sean voluntarios.
- Se establecerán normas del grupo en las primeras sesiones, resaltando la asistencia puntual y regular al tratamiento.
- Se resaltará la importancia de la participación activa en las sesiones exponiendo experiencias y opiniones que podrán contribuir a la mejora colectiva y así ir aprendiendo a encontrar soluciones que utilizarán al enfrentar sus propios problemas.
- Se establecerán compromisos de asistencia para lograr el enganche grupal.

Instrumentos:

- Videos, Papeles, Pinturas, Marcadores, Esferos

Técnicas terapéuticas:

- Arterapia
- Dinámicas grupales e individuales
- Juegos
- Reflexiones (videos o lecturas)
- Técnica de resolución de problemas
- Técnicas de relajación
- Apoyo emocional

- Confrontación
- Psicoeducación
- Juego de roles
- Técnicas participativas

Planificación:

Se elegirá un grupo mixto, es decir de hombres y mujeres.

Secuencia del tratamiento (Fernández Álvarez, 2009)

- **Sesión1:** Presentación
- **Sesión 2- 10:** desarrollo
- **Sesión 11:** recapitulación
- **Sesión 12:** evaluación final. (Estructura tomada de la fundación AIGLE)

Es importante trabajar el sentido de autocontrol y responsabilidad, ayudando a los participantes a adquirir mayor control interno y a compartir estrategias para controlar conductas y emociones.

Al finalizar es importante consolidar los cambios obtenidos para ayudar a los participantes a manejar y expresar sus sentimientos con la presencia de sus familias.

TERAPIA GRUPAL PADRES:

Terapia de grupo abierto para padres de adolescentes ingresados en el Hospital Regional "Vicente Corral Moscoso".

Criterios de inclusión:

- Padres o representantes responsables de los adolescentes

- La participación voluntaria.

- Compromiso de asistir con responsabilidad.

Objetivos:

1) Objetivo general:

- Lograr una relación familiar adecuada, aportando pautas de crianza que permitan mediar entre los padres y los conflictos entre los adolescentes.

2) Objetivos específicos:

- Educar a los padres sobre la etapa de cambios en el adolescente
- Superar manejos familiares inadecuados, mejorando la comunicación familiar e interpersonal.
- Destacar problemáticas similares participando y aportando ideas.

Características del grupo: (metodología)

- Los participantes serán los padres de familia o responsables a cargo de los adolescentes. La frecuencia será cada 15 días los viernes con una duración de 1 a 2 horas, con un total de 12 sesiones.
- Se seleccionarán a los representantes de los adolescentes hospitalizados debido a intentos autolíticos e intoxicaciones por sustancias psicotrópicas y que sean voluntarios.
- Se establecerán normas del grupo en las primeras sesiones, resaltando la asistencia puntual y regular al tratamiento.
- Se rescatará la importancia de la participación activa en las sesiones exponiendo experiencias y opiniones que podrán contribuir a la mejora colectiva y así ir

aprendiendo a encontrar soluciones que utilizarán al enfrentar sus propios problemas.

- Se establecerán compromisos de asistencia para lograr el enganche grupal.

Instrumentos:

- Videos (Proyector, Computadora)
- Papel (Revistas, papel periódico)
- Pinturas
- Marcadores
- Esferos

Técnicas terapéuticas:

- Psicoeducación
- Rol Playing
- Arterapia
- Dinámicas grupales e individuales
- Juegos
- Reflexiones (videos o lecturas)
- Técnica de resolución de problemas
- Técnicas de relajación progresiva
- Apoyo emocional
- Confrontación
- Juego de roles
- Técnicas participativas.

BIBLIOGRAFÍA

(s.f.).

Aguirre, A. (2006). *Psicología de la adolescencia.* España: Marcombo.

Aguirre, Á. (2006). *Psicología de la adolescencia.* España: Macombo.

ARDILLA, L. M. (2007). *Adolescencia, desarrollo emocional* (Vol. 3era Edición). Colombia: ECOE.

Association, A. P. (2013). *DSM V.* Fifth edition.

Camejo Lluch, R. (2009). *La adolescencia y sus etapas.* Argentina: El Cid Editor.

Canales, G. (2012). Adolescente, Factores de Riesgo, Drogas. *CUIDARTE*.

Carlos G. Redondo, G. G. (2008). *Atención al adolescente.* España: Universidad de Cantabria.

COLEMAN, L. H. (2003). *Psicología de la adolescencia.* Madrid: COLEMAN,(2003),L.B. Hendry, Psicología de EDICIONES MORATA, SL.

-COLEMAN, L. H. (2003). *Psicología de la adolescencia* (Vol. Cuarta edición.). Madrid, España: MORATA,SL.

Delpino.G. Antonieta, M. (25 de Octubre de 2002). *Liga española de la educación.* Obtenido de http://www.ligaeducacion.org/documentos/investigaciones/conflictos-en-la-adolescencia.pdf

Delval, J. (2008). *Desarrollo Humano.* España: Siglo XXI .

Dubourdieu, M. (2008). *Psicoterapia integrativa.* Francia.

Duque.H., V. P. (2007). *"Conozca sus emociones y sentimientos".* Bogotá- Colombia: Imprenta Sociedad de San Pablos.

Duran, A. (29 de Diciembre de 2004). *Manual Didáctico para la escuela de padres*. Recuperado el 16 de mayo de 2014, de Manual Didáctico para la escuela de padres: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/7DEF9FD2-CC0B-4B2F-86A5-E218D9DD672C/243833/Manualdidacticopadresymadres.pdf

ECU911. (2013). *Datos estadisticos.* Cuenca Ecuador.

Erickson, E. (1965). *Sociedad y Adolescencia.* Argentina: siglo XXI editores.

Erickson, E. (1968). *Identidad, juventud y crisis.* Buenos Aires: Paidos.

Fowloer. (2001). *"Psicología de la adolescencia".* Buenos Aires: Fapelusz, Moreno 372.

Freud, S. (2001). *Tres ensayos para una teoría sexual: Las metamorfosis de la pubertad.* México: Amorrotu.

Freud, S. (2006). *Sexo y Arte.* México: Instituto Politecnico Nacional.

Galimberti, U. (2002). *Diccionario de Psicología.* España: Siglo XXI editores, S.A.

García Barthe, M. S. (2010). *Adolescencia y pubertad: problemática actual.* Argentina: MV Ediciones S.R.L.

Grease, C. (2001). *Desarrollo Psicológico.* México: PEARSON EDUCACIÓN.

Guevara, T. C. (2000). *Psicología Evolutiva.* Cuenca: Rocafuerte.

Gutierrez, D. (2000). *El Adolescente.* México: McGraw-Hill Interamericana EDITORES.

Herrera, P. (24 de Marzo de 1999). *Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente*. Recuperado el 27 de Febrero de 2014, de Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75311999000100006&script=sci_arttext

Hubble, M. (2000). *El paciente como curador de sí mismo.*Washington: DC: APA.

Keegan, E. (2008). *Escritos de psicoterapia cognitiva.* Argentina: Eudeba .

Larraguibel, M. (16 de Abril de 2000). *Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes*. Recuperado el 15 de Mayo de 2014, de Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci_arttext

Linn, R. (2004). *Adolescencia.* España.

Lomas, P. (2000). *Psicoterapia integrativa.* México.

Martinez, J. (2007). *La Adolescencia: Una etapa en la historia natural del hombre.* España: EDICEP.

Moreno, A. (2007). *La Adolescencia.* España: UOC.

OMS. (2011). *Articulo.tv*. Recuperado el 24 de abril de 2014, de http://www.articulo.tv/La-adolescencia_3670

Opazo, R. (2001). *Historia del modelo integrativo.* Chile.

Papalia, D. E. (2009). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia.* México: Mc Graw Hill.

Páramo, M. (13 de Julio de 2011). *Scielo*. Recuperado el 26 de Julio de 2014, de Scielo: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100009&script=sci_arttext

Payá, B. (20 de Julio de 2009). *Fundación de investigaciones sociales, alcohol-informate*. Recuperado el 30 de Julio de 2014, de Fundación de investigaciones sociales, alcohol-informate: http://www.fisac.org.mx/investigaciones.cfm?catID=1&id=297

Piaget, J. (2008). *Desarrollo cognoscitivo*. Obtenido de http://desarrollocognitivo-enfoquepiaget.blogspot.com/2008/09/piaget-y-el-pensamiento-operacional.html

Piñana, A. (29 de enero de 2013). *7 Días Médicos*. Recuperado el 30 de julio de 2014, de 7 Días Médicos: http://www.sietediasmedicos.com/literatura-medica/psiquiatria/item/276-adolescentes-en-urgencias-por-intoxicacion-etilica#.U9l-_Rx5PkU

Pita, S. (19 de Octubre de 2002). *Determinación de Factores de Riesgo*. Recuperado el 26 de abril de 2014, de Determinación de Factores de Riesgo: https://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo2.pdf

Powell, M. (2003). *La psicología de la adolescencia.* Madrid: Héroes S.A.

Reátiga de Piedrahita, M. E. (2013). *Ser adolescente hoy en Colombia: algunas reflexiones y apuntes desde la perspectiva psicodinámica.* Colombia: Universidad del Norte.

Rodríguez B., M. E. (2009). *El pensamiento lógico matemático desde la perspectiva de Piaget.* Argentina: El Cid Editor | apuntes .

Roig, A. V. (2012). *Como afrontar tiempos difíciles y salir reforzado con sus oportunidades.* España: PROFIT.

Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo.* España: S.A. MCGRAW-HILL.

Universo, E. (18 de Julio de 2011). *Dirección Nacional de la Policía Judicial*. Recuperado el 17 de Marzo de 2014, de Dirección Nacional de la Policía Judicial: http://www.eluniverso.com/2011/07/18/1/1422/cifras-pais-revelan-suicidios-aumentaron-primer-trimestre.html

Vega, M. (2010). *Guía de atención primaria en salud mental.* Cuenca: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

ANEXOS.

ANEXO 1.

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLOGICA

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACION PSICOLOGICA

Datos informativos:

Nombre: Sexo:

Edad: Estado Civil: Religión:

Instrucción: **Colegio**:

Ocupación: Residencia:

Fecha de Nacimiento: N. teléfono/cel.:

Vive con: **Cuenta con servicios básicos:**

Casa Propia o Arrendada:

Fuente de información y confidencialidad:

Directa/ Indirecta Confiable

Tipo de consulta:

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta privada	
Otros? Cual?			

Demanda:

		Origen	
Paciente		Familiar (S)	
Profesional		Investigativo	

Motivo de Consulta:

Enfermedad Actual:

Antecedentes patológicos personales:

Antecedentes Patológicos Familiares:

Condición Socio económica:

Biografía psicológica personal y familiar: (genograma)

Embarazo y Parto:

Desarrollo psicomotor:

Núcleo familiar:

Infancia:

Adolescencia:

Edad Adulta:

Vida Sexual:

Vida Conyugal:

Vida Laboral:

Vida social:

Personalidad Pre mórbida:

Examen Mental:

Apariencia general y conducta:

Funciones del Sensorio:

Lenguaje y Pensamiento:

Afectividad:

Reactivos Aplicados:

- Encuesta para factores de riesgo

-Test de ansiedad de Hamilton

- inventario de depresión de Beck

-ISO 30

-Apgar familiar

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: Sintomatología

EJE II: Trastorno de Personalidad

EJE III: Problemas de salud

EJE IV: Problemas familiares

EJE V: Puntaje

Pronóstico:

Plan de Tratamiento:

ANEXO 2.

ENCUESTA

Consentimiento informado

Encuesta realizada para adolescentes hospitalizados por intoxicaciones por sustancias o intentos autolíticos, en el área de Pediatría del Hospital Regional "Vicente Corral Moscoso"

 # De formulario ____

Usted, está invitado a participar en un estudio de investigación, diseñado con el fin de obtener información científica que puede ayudar a personas, instituciones o comunidades en el futuro. El proceso será el siguiente: llenado el formulario mediante preguntas y la valoración psicológica por medio de entrevistas y test. La participación es voluntaria. Este estudio no involucrara ningún riesgo físico para usted o su familia. La información que usted nos dé es absolutamente confidencial. Asumimos este compromiso e implementaremos todos los cuidados necesarios. No incluiremos ninguna información que haga posible la identificación de las personas o de la institución, en publicaciones o reportes posteriores. No hay costos para ninguna persona ni parala institución por tomar parte de la investigación, ni tampoco se le pagará algún dinero por la participación. Por favor, tómese su tiempo para decidir y pida al personal del estudio explicación sobre cualquier palabra o información que no comprenda.

Declaración del consentimiento:

He leído y he tenido la posibilidad de hacer preguntas sobre el estudio, estas preguntas fueron contestadas y estoy de acuerdo con las respuestas. Voluntariamente acepto participar de este estudio y entiendo que cualquier persona que participa tiene derecho a retirarse en cualquier momento sin que esto signifique perjuicio para mí o para la institución. Firmado este consentimiento no delego ningún derecho legal que me pertenezca.

_____ _____

Nombre representante legal

1) Hablando de las drogas en general, en qué medida crees que son peligrosas?

Nada peligrosas __Poco peligrosas __ Muy peligrosas ___No sabe / no responde ___

2) A qué edad iniciaste este consumo? Escribe la edad en años?

_____

3) Alguna vez has sentido curiosidad de consumir alguna droga ilícita (marihuana, cocaína, inhalantes o éxtasis)

Nunca ____ Una vez ____ Algunas veces ____

4) Tienes amigos que consuman drogas ilícitas?

Ningún amigo consumidor ___ Un amigo consumidor ____ Dos o tres amigos consumidores ____ Varios amigos consumidores ____

5) Consideras que es probable que en el futuro consumas alguna sustancia ilegal?

Si ___ No ___ Tal vez ____

6) ¿Te sientes suficientemente informado sobre las consecuencias de las drogas?

Nada informado ____ Poco informado ____ Bien informado ____

7) ¿Cuándo te estimas y valoras a ti mismo?

Me estimo y valoro bastante ____ Me estimo y valoro regular ___ Me estimo y valoro poco ____ No me estimo nada ____

8) ¿Generalmente a quien acudes cuando tienes un problema personal?

Nadie ____ Mi hermano(a) ____Mi enamorado(a) ____ Mi mama ____ Mi papa ____ Mis padres (papa y mama) ____ Mi amigo (a) ____ Mi profesor ____ Otras personas ____

Especifique

_____

9) ¿Has repetido el año escolar alguna vez?

Si ____ No ____

10) Tu desempeño escolar o académico en tu colegio es?

Muy bueno ____ Bueno ____ Regular ____ Malo ____ Muy malo ____

11) ¿Cómo percibes tu futuro dentro de 5 o 10 años?

Muy positivo ____ Positivo ____ Regular ____ Malo ____ Muy malo ____

12) ¿Qué nivel de importancia para ti, es el cuidado de tu salud y tu cuerpo?

Nada ____ Poco ____ Bastante _____

13) ¿Con que frecuencia existen discusiones, peleas o violencia en tu hogar?

Siempre ____ Casi siempre ____ A veces ____ Nunca ____

14) Consideras que la relación entre tus padres es:

Muy buena ____Buena ____ Regular ____ Mala ____ Muy mala ____

15) ¿En tu familia existen algunos miembros que consuman algún tipo de droga?

Si ____ No _____

16) En tu opinión ¿Cuáles son las RAZONES PRINCIPALES para que una persona consuma drogas? (Señale las que considere importantes)

Para olvidar los problemas o preocupaciones ____ Curiosidad de probar la sustancia ____ Para sentirte bien y más fuerte ____ Para sentirte más adulto, valiente o fuerte ____ Para experimentar otras sensaciones ____ Por falta de orientación ____ Por placer ____ No tiene personalidad ____ Para divertirse y alegrarse ____ Para evitar la soledad ____ Tiene amigos que consumen ____ Presión o influencia de los amigos ____ Abandono de los padres ____ Falta de cariño y apoyo de los padres ____ Problemas en el hogar ____ Problemas económicos _____ Otras razones ____

17) ¿Has recibido o participado en alguna actividad preventiva relacionada a las drogas en tu comunidad?

Nunca ____ Una vez ____ Algunas veces ____ Muchas veces _____

18) Has intentado hacerte daño en algún momento de tu vida?

Si ____ No _____

19) Has intentado suicidarte alguna vez?

Si____ No _____

20) Has pensado en suicidarte?

Si ____ No ____

21) Te han tenido que atender u hospitalizar por un intento de suicidio?

Si ____ No ____

22) Alguno de tus familiares ha intentado matarse o se ha suicidado?

Si ____ No _____

Especifique

_____

23) Algún familiar o amigo(a) tuyo ha muerto recientemente por suicidio?

Si ____ No ____

24) Tus padres se separaron o divorciaron?

Si ____ No _____

25) En algún momento de tu vida sufriste abuso sexual?

Si ____ No _____

26) Asistes a alguna terapia psicológica?

Si _____ No _____

27) Piensas que merecerías morir?

Nunca ____ A veces _____ Siempre _____

28) Tienes la sensación de que las cosas están mal y seguirán siempre así?

Nunca ____ A veces _____ Siempre

29) Te sientes muy angustiado por no ser como quisieras?

Nunca _____ A veces _____ Con frecuencia _____ Siempre ____

30) Perdiste recientemente a alguien que querías?

Si ____ No ____

Especifique

_____

31) ¿Te sientes presionado o con demasiadas responsabilidades?

Nunca ____ A veces ____ Siempre ____

32) ¿Constantemente fracasa en los estudios?

Si ____ No ____

ANEXO 3.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre Fecha

Unidad/Centro Nº Historia

Se trata de una escala administrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Instrucciones para el profesional

- Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia.
- Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía.
- Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD

- Ausente
- Leve
- Moderado
- Grave

- Muy grave.

1. Estado de ánimo ansioso: Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (Anticipación temerosa), irritabilidad

2. Tensión: Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.

3. Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.

4. Insomnio: Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.

5. Intelectual (cognitivo): Dificultad para concentrarse, mala memoria.

6. Estado de ánimo deprimido: Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.

7. Síntomas somáticos generales (musculares): Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.

8. Síntomas somáticos generales (sensoriales): Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.

9. Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.

10. Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.

11. Síntomas gastrointestinales: Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.

12. Síntomas genitourinarios: Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.

13. Síntomas autónomos: Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pelos de punta.

14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico): Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

ANEXO 4.

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe 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, (se puntuará 0-1-2-3).

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 autocritico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9)

No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10)

No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11)

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12)

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13)

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14)

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15)

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16)

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17)

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18)

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19)

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

20)

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21)

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ANEXO 5.

Escala ISO - 30: (Adaptación Facultad de Psicología-U.B.A)

Instrucciones: El propósito de este cuestionario es poder tener una idea aproximada de como ves ciertas áreas importantes de tu vida. Trata de contestar con la mayor sinceridad, pensando en cómo te sentiste estos últimos meses. Ahora lee cuidadosamente cada frase y contesta con sinceridad. Usa una birome o lápiz para circular la respuesta original o circula la nueva respuesta, por ejemplo: 0 1 2 3. Si decides cambiar una respuesta, tacha con una cruz la respuesta original y circula nuevas respuestas, por ejemplo: 0 1 2 3.

Las opciones de estas respuestas son:

0 totalmente en desacuerdo 1: en parte en desacuerdo

2: en parte de acuerdo 3: totalmente de acuerdo

1)	0	1	2	3	Yo debo ser un soñador/a, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan
2)	0	1	2	3	Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro.
3)	0	1	2	3	Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán.
4)	0	1	2	3	Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí.
5)	0	1	2	3	Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto.
6)	0	1	2	3	Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.
7)	0	1	2	3	Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.
8)	0	1	2	3	Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo.
9)	0	1	2	3	Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.
10)	0	1	2	3	Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida.
11)	0	1	2	3	Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.
12)	0	1	2	3	Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.
13)	0	1	2	3	Aún cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.
14)	0	1	2	3	Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.
15)	0	1	2	3	Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución. Ideac suicida.
16	0	1	2	3	Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.
17	0	1	2	3	Aún cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.
18	0	1	2	3	Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos
19	0	1	2	3	Siento como que no pertenezco a ningún lado.
20	0	1	2	3	Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.
21	0	1	2	3	Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad.
22	0	1	2	3	Siento que tengo control sobre mi vida.
23	0	1	2	3	Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.
24	0	1	2	3	Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.
25	0	1	2	3	Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirse.
26	0	1	2	3	Nadie me amaría si realmente me conociese bien.
27	0	1	2	3	Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.
28	0	1	2	3	Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).
29	0	1	2	3	Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar
30	0	1	2	3	Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría

Nombre:……Adolescentes:……

Colegio/ Facultad: ……..Año que cursa:…….

Lugar donde vive:……..Ocupación:…….

Nombre: _____ Fecha: _____

2	3	Sub –escalas							Totales
		Ideación Suicida	5	10	15	20	25	30	
		Baja Autoestima	1	6	*11	16	21	26	
		Desesperanza	*2	*7	12	*17	*22	*27	
		Incapacidad de Afrontamiento	*3	8	*13	18	23	*28	
		Soledad, Abatimiento , Deterioro. V.S	*4	9	*14	19	24	29	

Puntaje Bruto: ☐

ÍtemsCríticos_____ (se consideran aquí solo aquellos que puntuaron 2 o 3)

Riesgo:_____(bajo- moderado-alto)

En las columnas de la izquierda (indicadas con puntaje 2 y 3) deben indicarse los ítems correspondientes a cada subescala que puntuaron 2 o 3.

ANEXO 6.

APGAR FAMILIAR

NOMBRE:

FECHA:

FUNCION	NUNCA (0)	CASI NUNCA(1)	ALGUNAS VECES (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones con rabia tristeza amor					
Me satisface como compartimos en familia el tiempo para estar juntos, los espacios e la casa o el dinero.					

FUNCION	PUNTAJE
BUENA FUNCION FAMILIAR	18 – 20
DISFUNCION FAMILIAR LEVE	14-17
DISFUNCION FAMILIAR MODERADA	10-13
DISFUNCIO FAMILIAR SEVERA	9 o menos

ANEXO 7.

Corporació Sanitària CLÍNIC

CLÍNIC BARCELONA Hospital Universitari

C.B.C.
4-5; 6-11; 12-16

SUBDIVISIÓ DE PSIQUIATRIA
(PSIQUIATRIA INFANTIL I JUVENIL)

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO: _____ FECHA _____

A continuación encontrará una serie de frases que describen algunos comportamientos y problemas de los niños y de los adolescentes. Léalas pensando si esa manera de comportarse es la que ha tenido su hijo (o hija) **durante los últimos 6 meses.**

Haga una señal en la casilla (□) correspondiente a "NO NUNCA", "ALGUNAS VECES" o "MUCHAS VECES" de acuerdo con lo que usted cree que le sucede a su hijo.

No deje ninguna cuestión por contestar.

UNIVERSIDAD DE
FACULTAD DE
FILOSOFIA
SECRETARIA

Versión original castellana (1981) del C.B.C. de T.N. Achenbach (Universidad de Vermont), adaptada para uso experimental por J. TORO.

	NO NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES
1. Se comporta como si fuera más pequeño	☐	☐	☐ 1
2. Es alérgico. (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 2
3. Discute mucho.	☐	☐	☐ 3
4. Tiene asma.	☐	☐	☐ 4
5. Actúa como si fuera del sexo opuesto	☐	☐	☐ 5
6. Se hace sus necesidades ("caca") encima.	☐	☐	☐ 6
7. Es presumido y fanfarrón.	☐	☐	☐ 7
8. No puede concentrarse ni prestar atención durante mucho rato.	☐	☐	☐ 8
9. No puede apartar de su cabeza ciertos pensamientos u obsesiones. (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 9
10. No puede sentarse quieto ni estar tranquilo; siempre está moviéndose.	☐	☐	☐ 10
11. Es demasiado dependiente de los adultos.	☐	☐	☐ 11
12. Se queja de que se siente solo	☐	☐	☐ 12
13. Se aturde, se desconcierta	☐	☐	☐ 13
14. Llora mucho	☐	☐	☐ 14
15. Es cruel con los animales	☐	☐	☐ 15
16. Es abusón, cruel o desconsiderado con los demás	☐	☐	☐ 16
17. Sueña despierto o se queda distraido con sus pensamientos	☐	☐	☐ 17
18. Se hace daño expresamente o ha intentado suicidarse.	☐	☐	☐ 18
19. Exige que estén muy pendientes de él	☐	☐	☐ 19
20. Destroza sus cosas	☐	☐	☐ 20
21. Destroza cosas de otros niños o de familiares	☐	☐	☐ 21
22. Es desobediente en casa	☐	☐	☐ 22
23. Es desobediente en el colegio	☐	☐	☐ 23
24. No come bien	☐	☐	☐ 24
25. No se lleva bien con los otros niños	☐	☐	☐ 25
26. No parece sentirse culpable después de portarse mal	☐	☐	☐ 26
27. Tiene celos con facilidad	☐	☐	☐ 27
28. Come o bebe cosas que no son alimentos (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 28
29. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares (que no son el colegio) (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 29
30. Tiene miedo a ir al colegio	☐	☐	☐ 30
31. Tiene miedo a pensar algo malo o a hacerlo	☐	☐	☐ 31
32. Cree que tiene que ser perfecto	☐	☐	☐ 32
33. Se queja o piensa que nadie lo quiere	☐	☐	☐ 33
34. Piensa que los demás le quieren hacer daño	☐	☐	☐ 34
35. Cree que es inútil o inferior a los demás	☐	☐	☐ 35
36. Se hace daño o tiene accidentes	☐	☐	☐ 36
37. Se mete en muchas peleas	☐	☐	☐ 37
38. Se burlan de él	☐	☐	☐ 38
39. Tiene malas compañías	☐	☐	☐ 39
40. Oye cosas o a personas que no están presentes. (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 40
41. Es impulsivo, hace las cosas sin pensar	☐	☐	☐ 41
42. Le gusta estar solo	☐	☐	☐ 42
43. Dice mentiras o hace trampas	☐	☐	☐ 43
44. Se muerde las uñas	☐	☐	☐ 44
45. Es nervioso, sensible o tenso	☐	☐	☐ 45
46. Hace movimientos nerviosos o tiene tics. (Explíquelo) _____	☐	☐	☐ 46
47. Tiene pesadillas	☐	☐	☐ 47

FACULTAD DE FILOSOFIA SECCION

	NO NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES
48. No cae bien a otros niños.	☐	☐	☐ 48
49. Tiene estreñimiento	☐	☐	☐ 49
50. Es demasiado miedoso o angustiado	☐	☐	☐ 50
51. Le dan mareos (vértigos)	☐	☐	☐ 51
52. Se siente demasiado culpable	☐	☐	☐ 52
53. Come demasiado	☐	☐	☐ 53
54. Está demasiado cansado	☐	☐	☐ 54
55. Está demasiado gordo	☐	☐	☐ 55
56. Tiene transtornos físicos a los que no se ha encontrado una causa médica:			
a. Dolores o molestias en el cuerpo.	☐	☐	☐ 56a
b. Dolores de cabeza	☐	☐	☐ 56b
c. Náuseas, ganas de vomitar	☐	☐	☐ 56c
d. Problemas en los ojos. (Explíquelos: _____ _____ _____ _____)	☐	☐	☐ 56d
e. Ronchas, sarpullidos u otras alteraciones de la piel.	☐	☐	☐ 56e
f. Dolores de barriga, retortijones.	☐	☐	☐ 56f
g. Vómitos.	☐	☐	☐ 56g
h. Otros trastornos. (Explíquelos: _____ _____ _____ _____)	☐	☐	☐ 56h
57. Ataca físicamente a otras personas	☐	☐	☐ 57
58. Se mete el dedo en la nariz, se pellizca la piel u otas partes del cuerpo. (Explíquelo: _____ _____ _____)	☐	☐	☐ 58
59. Juega con su sexo o lo toca en público	☐	☐	☐ 59
60. Toca o juega demasiado con su sexo	☐	☐	☐ 60
61. Su trabajo escolar es deficiente	☐	☐	☐ 61
62. Se mueve torpemente, con mala coordinación	☐	☐	☐ 62
63. Prefiere jugar con compañeros mayores que él	☐	☐	☐ 63
64. Prefiere jugar con compañeros de menos edad que él	☐	☐	☐ 64
65. No quiere hablar	☐	☐	☐ 65
66. Repite algunos comportamientos una y otra vez	☐	☐	☐ 66
67. Se marcha (se fuga) de casa	☐	☐	☐ 67
68. Grita mucho	☐	☐	☐ 68
69. Es reservado, guarda sus pensamientos para él	☐	☐	☐ 69
70. Cosas que no están presentes. (Explíquelo: _____ _____ _____)	☐	☐	☐ 70
71. Teme hacer el ridículo y se desconcierta fácilmente	☐	☐	☐ 71
72. Enciende fuegos	☐	☐	☐ 72
73. Tiene problemas sexuales (Explíquelos: _____ _____ _____)	☐	☐	☐ 73
74. Le gusta llamar la atención, hace el payaso	☐	☐	☐ 74
75. Es tímido o vergonzoso	☐	☐	☐ 75
76. Duerme menos que la mayoría de los niños	☐	☐	☐ 76
77. Duerme más que la mayoría de los niños, de día o de noche. (Explíquelo: _____ _____ _____)	☐	☐	☐ 77
78. Ensucia o juega con sus excrementos (con la "caca").	☐	☐	☐ 78
79. Tiene problemas de pronunciación o de habla. (Explíquelos: _____ _____ _____)	☐	☐	☐ 79
80. Se queda absorto, mirando al vacío	☐	☐	☐ 80

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE FILOSOFIA

	NO NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES
81. Roba en casa	☐	☐	☐ 81
82. Roba fuera de casa	☐	☐	☐ 82
83. Acumula o almacena cosas que no necesita. (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 83
84. Hace cosas extrañas o raras. (Explíquelas: _____)	☐	☐	☐ 84
85. Tiene ideas extrañas o raras	☐	☐	☐ 85
86. Es tozudo, malhumorado o irritable	☐	☐	☐ 86
87. Su humor o sus sentimientos cambian bruscamente	☐	☐	☐ 87
88. Se enfada o enfurruña fácilmente	☐	☐	☐ 88
89. Es desconfiado	☐	☐	☐ 89
90. Dice palabrotas	☐	☐	☐ 90
91. Dice que se quiere matar	☐	☐	☐ 91
92. Habla o camina cuando está durmiendo. (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 92
93. Habla demasiado	☐	☐	☐ 93
94. Se burla mucho de otros niños	☐	☐	☐ 94
95. Tiene rabietas o mal genio	☐	☐	☐ 95
96. Piensa demasiado en cuestiones sexuales	☐	☐	☐ 96
97. Amenaza a otras personas	☐	☐	☐ 97
98. Se chupa el dedo	☐	☐	☐ 98
99. Se preocupa demasiado por el orden y la limpieza	☐	☐	☐ 99
100. No duerme bién. (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 100
101. Falta a la escuela sin motivo (hace novillos)	☐	☐	☐ 101
102. Es poco activo, se mueve con lentitud o le falta energía	☐	☐	☐ 102
103. Está descontento, triste o deprimido	☐	☐	☐ 103
104. Hace demasiado ruido. Escandaloso	☐	☐	☐ 104
105. Bebe alcohol o toma drogas. (Explíquelo: _____)	☐	☐	☐ 105
106. Actúa vandálicamente, hace el gamberro	☐	☐	☐ 106
107. Se orina encima durante el día	☐	☐	☐ 107
108. Se orina en la cama	☐	☐	☐ 108
109. Se queja de todo	☐	☐	☐ 109
110. Le gustaría ser del otro sexo.	☐	☐	☐ 110
111. Es retraído, se relaciona poco con los demás	☐	☐	☐ 111
112. Está preocupado por las cosas	☐	☐	☐ 112

113. Por favor, a continuación escriba cualquier otro problema o trastorno de su hijo que no haya aparecido en la lista anterior:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

* ASEGURESE DE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS CUESTIONES.
* POR FIN, **SUBRAYE** AQUELLAS QUE A USTED MAS LE PREOCUPAN.

FACULTAD DE FILOSOFIA SECRETARIA

ANEXO 8.

Factores Familiares de los adolescentes del grupo de estudio y del grupo control.

	Casos	Controles	Total	IC95%
Apgar				
Buena función familiar	12	20	32 (44,4)	33,5 – 55,9
Disfunción familiar leve	8	9	17 (23,6)	15,3 – 34,6
Disfunción familiar moderada	12	3	15 (20,8)	13,0 – 31,5
Disfunción familiar severa	8	-	8 (11,1)	5,7 – 20,4
Relación con los padres				
Muy buena	6	19	25 (34,7)	24,7 – 46,2
Buena	19	5	24 (33,3)	23,5 – 44,8
Regular	7	3	10 (13,8)	7,7 – 23,7
Mala	5	2	7 (9,7)	4,7 – 18,7
Muy mala	3	3	6 (8,3)	3,8 – 17,0
Frecuencia discusiones en hogar				
Siempre	2	1	3 (4,1)	1,4 – 11,5
Casi siempre	5	-	5 (6,9)	3,0 – 15,2
A veces	25	13	38 (52,7)	41,4 – 63,8
Nunca	8	18	26 (36,1)	25,9 – 47,6
Miembros que consuman drogas	12	4	16 (22,2)	14,1 – 33,0
Separación o divorcio de padres	18	13	31 (43,0)	32,2 – 54,4
RP Abandono de padres	18	13	31 (43,0)	32,2 – 54,4
RP Falta de apoyo padres	22	19	41 (56,9)	45.4 – 67,7
RP Problemas en el hogar	22	17	39 (54,1)	42,7 – 65,1

RP: razones principales por las cuales un adolescente consume sustancias

ANEXO 9

Factores Sociales de los adolescentes del grupo control y del grupo de estudio

	G. Estudio	G. Control	Total	IC95%
Amigos consumidores				
Ninguno	20	26	46 (63,9)	52,3 – 74,0
Uno	6	4	10 (13,8)	7,7 – 23,7
Dos o tres	4	2	6 (8,3)	3,8 – 17,0
Varios	10	-	10 (13,8)	7,7 – 23,7
Informado sobre las drogas				
Nada	3	-	3 (4,2)	1,4 – 11,5
Poco	16	9	25 (34,7)	24,7 – 46,2
Bien	21	23	44 (61,1)	49,5 – 71,5
A quien acude en problemas				

Familia	17	27	44 (61,1)	49,5 – 71,5
Amigos/enamorad@	9	1	10 (13,9)	7,7 – 23,7
Nadie	8	2	10 (10,3)	7,7 – 23,7
Otros	6	2	8 (11,1)	5,7 – 24,0
Participación en actividad preventiva				
Nunca	23	25	48 (66,7)	55,1 – 76,4
Una vez	6	3	9 (12,5)	6,7 – 22,0
Algunas	10	2	12 (16,7)	9,8 – 26,9
Muchas	1	2	3 (4,1)	1,4 – 11,5
Suicidio de familiar o amigo	16	4	20 (27,7)	18,7 – 39,0
Presionado con responsabilidades				
Nunca	18	12	30 (41,7)	30,9 – 53,1
A veces	21	16	37 (51,4)	40,0 – 62,5
Siempre	1	4	5 (6,9)	3,0 – 15,2
Fracaso escolar	12	8	20 (27,7)	18,7 – 39,0
PR Presión e influencia de amigos	13	15	28 (38,9)	28,4 – 50,4

ANEXO 10.

ANEXO 11.

ANEXO 12.

ANEXO 13.

ANEXO 14.

ANEXO 15.