



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Escuela de Psicología Clínica.

TEMA:

“Riesgo suicida en adolescentes varones con y sin trastornos de consumo de sustancias psicoactivas,
entre los 14 y 17 años”

*Tesis previa a la obtención del título
de Psicólogo Clínico.*

AUTORES: Elvis Danilo Arévalo Cordero

Ximena Elizabeth Palomeque Palomeque

DIRECTORA: PhD. Yolanda Dávila Pontón

CUENCA - ECUADOR

2015

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mis padres por su apoyo, motivación y comprensión en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Se la dedico a mí poder superior, quien supo guiarme por el buen camino, dándome fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante las adversidades.

Danilo Arévalo.

DEDICATORIA

La presente tesis, la dedico a Dios, por haberme otorgado la salud y la vida, permitiéndome culminar con éxito mis estudios; a mis padres que a pesar de la distancia, me motivaron a seguir adelante siempre; a Narcisa y Juan, quienes me brindaron su apoyo incondicional en todo momento a lo largo de mi carrera, ayudándome y acompañándome en momentos alegres y más aún en tiempos difíciles, por lo cual les estaré eternamente agradecida y finalmente, la dedico en especial a mi hijo Adrián, quien con su gran amor, me acompaña siempre, siendo mi inspiración y motivación para alcanzar las metas y no renunciar jamás a mis sueños.

Elizabeth Palomeque.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestra directora de tesis, PhD Yolanda Dávila, por brindarnos su apoyo incondicional durante el proceso de esta investigación. Además agradecemos a la Unidad Educativa Fiscal Mixta “Central La Inmaculada” y a la Comunidad Terapéutica “Hogar Crecer”; por abrirnos las puertas y darnos la oportunidad de realizar nuestro estudio

.

Los Autores.

Índice de Contenido

Dedicatoria de Danilo Arévalo	I
Dedicatoria de Elizabeth Palomeque	II
Agradecimientos	III
Índice de Contenido.....	1
Índice de Tablas y Figuras.....	3
Resumen	4
Abstract.....	5
Introducción.....	6
 CAPÍTULO 1	 8
1.1. Pubertad y Adolescencia: Conceptos Generales.....	8
1.1.1. Adolescencia.	8
1.1.2. Pubertad.....	10
1.1.3 Teorías sobre la adolescencia.....	11
1.2. Desarrollo Biopsicosocial en la Adolescencia.....	12
1.2.1. Cambios biológicos.....	12
1.2.2. Cambios psicosociales.....	14
1.3. Cambios Cognitivos y sus Efectos.....	16
1.3.1. Estadio de las operaciones formales.....	16
1.3.2. Factores de riesgo en la adolescencia.....	17
 CAPÍTULO 2	 20
2.1. Riesgo Suicida: Conceptos Generales	20
2.2. Riesgo Suicida en Adolescentes	21
2.3. Evaluación del Riesgo Suicida	23
2.3.1. Factores demográfico-sociales del riesgo suicida.	25
2.3.2. Factores psicológicos y psiquiátricos del riesgo suicida.	26
 CAPÍTULO 3	 28
3.1. Sustancias Psicoactivas: Definición.....	28
3.2. Adolescencia y Trastornos por Consumo de Sustancias	29
3.3. Adolescentes en Proceso de Rehabilitación por Consumo de SPA.....	31

CAPÍTULO 4.....	33
4.1. Rasgos de Personalidad: Generalidades	33
4.1.1. Tipos de personalidad.....	34
4.2. Rasgos de Personalidad que Predominan en Adolescentes con Riesgo Suicida	35
4.3. Depresión y Riesgo Suicida	38
4.3.1. Depresión.	38
4.3.2. Depresión asociada al riesgo suicida.....	41
CAPÍTULO 5.....	44
5.1. Tipo de Estudio	44
5.2. Área de Estudio.....	44
5.3. Muestra	44
5.3.1. Criterios de inclusión para los casos	45
5.3.2. Criterios de exclusión para los casos.....	45
5.3.3. Criterios de inclusión para los controles	45
5.3.4. Criterios de exclusión para los controles.....	45
5.4. Técnicas e Instrumentos de Medición.....	47
5.5. Plan de Procesamiento	48
5.6. Análisis de Datos	49
5.7. Resultados.....	50
5.7.1. Resultados del estudio comparativo acerca de los índices del riesgo suicida entre los grupos casos y controles	50
5.7.2. Resultados de los rasgos de personalidad predominantes en ambos grupos.....	51
5.7.3. Relación de riesgo suicida con los rasgos de personalidad de mayor prevalencia en ambos grupos.....	53
5.7.4. Resultados de la escala del episodio depresivo mayor.....	55
5.7.5. Relación de riesgo suicida y depresión, en adolescentes con y sin trastornos de consumo de SPA.	56
5.8. Discusión y Conclusiones	58
5.9. Recomendaciones	60
Referencias	61
Anexos.....	67

Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1. Información sociodemográfica de la muestra.....	46
Tabla 2. Riesgo de suicidio, con y sin consumo de SPA.....	50
Figura 1. Rasgos de personalidad.	51
Tabla 3. Tipos de personalidad.....	52
Figura 2. Rasgos de personalidad de los participantes con riesgo suicida.	53
Tabla 4. Riesgo suicida y rasgos de personalidad evitativa.	54
Figura 3. Índice de depresión mayor.	55
Tabla 5. Riesgo suicida y depresión en relación al consumo de SPA.....	56
Tabla 6. Riesgo suicida y depresión en relación al grupo sin trastornos de consumo.....	56

Resumen

Se realizó un estudio comparativo con estudiantes varones de la Unidad Educativa Fiscal Mixta “Central La Inmaculada” (grupo controles) de la ciudad de Cuenca y los adolescentes internos en la Comunidad Terapéutica “Hogar Crecer” (grupo casos) de la parroquia Checa; en los cuales se identificó altos índices de riesgo suicida en relación a factores asociados como el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), la depresión y rasgos de personalidad, presentes tanto en el grupo de casos, como en el de controles. Los instrumentos utilizados fueron la Mini Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica para Niños y Adolescentes (MINI-KID) y el Cuestionario Internacional de Trastornos de Personalidad (IPDE). Los resultados reflejaron que existe un mayor índice de riesgo suicida y depresión mayor en el grupo casos en comparación con el de controles, no obstante, existe una relación significativa entre el riesgo de suicidio y la depresión mayor, independientemente del consumo de sustancias, por otra parte, observamos que los rasgos de personalidad evitativa y antisocial, se presentan con mayor prevalencia en ambos grupos, sin embargo, en los adolescentes del grupo casos que tienen riesgo suicida, predominan los rasgos de personalidad antisocial, a diferencia del grupo controles con riesgo suicida, en los cuales prevalecen los rasgos de personalidad evitativa y límite con igual frecuencia.

ABSTRACT

A comparative study was performed with male students of "*Central La Inmaculada*" Co-ed Public High School (control group) in the city of Cuenca, and the adolescents in "*Hogar Crecer*" Therapeutic Community (case group) located in Checa parish. High rates of suicide risk were identified in relation to associated factors such as the use of psychoactive substances (PS), depression and personality traits, present both in the case group, as in the control group. The instruments used were the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID), and the International Personality Disorders Examination Questionnaire (IPDE). The results showed that there is a higher rate of suicide risk and major depression in the case group compared to the control group; however, there is a significant relationship between risk of suicide and major depression, regardless of substance consumption. On the other hand, we observed that the features of avoidant and antisocial personality are prevalent in both groups; nevertheless, in the adolescents from the case group who are under risk of suicide, the antisocial personality traits predominate, unlike the control group at risk of suicide, where the avoidant personality traits and limit prevail with the same frequency.


UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
Dpto. Idiomas


Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

Introducción

El presente estudio, hace referencia al riesgo suicida que se presenta en adolescentes varones con y sin trastornos de consumo de SPA, en edades entre los 14 y 17 años; ya que, resulta significativo realizar esta investigación, debido a que estudios como el de Brent, Baugher, Bridge & Chen (1999) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), manifiestan que los adolescentes presentan mayor riesgo de suicidio en comparación con la población en general, siendo más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Por otra parte, intentar predecir, que un adolescente presenta riesgo suicida, es una tarea difícil, debido a que intervienen muchos factores psicológicos, sociales y biológicos, propios de esta edad, sin embargo, se han detectado patrones conductuales que pueden ser indicadores de riesgo suicida, como las manifestaciones depresivas, aspectos sociodemográficos, rasgos de personalidad, impulsividad, consumo de sustancias, entre otros; además de que existen criterios clínicos que nos pueden ayudar a una mejor evaluación diagnóstica y nos permitan una detección temprana de estos casos, con el fin de brindar la atención oportuna (Mansilla, 2012; Córdova, Estrada, & Velázquez, 2013).

Además, estudios realizados como el de Vairo, Ruiz, Blanco, Matusevich & Finkelsztejn, en el 2003, sostienen que los adolescentes que tienen trastornos de consumo de SPA, presentan un mayor índice de riesgo suicida que aquellos adolescentes que no presentan problemas de consumo, lo cual, coincide con las investigaciones de Aristizábal et al. (2012) quienes indican que la ideación suicida y el consumo de SPA, pueden aparecer de forma simultánea.

Al mismo tiempo, en la adolescencia, el trastorno depresivo mayor, es una de las principales categorías diagnósticas encontradas en esta edad, como lo afirman Beck, Rush, Shaw & Emery (2010), estableciendo que en esta etapa se presentan índices más altos de

depresión, a diferencia de otros grupos de edad, lo cual a su vez, juega un papel importante en la conducta suicida (Paveza, Santandera, Carranzaa, & Vera, 2009).

De igual modo, estudios de diversos autores, coinciden que los rasgos de personalidad limítrofe como el antisocial, son predictores de la conducta suicida, cuyo riesgo se incrementa en el caso de personas en estados de crisis o desesperanza (Quintanilla et al., 2004; Casullo & Castro, 2002).

Por esta razón, hemos consideramos de gran importancia, realizar un estudio comparativo, en el cual, se evalúen como aspecto fundamental los índices del riesgo suicida y su relación con factores asociados como el consumo de SPA, la depresivo mayor y los rasgos de personalidad predominantes en los adolescentes; para ello, hemos aplicado los reactivos psicológicos como la MINI-KID y el IPDE a 105 adolescentes varones en edades entre 14 y 17 años de edad, los mismos que fueron divididos en dos grupos; uno de casos, que corresponden a 45 pacientes de la Comunidad Terapéutica “Hogar Crecer” y otro de controles, con 60 estudiantes varones de la Unidad Educativa Fiscal Mixta “Central La Inmaculada”.

Capítulo 1

Adolescencia

En este capítulo abordaremos la adolescencia y pubertad desde un enfoque biológico, además de los principales cambios físicos, hormonales y endócrinos que influyen en el desarrollo psicológico de los individuos, así como también, los principales factores que intervienen en el desarrollo biopsicosocial de los adolescentes y los cambios a nivel cognitivos que intervienen en esta etapa.

1.1. Pubertad y Adolescencia: Conceptos Generales

Los términos adolescencia y pubertad, tienen conceptualizaciones diferentes, las cuales daremos a conocer a continuación, según varios autores, ya que, en términos generales, la pubertad hace referencia a los cambios físicos en el adolescente, los cuales son visibles y se encuentran asociados a factores hormonales y biológicos; a diferencia de la adolescencia, la cual, hace referencia a los cambios que se dan a nivel psicológico, los cuales le permiten al adolescente dirigirse hacia una transformación personal y social, tal como lo afirma la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP, 2011).

1.1.1. Adolescencia.

Etimológicamente, el término adolescencia proviene del verbo latino *adolescere*, que significa crecer o desarrollarse (García & Delval, 2010), es así que, en el 2000, la OMS la definió como la etapa comprendida entre los 10 y 19 años de edad, período en el cual, los adolescentes enfrentan diversos cambios a nivel psicológico, biológico y social, afrontando así, crisis propias de la adolescencia, teniendo que adaptarse en la convivencia

con la sociedad de los adultos; emprendiendo un camino hacia su propia independencia y autonomía.

Por otro lado, Casas & Ceñal (2005) plantean que la adolescencia se divide en tres etapas: temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-21 años), donde el individuo alcanza su desarrollo físico, independencia de los padres, establecimiento de la identidad y el pensamiento abstracto.

Por lo que, se convierte en una etapa de importancia en el crecimiento y desarrollo del ser humano, ya que, el adolescente se encuentra en un estado de formación, en el cual, desarrolla sus capacidades en función de aspectos psicobiológicos y del medio ambiente; de igual manera, tiende a compararse con sus pares, con el fin de configurar una nueva identidad que se manifiesta en su vida cotidiana, adoptando nuevos estilos de conducta a nivel personal, familiar, social y académico (Royo, 2008).

Tradicionalmente, la adolescencia se ha entendido como una etapa de la vida que se caracteriza por aún no ser adulto y haber dejado de ser un niño; empieza con la pubertad y finaliza cuando el individuo adopta roles adultos, siendo una etapa que transcurre entre la madurez biológica y social, cuya conceptualización es universal, debido a que, está presente en todas las sociedades aunque se manifieste cultural y psicológicamente de formas variadas (García & Delval, 2010; Lozano, 2014).

Así mismo, Aguirre (1994) manifiesta que la adolescencia, es un período psicosociológico, ya que, posee características determinadas para cada cultura, por ejemplo, Lozano (2014) señala que en algunas sociedades, la pubertad no clausura la etapa adolescente, mientras que en otras, existen ceremonias ligadas a esta fase que tienen comienzo antes del inicio de la pubertad.

1.1.2. Pubertad.

En el 2011, la SEPEAP define la pubertad como el período de transición entre la infancia y la edad adulta; en el cual, se producen cambios físicos, funcionales, psicológicos y sociales; caracterizados por la aparición y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, finalización del crecimiento y adquisición de la capacidad de reproducción sexual; de modo que, esta etapa es considerada como un conjunto de numerosos cambios anatómicos y fisiológicos, que sin duda, atraen la atención del adolescente a su cuerpo, despertando la interrogante a cerca de su identidad (Lebrón, 2004).

Además de ello, Sepúlveda & Mericq en el 2011, señalan que existen cambios en los mecanismos neuroendócrinos, los cuales dan como resultado diversos cambios hormonales, cuyo papel en esta etapa, es de suma importancia, ya que, los cambios físicos, influyen directamente en la percepción y el desarrollo de la identidad; y por otro lado, las hormonas, sustancias producidas por las glándulas endócrinas, son segregadas al torrente sanguíneo, dando lugar a cambios físicos, tales como: aumento de la proporción corporal, aumento de grasa, aumento de peso, entre otros, mismos que señalaremos más adelante.

La pubertad entonces, hace referencia a todos los cambios físicos que se dan en la adolescencia, según la SEPEAP (2011), factores genéticos y ambientales influyen directamente en la cadena de cambios que se suscitan en la pubertad, de tal modo que, la presentación de una pubertad precoz o tardía puede ser el reflejo de una variación normal de su presentación o un signo alarmante de la presencia de algún tipo de patología, coincidiendo así con las afirmaciones de García & Delval (2010).

. La producción de andrógenos tiene una diferencia significativa entre hombres y mujeres, pues en el caso de los varones, existe un incremento de la testosterona y en las mujeres se incrementa la producción de estrógenos y progesterona; lo cual genera cambios sobre todo a nivel de los órganos sexuales (Lebrón, 2004).

1.1.3 Teorías sobre la adolescencia.

Enfoque biogenético: Stanley Hall. En 1904, Stanley Hall, citado por García & Delval, en el 2010, publicó su obra titulada *Adolescence*, donde explica la teoría psicológica de la recapitulación, manifestando que, la adolescencia es una etapa de turbulencia e ímpetu, donde el individuo sufre crisis tensionales; cuya fase se la consideró como el segundo nacimiento y se caracteriza por la energía, la exaltación, la indiferencia, la vanidad y el egoísmo (Saavedra, 2004).

Teorías psicoanalítica. Freud (1905) considera que la adolescencia es la etapa crucial para la formación de la personalidad a través de la resolución del complejo de Edipo o de Electra. Freud manifiesta que en la adolescencia o fase genital, se produce la fusión de la libido objetal y narcisista. De igual manera, el individuo se enfrenta a una crisis, la cual, es necesaria para la formación del yo y del superyó, es decir, le da la facilidad de alcanzar autonomía y una personalidad independiente (Saavedra, 2004).

Para Ana Freud (1961) en esta fase evolutiva surgen dos mecanismos de defensa, el de intelectualización y el ascetismo, los cuales, hacen que el sujeto minimice la ansiedad, no implicándose en situaciones que les afectan directamente. En la adolescencia se produce un despertar de la sexualidad que provoca en el individuo una nueva búsqueda de objetos amorosos fuera del contexto familiar, lo que lleva a un cambio en las relaciones con los padres (Delval, 2002).

Finalmente, dentro de las aportaciones psicoanalíticas es importante mencionar a Erick Erickson (1972) quien es uno de los precursores de las teorías del ciclo vital; según el autor, el adolescente afrontará una crisis en la etapa de identidad vs confusión de roles, en la cual, el individuo se enfrentará a cambios físicos y nuevas demandas sociales que le harán dudar de quién es él; de igual manera, nos explica que, la identidad del yo abarca una serie de aspiraciones vocacionales, que son construidas en base a las identificaciones

anteriores como padres, educadores, héroes, etc., las cuales deben lograrse antes del matrimonio.

Enfoque sistémico. Para Minuchín (1974) las dificultades transicionales, que atraviesa la familia, dan significativa importancia a la tarea psicosocial de apoyo a cada miembro, el crecimiento familiar influye en el sano desarrollo del ser humano en la etapa de la adolescencia, lo cual, depende de factores tales como: una adecuada interconexión socio afectivo, creación de vínculos, transferencia de valores, creencias, normas, costumbres y habilidades, los cuales en su mayoría, son transferidos de padres a hijos, por lo que, una estructura familiar, con roles bien establecidos, es fundamental para un adecuado desarrollo de los adolescentes, quienes se disponen a poner en práctica lo aprendido en su hogares.

Teoría psicogenética. Jean Piaget & Inhelder (1984), señalan que durante la pubertad el adolescente desarrolla el pensamiento operacional formal, donde el sujeto es capaz de formular hipótesis sobre situaciones concretas, resolver los problemas de manera distinta y más eficaz que los niños de las etapas anteriores, construir sistemas teóricos complejos, lo cual, le permite interpretar adecuadamente la experiencia, mostrar un mayor interés por lo abstracto y analizar las consecuencias de una posición de un determinado momento, siendo el nivel operativo, un elemento importante para alcanzar el desarrollo moral pleno (Delval, 2002; Saavedra, 2004).

1.2. Desarrollo Biopsicosocial en la Adolescencia

1.2.1. Cambios biológicos.

La pubertad es un proceso de maduración que ocurre de manera ordenada y progresiva a nivel físico y sexual (García & Delval, 2010), durante este período, debido a una serie de cambios hormonales, se produce la maduración de los caracteres sexuales

primarios y la aparición de los caracteres sexuales secundarios, el crecimiento corporal y el aumento de peso y masa muscular, cuyo tiempo de inicio varía entre individuos y etnias (Mafla, 2008). Según la SEPEAP (2011) la regulación hormonal del crecimiento y los cambios a nivel corporal, dependen de la liberación de gonadotropinas, leptina, esteroides sexuales y hormonas del crecimiento.

En general, la pubertad en las mujeres, se manifiesta por el crecimiento mamario, aparición del vello púbico, produciéndose luego el estirón puberal; existiendo cambios a nivel de los genitales internos y externos, es así que, la menarquia generalmente se produce 1 año y medio a 2 años después del inicio del desarrollo mamario, siendo el último evento del desarrollo puberal (Mafla, 2008; Sepúlveda & Mericq, 2011).

Por otra parte, en los varones, la primera manifestación inicia con el crecimiento testicular y del escroto, seguidos de la aparición del vello púbico, crecimiento del pene y el estirón puberal con un crecimiento en promedio de unos 10 cm al año en el caso de los varones, en donde, los cambios de voz surgen en la fase avanzada del desarrollo genital y el bigote brota tres años después de iniciada la fase final, sin embargo, alrededor de los 13 años, el adolescente tiene su primera eyaculación, conocida como polución espontánea o espermaquia, generalmente, a través de la masturbación (Mafla, 2008; García & Delval, 2010; Sepúlveda & Mericq, 2011).

Finalmente, Mafla (2008) señala que los cambios físicos y fisiológicos del adolescente, dependen de la producción de hormonas como la folículo estimulante (FSH), que provoca la producción de espermatozoides; la luteinizante (LH) que estimula a las células de los testículos; el estradiol, que acelera el crecimiento de los huesos y la testosterona, que promueve el incremento de la talla, modifica el tono de voz, aumenta el deseo sexual y favorece la producción de grasa en las glándulas sebáceas y del sudor, influyendo notablemente en la aparición de acné, olor corporal y sudoración.

1.2.2. Cambios psicosociales.

Santacruz & De Santacruz (2007) refieren que la adolescencia es un proceso caracterizado por la búsqueda de la identidad, necesidad de intelectualizar y fantasear, cambios en el humor y estado de ánimo, contradicciones de la conducta, evolución del autoerotismo a la heterosexualidad, tendencia grupal y separación paulatina de los padres.

En el 2004, Lebrón afirma que, los cambios que se dan en la adolescencia, producto de la pubertad, producen de hecho cambios dramáticos en la apariencia, la moral, las pasiones y las relaciones, que conlleva un período de inestabilidad y conflicto emocional producido por la maduración biológica; ratificando lo mencionado por Ballano & Arroyo, (2009), quienes afirman que, los cambios biológicos y sociales suscitados en la pubertad, van asociados con cambios psicológicos, que influirán directamente en la manera en que el adolescente forme la imagen del propio cuerpo y del sentimiento de valor personal.

De la misma manera, Rahola et al. (2002) y Lebrón (2004), señalan que los cambios que sufre el individuo, se los conoce como *rupturas*, las cuales, son normales y necesarias, mismas que le ponen en su primer conflicto de superar un sentimiento de duelo, debido que el adolescente empieza a tener una sensación de haber perdido o dejado algo atrás; por lo que, el grupo de pares en esta etapa especialmente, se convierte en un espacio crucial que le permite al adolescente probar una amplia gama de roles, poniendo a prueba sus habilidades, emociones, sentimientos, valores y estilos de vida.

Lebrón (2004) manifiesta que las características que adquiere el cuerpo del adolescente, provocan diferentes reacciones que influyen en la socialización, tal como lo afirma García & Delval, en el 2010, quienes señalaron que, en el adolescente varón por ejemplo, el aspecto físico tiene un impacto crucial en su autoestima, debido a que el aumento de musculatura y fuerza física, alimentan el ideal de belleza y masculinidad.

De tal manera que, una fuente importante de retroalimentación para su auto-evaluación proviene de sus pares, lo cual, genera preocupación por las opiniones de los demás; ya que, las desviaciones de las normas ideales de la apariencia física, pueden afectar la forma en que son tratados por otros adolescentes y cómo ellos se ven a sí mismos, siendo posible que, el adolescente y sus pares se comparen con la noción de imagen corporal y la imagen ideal, a lo cual se suman las evaluaciones adultas y los estándares culturales; por lo que, si los cambios se desvían del ideal, se pueden presentar problemas psicológicos (Casas, 2000; Lebrón, 2004; García & Delval, 2010).

Por otro lado, Ballano & Arroyo (2009) manifiestan que el adolescente empieza a cambiar sus actitudes con respecto a las relaciones interpersonales, debido a que en la niñez, las amistades se establecen con personas del mismo sexo, mientras que en la adolescencia se empieza a tener interés por el otro sexo, donde ocurren los primeros enamoramientos platónicos; después, las relaciones pasan a ser en grupos de chicos y chicas y por último, se da la elección de la primera pareja.

Es así que, el sujeto empieza la lucha por su independencia, por una mayor autonomía emocional y menor cercanía a sus padres, tomando actitudes de rebeldía y cambios de humor, especialmente en la adolescencia media (García & Delval, 2010). Por consiguiente, a causa de la disminución en el contacto con su familia, el sujeto empieza a buscar apoyo y comprensión en personas de su misma edad con quienes se siente identificado, ya que, sentirse aceptado y apreciado por un grupo de iguales, hace que aumente su sentimiento de valor personal y seguridad en sí mismo (Rahola et al., 2002).

Otro aspecto fundamental es la formación de la identidad personal, enfrentándose a la problemática del ¿Quién soy yo? con relación a sus deseos y proyectos; este es un proceso de crisis, donde buscará ser diferente a los demás, siendo rebelde en especial con los padres, profesores y sociedad en general (Ballano & Arroyo, 2009).

1.3. Cambios Cognitivos y sus Efectos

El desarrollo cognitivo de la adolescencia, según Jean Piaget & Inhelder (1984), se refiere a la combinación tanto de las influencias del entorno, como de la maduración natural del cerebro y el sistema nervioso

1.3.1. Estadio de las operaciones formales.

Jean Piaget & Inhelder (1984), plantean que en esta etapa comprendida entre los 11 y 15 años de edad, el adolescente pasa de un pensamiento concreto a un pensamiento abstracto y lógico; siendo capaz de realizar hipótesis y resolver problemas de forma sistemática.

Los autores mencionados anteriormente, afirman que el pensamiento operacional formal en el adolescente, es:

Abstracto. No se limita a experiencias concretas, pudiendo hacer conjeturas.

Idealista. Desarrolla la capacidad de pensar sobre lo posible, pensando sobre características ideales de sí mismo, de los demás y del ambiente.

Lógico. Resuelve problemas poniendo a prueba hipótesis, mediante un razonamiento hipotético-deductivo.

Por otro lado, la teoría cognitiva socio-cultural de Vigotsky (1978) enfatiza el papel que desempeña el lenguaje, las relaciones sociales y culturales, en el proceso evolutivo de las personas, ya que, dan origen a las habilidades cognitivas, es decir, los procesos psicológicos superiores se originan en los procesos sociales, debido a que el lenguaje desarrolla habilidades cognitivas, constituyéndose como una herramienta que ayuda al adolescente a planificar tareas y resolver problemas.

Además, esta teoría, afirmó que durante la etapa de la adolescencia se ve claramente la transición que existe de un modo de operar guiado por maestros o padres, a uno de carácter individualizado; en nuestra sociedad esto se ve reflejado en el momento en

que los jóvenes al no hacerse responsables de sus actos, generan dificultades académicas y malestar emocional, familiar o social, por lo que, una vez instaurado la zona de desarrollo próxima, el adolescente adquirirá mayor responsabilidad a nivel académico o del entorno.

Mientras que para Erickson (1972), es importante que el adolescente experimente roles adecuados para sí mismo, lo cual, aporta a un sano desarrollo de su identidad, no obstante, si se les impone roles, evitando que exploren varios roles, los adolescentes entran en un estado de confusión que da como un resultado un desarrollo negativo; por lo que, el autor afirma que para conseguir una identidad sana, los adolescentes deben superar siete conflictos detallados a continuación:

- Perspectiva temporal vs. Confusión en el tiempo.
- Seguridad en uno mismo vs. Avergonzarse de uno mismo.
- Experimentación de funciones vs. Fijación de funciones.
- Aprendizaje vs estancamiento en el trabajo.
- Polarización sexual vs. Confusión bisexual.
- Líder y seguidor vs. Confusión de autoridad.
- Compromiso ideológico vs. Confusión de valores.

1.3.2. Factores de riesgo en la adolescencia.

En la adolescencia, aparece una constante búsqueda de identidad, lo cual, hace que el adolescente se encuentre en un período crítico en cuanto a conductas de riesgo en general, tales como: el uso de sustancias, promiscuidad asociada a contagio de enfermedades de transmisión sexual, embarazos adolescentes, ingreso a pandillas, conductas delictivas; a lo cual, se suman riesgos como presencia de estados depresivos, trastornos conductuales y riesgo suicida, que en muchos casos desencadenan actos que terminan en el suicidio, como lo afirman Abbey & Andrews (1985), citados por Casas en el 2000.

De igual manera, Delgado, Espinoza, & Gonzalez (2013), manifiestan que según el informe Salud para los Adolescentes del Mundo, en el 2012 perdieron la vida 1,3 millones de adolescentes en todo el mundo, es así que los adolescentes, considerados como una población vulnerable, por los diversos riesgos a los que se expone, han sido motivo de diversos estudios, los cuales señalan que los accidentes de tráfico, consecuencias del consumo de alcohol o drogas y los suicidios, son las tres principales causas de muerte en los adolescentes a nivel mundial.

En nuestro país, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2013) indica que entre 1997 y 2009, en todo el Ecuador murieron un promedio de 1.400 adolescentes por año; de los cuales, 1 de cada 2 adolescentes, fallecieron en accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol o drogas, llegando a estimarse que cada tres días un adolescente pierde su vida en nuestro país; de los cuales, el 24% de adolescentes ecuatorianas eligen el suicidio como última salida.

Así mismo, según la OMS en el 2010, el porcentaje de adolescentes que pierden su vida, es tres veces superior en los hombres que en las mujeres, además, señala que por cada adolescente que se suicida, existen un promedio de 40 más que han intentado hacerlo; lo cual es alarmante y amerita atención oportuna en la población adolescente.

No obstante, en el 2000, Casas indicó, que los riesgos de muerte prematura en los adolescentes se asocian también a factores vinculados a la familia en la cual se desarrollan, ya que, la violencia intrafamiliar y el abuso de sustancias, desencadenan diversos conflictos; por ejemplo, los niños que se desarrolla en un hogar con excesivo consumo de alcohol, son más propensos a bajo rendimiento académico, presentar depresión, ansiedad y baja autoestima, así como a continuar con el patrón de consumo familiar, que hoy en día, es considerado un hábito aceptado socialmente en nuestro medio, por lo que, se afirma que un 6% de adolescentes entre 12 y 17 años de edad, han consumido algún tipo de droga.

En conclusión, podemos ver que la pubertad y la adolescencia, generan cambios importantes en el adolescente, tanto a nivel físico y biológico, como a nivel psicológico y social; por lo que, se considera una etapa difícil que conlleva diversos conflictos como la lucha por su independencia y autonomía emocional, así como la transición que existe entre un modo de actuar guiado por figuras de autoridad y uno individualizado; por otra parte, es necesario tomar en cuenta que al ser una etapa de muchos cambios, la adolescencia se convierte en una etapa en la que los adolescentes se encuentran en un período crítico, por lo que, son vulnerables a factores de riesgo como el uso de sustancias psicoactivas, trastornos depresivos, riesgo suicida, trastornos conductuales, promiscuidad, embarazos adolescentes, ingreso a pandillas, conductas delictivas, entre otros; lo cual lleva a los adolescentes a estar expuestos a riesgos que incrementan la mortalidad en esta etapa.

Capítulo 2

Riesgo Suicida

Este capítulo, abarca los principales conceptos en torno al riesgo suicida, al mismo tiempo que, proporciona datos importantes a cerca de los índices de suicidio tanto a nivel mundial como en nuestro país, haciendo énfasis en los altos índices de riesgo suicida presente en la población adolescente, los cuales por conflictos asociados a la etapa de la adolescencia, se encuentran en mayor riesgo; finalmente señalaremos los instrumentos de evaluación de riesgo suicida, así como los principales factores asociados que tienen significativa importancia al momento de establecer un diagnóstico, tratamiento o un plan de prevención, que permita preservar la vida de un paciente que se encuentre en riesgo.

2.1. Riesgo Suicida: Conceptos Generales

Varios autores definen al riesgo suicida, como la probabilidad que tiene una persona de intentar o llevar a cabo un acto suicida, es decir, la predicción del potencial autodestructivo, el cual, puede relacionarse con factores emocionales, epidemiológicos, antecedentes personales, estado mental y los estresantes a los que está sometido el individuo en la actualidad (González & Andrade, 1995; Aristizábal et al., 2012).

Cruz, Moreira, Orraca, Pérez & Hernández (2011), manifiestan que el riesgo de efectuar una conducta suicida, va desde las ideas de muerte hasta el suicidio consumado; encontrándose una relación entre la conducta con intencionalidad de morir con la conducta autolesiva y el grado de letalidad (Peña, Casas, Padilla de la Cruz, Gómez, & Gallardo, 2002; Mederos, Casas, Melis, & Pullós, 2011; García, Piñeda, & Almaguer, 2011).

A su vez, la OMS (2010) establece que los suicidios ocurren tres veces más en los hombres que en las mujeres, independientemente de la edad y país de origen, existiendo tres veces más tentativas de suicidio en las mujeres que en los hombres; afirmando que,

una persona muere en el mundo por suicidio cada 40 segundos y un millón de personas por año, además de que un 5 % de las personas en el mundo presentan una tentativa de suicidio por lo menos una vez en su vida; coincidiendo así con estudios como los de Vairo, et al. (2003) y Arias, Fernández, Jiménez, Gutiérrez & Deronceré (2009).

En una entrevista realizada por Maika Sánchez en el 2002, Jhon Mann, experto en el estudio del suicidio, manifestó que la conducta suicida se incrementa a partir de los procesos psiquiátricos más o menos graves, en el 60% de los casos de suicidio se observa como punto base la depresión y en el 40% restante existen trastornos de personalidad, drogadicción y alcoholismo; concordando así con Aristizábal et al. (2012) quien afirma que 1 de cada 10 pacientes psiquiátricos muere por intento de suicidio a lo largo de la vida, mientras que el riesgo de la población en general, es de un suicidio cada 100 personas.

Por otro lado, Martínez (2005) indica que otros de los factores que influyen en la aparición de la ideación suicida, es que haya existido un familiar que murió por suicidio, antecedentes de trauma infantil debido a relaciones inestables, abandono de los padres, maltrato físico y abuso sexual, además de la presencia de personalidad neurótica, hostil e introvertida y en mayor grado rasgos de personalidad límite.

2.2. Riesgo Suicida en Adolescentes

El riesgo suicida, es un problema de salud frecuente en los adolescentes que preocupa a padres, médicos, psicólogos y otros profesionales; en el cual, intervienen aspectos biológicos, psicológicos, sociales y éticos (Pérez, Azcuy, Pérez & Mirabal, 2014); tomando en cuenta que, el suicidio a que se encuentra dentro de las tres primeras causas de muerte en los adolescentes (OMS, 2012), y que, en América Latina la mayor incidencia de suicidio se presenta en adolescentes entre 15 a 19 años de edad (Lara, Vega, Pons, Prats & Hernández, 2009).

Del mismo modo, Córdova et al. en el 2013, expresan que en los últimos 5 años, las tasas de suicidio se han incrementado con rapidez en la adolescencia, pudiendo convertirse en una de las primeras causas de muerte; ya que, en los varones de 14 a 19 años, la mortalidad por suicidio representa el 10.64% del total de las muertes por suicidio; lo cual asevera los estudios realizados por Brent, et al. (1999) y Shaffer (1988) quienes descubrieron que en estas edades, el riesgo de suicidio es elevado, ya que, al mismo tiempo, existe mayor frecuencia de trastornos por abuso de sustancias en la adolescencia, en especial el alcohol, como lo plantean Rich, Fowler & Fogarty en 1990.

Por lo que, en los adolescentes, se hace necesario el trabajo de prevención de los factores de riesgo, para controlar los daños y crisis que tienen inicio en esta etapa de la vida, en especial la conducta suicida (Cortés, Aguilar, Suárez, Rodríguez, & Durán, 2011).

Sin embargo, intentar predecir la conducta suicida es una tarea difícil, no obstante, la presencia de ciertos factores, como pensamientos ligados a cómo autodestruirse, manifestaciones depresivas, el aislamiento y el descontento en el medio familiar o educativo, pueden indicarnos quiénes se encuentran en riesgo de cometer un acto suicida (Mansilla, 2012; Córdova et al., 2013). Por otra parte, se observa que la ideación suicida y el consumo de drogas son comportamientos que aparecen simultáneamente, por lo que, en los adolescentes en consumo, es necesario una evaluación profunda sobre ideas suicidas e incluso sobre planes suicidas que se podrían estar presentando (Aristizábal et al., 2012).

Cortés et al. (2011) manifestó que en la adolescencia existe un incremento de responsabilidades y que, junto a la inmadurez social propia de esta edad, generan caídas, que pueden provocar situaciones de angustia, soledad y frustración, que posiblemente lleguen a ser factores de riesgo para cometer un acto suicida.

Estos adolescentes generalmente provienen de familias desestructuradas y que presentan problemas académicos, consumo de alcohol y drogas, depresión, conductas

agresivas, además de enfrentarse a ciertas crisis vitales como la lucha por la identidad, elevada exigencia de los padres o maestros y ser motivo de burlas en la escuela, por lo que, encuentran en el suicidio un camino válido para solucionar sus problemas, aunque en su gran mayoría niegan que estas ideas conlleven un riesgo real de suicidio para ellos (Martínez, 2005; Cortés, 2013).

Lo cual coincide con Artasánchez (1999), citado por Córdova et al., en el 2013, quien manifestó que, muchos adolescentes tienen grandes dificultades para adaptarse a estos cambios y crisis; e incluso, manifiestan síntomas de algunos trastornos psiquiátricos como la depresión, considerando que su futuro se halla fuera de control.

Por otra parte, las personas que atentan contra su vida presentan una combinación de problemas pasados, originados en la infancia y se reactivan en la adolescencia sumándose a los conflictos actuales, vinculados principalmente a ambientes familiares caóticos (Córdova et al., 2013).

Lo descrito anteriormente, confirma los hallazgos realizados por Córdova et al. (2013) y Hernández & Gómez (2006), quienes concluyeron que el riesgo suicida se asocia principalmente con ideas vinculadas a cómo autodestruirse, pensamientos de desesperanza y sucesos estresantes; donde el individuo piensa y siente que no existe ayuda para modificar la situación.

2.3. Evaluación del Riesgo Suicida

Como ya se ha indicado anteriormente, el riesgo suicida, es la probabilidad que tiene una persona de intentar matarse, en otras palabras, llevar a cabo un acto suicida, lo que, según la Organización Mundial de la Salud (2010), es un acto deliberadamente iniciado y llevado a cabo en pleno conocimiento, en espera de obtener como resultado su propia muerte; por lo que, la evaluación del riesgo suicida, es de vital importancia, ya que,

en muchos países, el suicidio es una de las principales causas de muerte (OMS,2000; Martínez, 2005; Gutiérrez, Contreras, & Orozco, 2006).

Martínez (2005) señala que el riesgo suicida, es valorado por medio de factores epidemiológicos, de antecedentes personales, del estado mental y de los estresantes actuales a los que esté sometido el individuo, ya que, un 95% de las personas que se suicidan, tienen como antecedentes un diagnóstico psiquiátrico; lo cual indicaría que los intentos suicidas surgen ante un sufrimiento psíquico que sobrepasa el umbral de tolerancia, por lo cual, un mal diagnóstico aumenta el riesgo de muerte por suicidio.

De ahí la importancia de que el profesional tenga los conocimientos necesarios para realizar un diagnóstico adecuado ante la presencia de un riesgo suicida inminente, para que de esta manera se pueda prevenir un intento o acto suicida, por lo que, un paciente que presenta riesgo suicida, debe ser foco de atención de los organismos de salud, quienes tienen la tarea de actuar antes que el acto fatal suceda, asegurando la vida del paciente y así se le dé el tratamiento oportuno (Martínez, 2005; Guevara & Esteves, 2012).

En el caso de los adolescentes, Guevara & Esteves en el 2012, manifiestan que, los comportamientos agresivos están asociados a esta etapa del desarrollo y a ello se suman los diversos cambios a los que se exponen, tanto en el ámbito social, familiar y afectivos; concordando así con Mansilla (2012) y Cañón (2011), quienes afirma que tales cambios en la adolescencia, pueden desencadenar en muchos casos, niveles síntomas ansiosos, sentimientos de angustia, conflictos emocionales, depresión e ideación suicida, todo lo cual, incluso tiene mayor incidencia en la población adolescente masculina.

Existen así mismo, criterios clínicos para evaluar el riesgo suicida, los cuales son una guía, es por ello que, el examen clínico tratará en sí, de determinar si el sufrimiento psíquico presente en un paciente, está en un nivel crítico o a punto de sobrepasar el nivel de tolerancia del individuo; por lo que, hoy en día, existen escalas de valoración del riesgo

suicida, que se utilizan para evaluar si un paciente está dentro de una población de riesgo, sin embargo, no se debe olvidar que los factores que incluyen dichas escalas varían con el tiempo y que por sí solos no indican en sí la inminencia del suicidio (Martínez, 2005; Cañón, 2011).

Uno de los instrumentos, utilizado con frecuencia en el caso de adolescentes, es la Mini Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica para Niños y Adolescentes (MINI-KID), la cual, cuenta con una escala que evalúa el riesgo suicida, además de la escala de evaluación de un episodio depresivo mayor, entre otras; cada escala se organiza por secciones sindromáticas, basadas en criterios diagnósticos (Colón-Soto, Díaz, & Soto, 2000).

La escala de riesgo suicida de la MINI-KID, indica según las respuestas positivas que puntúe el evaluado, un diagnóstico positivo o negativo de riesgo, así como, si éste estuvo presente en el pasado o se trata de un cuadro de riesgo suicida actual, además del nivel de riesgo, que se determinará según la puntuación total de los puntos asignados para cada respuesta positiva; de tal modo que de 1-5 puntos corresponde a un nivel de riesgo suicida leve, de 6-9 puntos a un nivel moderado y de 10 o más puntos a un nivel alto (Colón-Soto et al., 2000).

Por otra parte, Martínez (2005), Cañón (2011), Mansilla (2012) y la OMS (2010), afirman que existen además, factores estadísticos de riesgo suicida, los cuales se resumen a continuación:

2.3.1. Factores demográfico-sociales de riesgo suicida.

Sexo. Por cada cuatro hombres que se llegan a suicidar, hay una mujer que lo hace, sin embargo, por cada hombre que comete una tentativa de suicidio, hay cuatro mujeres que lo intentan.

Edad. A mayor edad, aumenta la letalidad de los intentos suicidas; estudios indican que el suicidio en el hombre aumenta en la adolescencia y asciende abruptamente en la adultez temprana, no obstante, los ancianos conforman un grupo con las tasas más elevadas de suicidios consumados.

Estado civil. El suicidio es más frecuente en las personas solteras, separadas, divorciadas o viudas, siendo mayor el riesgo de suicidio, en personas que viven solas o que se hayan separado recientemente de su pareja.

Nivel socioeconómico y ocupación. El riesgo suicida, es frecuente en los dos extremos sociales, no obstante, existe mayor riesgo en la clase más baja, incrementándose además cuando existe un período prolongado de falta de trabajo.

Hábitat. Las estadísticas indican que existen más suicidios y tentativas de suicidio en la ciudad, que en el medio rural, probablemente por una sensación de falta de integración social, pertenencia a grupos políticos, religiosos, de trabajo, o familiares; lo cual incluso, puede llevar a la persona a realizar una tentativa suicida con el propósito de obtener ganancias secundarias como llamar la atención, manipular a otros o castigarlos, pudiendo llegar a morir, sin haber sido ése su verdadero propósito.

2.3.2. Factores psicológicos y psiquiátricos de riesgo suicida.

Factores psicológicos de riesgo suicida. El riesgo incrementa cuando están presentes sentimientos de desesperanza, pesimismo y una visión negativa del futuro; o cuando el autoestima está afectada, los estilos cognitivos son rígido y perfeccionistas, se tiene una baja tolerancia a las frustraciones y tendencia a la impulsividad, además de conflictos asociados a la disfunción familiar, el abuso sexual, violencia intrafamiliar, maltrato y la falta de satisfacción de necesidades básicas (Martínez, 2005; Cañón, 2011; Mansilla, 2012).

Factores psiquiátricos de riesgo suicida. Los pacientes psiquiátricos son un grupo especialmente vulnerable a al riesgo suicida, ya que, únicamente un 2% de las personas que se suicidan no padecen de ningún tipo de trastorno mental; por ejemplo, en los casos de depresión severa, un 15% de los que se encuentran con una depresión mayor grave, terminan cometiendo suicidio, tomando en cuenta que más de 150 millones de personas sufren de depresión en algún momento de su vida (Guevara & Esteves, 2012).

Según la OMS, en su compilación de estadísticas sanitarias 2010, el porcentaje de enfermedades mentales que se encuentran en los suicidios consumados es del 24% en trastornos afectivos, 22% en trastornos neuróticos y de personalidad, 18% en abuso de sustancias, 10% en esquizofrenia, 5% en demencia y un 21% en otros trastornos mentales.

Finalmente, podemos decir que el riesgo suicida, al ser entendido como la probabilidad que tiene una persona de suicidarse o intentar hacerlo, es un problema de salud que genera preocupación; ya que, como vimos, el suicidio está entre las tres principales causas de muerte, lo cual, refleja la importancia de generar planes de prevención, para lo cual, es fundamental que la sociedad en general y los profesionales de la salud, en especial psicólogos y psiquiatras, tengan un amplio conocimiento de los factores de asociados al riesgo suicida, así como de los instrumentos y criterios de evaluación clínica que faciliten una temprana detección de estos casos, con el fin de proporcionar la atención oportuna y un tratamiento eficaz a las personas con diagnósticos establecidos.

Capítulo 3

Consumo de Sustancias Psicoactivas

En este capítulo, se realizará una aproximación a la problemática de las adicciones en adolescentes, donde se dará conocimiento acerca de las sustancias psicoactivas y los efectos que pueden provocar según los patrones patológicos de consumo. Por consiguiente, se explicará los principales trastornos comórbidos al abuso de sustancias, enfatizando la relación con el riesgo de suicidio; y finalmente, se hablará sobre los procesos de rehabilitación en menores, como un método de tratamiento en las adicciones.

3.1. Sustancias Psicoactivas: Definición

Las sustancias psicoactivas son productos químicos que afectan al sistema nervioso central, es decir, cualquier tipo de droga o estupefaciente, que al ser ingeridas, producen un cambio en la actividad mental, alterando principalmente el comportamiento, así como el pensamiento y estado de ánimo de las personas que abusan de los mismos (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1999; Grigoravicius, 2011).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1994) manifiesta que las drogas pueden producir un cuadro de intoxicación, abuso y dependencia física, según los patrones patológicos de consumo, lo cual, puede provocar problemas personales, familiares y sociales por los efectos de la sustancia; el abuso de sustancias comprende un consumo recurrente que provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas laboral, escolar y familiar, lo que puede desencadenar en una dependencia al consumo de drogas, es decir, deseo intenso de consumir una sustancia, incapacidad para controlar el consumo, uso de la sustancia con la intención de aliviar los síntomas de abstinencia, tolerancia, etc.

De igual modo, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V, 2014), establece que los trastornos relacionados con sustancias, abarcan 10

clases diferentes de drogas: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes, tabaco y otras sustancias químicas.

3.2. Adolescencia y Trastornos por Consumo de Sustancias

La adolescencia resulta un período crítico en lo que se refiere a las conductas de riesgo, especialmente en el uso de sustancias psicoactivas, siendo el momento en que se comienza a experimentar con ellas y donde se produce la mayor prevalencia de consumos, ya que, la curiosidad y el deseo de experimentar, es un factor muy importante que suele aparecer en la transición hacia la edad adulta, por lo tanto, la adolescencia resulta un terreno sensible para el consumo de sustancias psicoactivas, que en varias ocasiones va acompañado de otros trastornos (Toro & Yepes, 1997; Becoña et al., 2011).

Por lo que, el descenso en la edad de inicio en el consumo de sustancias se ha tornado un problema mundial; tal como se ha registrado en América Latina, donde la droga legal que se consume con mayor frecuencia es el alcohol, el cual, ha alcanzado a más del 50% de la población entre 13 y 17 años de edad, como lo señala Grigoravicius en el 2011.

Sin embargo, en el 2006, Calvete & Estevez, indican que tanto los rasgos elevados de impulsividad como un autocontrol insuficiente se asocian al consumo de drogas, en particular con el alcohol, lo cual, puede generar otras dificultades como problemas de salud, fracaso escolar, trastornos de la sexualidad, problemas legales, alteraciones afectivas e inicio de consumo de otras drogas legales e ilegales, concordando de esta manera con lo expuesto por Inglés et al. en el 2007.

Otros autores, como De Lucas Taracena & Montañés (2006) consideran que los trastornos de consumo de sustancias están relacionados frecuentemente con la impulsividad, agresividad y actividad delictiva, que muchas de las veces le llevan al

adolescente a un mayor número de conflictos con la familia y otras personas de su red de apoyo social; así mismo, Sonntag, Wittchen, Höfler, Kessler & Stein (2000) manifestaron que, los jóvenes diagnosticados con fobia social, presentan un mayor consumo de alcohol y tabaco, debido a que lo consideran como una conducta de escape que compensa los altos niveles de ansiedad en situaciones interpersonales.

De igual manera, otros investigadores, resaltan que la intoxicación y abstinencia de sustancias pueden ocasionar síndromes ansiosos temporales, e incluso, desarrollar sintomatología similar al trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico o fobias, principalmente en la intoxicación con alcohol, marihuana y cocaína (Iruetia, Caballo & Ovejero, 2009).

Es importante mencionar, que los adolescentes con trastornos por consumo de SPA, presentan altas tasas de comorbilidad con otros problemas de salud mental, como trastornos depresivos, ansiosos y de conducta (Weinberg, Rahdert, Colliver, & Glantz, 1998). En un estudio realizado por Moreno & Medina-Mora en el 2008, se encontró que el 2% de la población mexicana ha padecido depresión en la infancia o adolescencia, concluyendo que, las personas que han desarrollado depresión en edades tempranas tienen 18 veces mayor probabilidad de desarrollar dependencia al consumo de drogas; de igual manera, los pacientes depresivos son más susceptibles a fumar que la población en general, porque el consumo de nicotina reduce la severidad de los síntomas depresivos.

Así también, un grupo español de investigadores de patología dual, mostraron que, por lo general, los trastornos por consumo de sustancias están asociados al trastorno bipolar, apareciendo la impulsividad como una de las causas principales de esta relación; además, consideran que los pacientes con este tipo de comorbilidad, presentan un riesgo mayor de suicidio en comparación con los pacientes con trastorno bipolar sin abuso o dependencia de sustancias (Casas et al., 2008).

Finalmente, el síndrome de intoxicación que acompaña a muchas drogas, puede asociarse a una labilidad emocional y una disminución en el control de impulsos, cuya combinación tiende a aumentar directamente la probabilidad de llevar a cabo una conducta suicida, especialmente en adolescentes varones que presentan un trastorno de comportamiento asociado (Mullen & Hendren, 1998).

3.3. Adolescentes en Proceso de Rehabilitación por Consumo de SPA

Alonso & Swiller (1995) consideran que la dependencia a sustancias, ha surgido como un problema severo en los adolescentes en los últimos tres decenios; la solución más reconocida y aceptada para la adicción a las drogas, es el enfoque grupal, usado principalmente en las Comunidades Terapéuticas (CT), clínicas de rehabilitación y en los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos (AA).

En un estudio realizado por Águila, Estrella, Pérez & Rubio (2014), los pacientes ingresados en un centro de rehabilitación, refirieron haber iniciado el consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia e infancia, donde el 76% de los pacientes que se encontraban en rehabilitación por alcoholismo, después de 4 meses sin ingerir alcohol, presentaron sintomatología depresiva, siendo más propensos a presentar síntomas depresivos durante el periodo de abstinencia (los 3 primeros meses sin consumo), por lo que, la depresión sería un factor de riesgo para el desarrollo de una conducta suicida.

Ocampo, Bojorquez & Cortés (2009) encontraron que existe una relación directa entre el alcoholismo y la conducta suicida, ya que, la mayoría de los fallecidos por suicidio, presentaban rastros de alcohol en la sangre; la asociación entre el consumo de drogas y el suicidio, indica que la conducta suicida se presenta entre el 19 al 45% de los sujetos con trastornos por consumo de sustancias, lo cual, representa 2.6 veces el riesgo para la conducta suicida respecto de los sujetos que no presentan conductas adictivas.

Por ser una etapa crítica en el desarrollo, las comunidades terapéuticas y los centros de rehabilitación de menores, buscan la manera de responder a la problemática de la adicción, prestando una especial atención a las áreas educativa y de formación laboral, promoviendo valores que le permitan una adecuada adaptación al contexto social; de la misma manera, consideran importante la intervención en crisis en casos críticos como intentos de suicidio y el manejo de conductas impulsivas (Becoña et al.,2010).

Finalmente, Alonso & Swiller (1995) consideran que, el cambio ocurre dentro del entorno grupal, en el que los elementos de apoyo, espiritualidad y altruismo, resultan terapéuticos y transformacionales para la modificación de actitudes desde un enfoque psicoeducativo, cuyo método se maneja conjuntamente con el empleo de los 12 pasos, programa Narcóticos Anónimos, Solo por hoy, y otros instrumentos vivenciales.

En conclusión, podemos afirmar que la adolescencia es una etapa crítica del desarrollo, donde existe una vulnerabilidad elevada de presentar cualquier tipo de trastorno relacionado al consumo de sustancias, y por ende, pueden estar asociados a otros tipos de dificultades y patologías como el riesgo de suicidio, conductas antisociales e impulsivas, depresión, trastornos de ansiedad y bipolaridad; las mismas que deberán ser tomadas con mucha importancia en el tratamiento, en especial, en los procesos de internamiento.

Capítulo 4

Rasgos de Personalidad y Depresión Mayor en Relación al Riesgo Suicida

En este capítulo, expondremos los principales conceptos en relación a los rasgos de personalidad y la depresión mayor, así como los criterios diagnósticos a tomar en cuenta para el establecimiento de un diagnóstico acertado; por otra parte, se pondrán en consideración los rasgos de personalidad que tienen mayor incidencia en la población adolescente que presenta riesgo suicida, pudiendo a su vez, conocer cómo el riesgo suicida se asocia con los rasgos de personalidad, así como con la presencia de un trastorno depresivo mayor.

4.1. Rasgos de Personalidad: Generalidades

La personalidad, puede definirse como la organización estable del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, los cuales determinan su adaptación adecuada en el ambiente en el que se desarrolla, los cuales, son patrones conductuales que presentan características únicas en cada sujeto, que lo hacen individual y a la vez parecido a los demás, manifestando diferencias y similitudes que de alguna manera pueden ser observadas, medidas y agrupadas en términos de rasgos o tipos de personalidades, como lo afirman Quintanilla et al. (2004).

Mobilli & Rojas (2006) manifiestan que la personalidad se desarrolla y se logra establecer mediante la interacción de factores biológicos como la genética o la maduración, factores psicológicos asociados a la psicodinámica, el aprendizaje o procesos cognitivos y factores sociales de tipo contextuales o ambientales.

En el 2002, Casullo & Castro, manifiestan que los patrones conductuales inadecuados en la infancia, se cristalizan en la adolescencia, llegando a convertirse en características disfuncionales estables de personalidad, lo cual coincide con lo expuesto por

la OMS en 1999, quien recalca la importancia de alentar en la infancia y adolescencia, el desarrollo de comportamientos deseados, de tal modo que las conductas indeseadas, no se conviertan en hábitos que impidan un sano desarrollo de la personalidad.

El estudio de la personalidad se torna fundamental en el caso de los adolescentes, puesto que, en esta etapa la estructura de la personalidad se halla todavía en desarrollo o en una fase de consolidación; por lo que resulta importante, conocer los rasgos de personalidad asociados a determinadas problemáticas, con el fin de establecer un planes de prevención y tratamientos eficaces (Molina, Inda, & Fernández, 2009).

De igual manera, la OMS (1999) afirmó que, la adolescencia, representa una etapa crucial para el desarrollo de la personalidad, debido a que los adolescentes, toman decisiones importantes y establecen pautas de comportamiento, que influyen en los hábitos que adquirirán para su vida; por ello, Molina et al. (2009) señalan que, el estudio de los rasgos de personalidad, es considerado importante en la asociación de las características de personalidad con determinadas elecciones o conductas de cada individuo.

4.1.1. Tipos de personalidad.

Según Quintanilla et al. (2004) las características o rasgos de personalidad han sido interpretadas y agrupadas de numerosas formas; de igual modo, Mobilli & Rojas en el 2006, concuerdan que, a pesar que existen diversos modelos explicativos acerca del desarrollo de la personalidad y su interacción con los constructos de la moral, los factores de riesgo y la resiliencia; aun no existen conclusiones definitivas de cómo la sociedad norma las conductas y el sujeto construye su personalidad e incluso las patologías.

Actualmente en el ámbito clínico, los rasgos de personalidad característicos de un individuo, se establecen en base a criterios diagnósticos, como aquellos que están instaurados en el DSM-V (2014), los cuales han agrupado los rasgos de personalidad,

clasificándolos en distintos grupos según sus características, conformando así los diferentes tipos de personalidad, mismos que, según el número de criterios que cumplan, el tiempo en el que se presenta y el malestar significativo que representa para el individuo, corresponderán o no a un trastorno de personalidad.

Los diferentes tipos de personalidad, basados en los criterios diagnósticos según el DSM-V (2014) otorgan una visión amplia de los rasgos de personalidad que conforman a cada uno de ellos, permitiendo identificar las características propias que posee un individuo; es por ello que clasifica a los tipos de personalidad en tres grupos, que se subdividen de la siguiente manera:

Grupo A.

- Personalidad paranoide.
- Personalidad esquizoide.
- Personalidad esquizotípica.

Grupo B.

- Personalidad antisocial.
- Personalidad límite.
- Personalidad histriónica.
- .Personalidad narcisista.

Grupo C.

- Personalidad evasiva.
- Personalidad dependiente.
- Personalidad obsesivo-compulsiva.

4.2. Rasgos de Personalidad que Predominan en Adolescentes con Riesgo Suicida

Aunque los investigadores afirman que las elecciones personales o la conducta de

un individuo, tanto en su génesis como en su mantenimiento, responden a factores biológicos, psicológicos, ambientales y socioculturales; estos, hacen hincapié en la influencia de la personalidad, lo que supone entender los rasgos de personalidad como predisposiciones estables a comportarse y reaccionar emocionalmente de una determinada manera (Molina et al., 2009; Mansilla, 2012).

De igual modo, Peña et al. (2002) consideran que en la actualidad, la conducta suicida, tiene causas multifactoriales en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, como vimos anteriormente, afirmando además, que las personas que gozan de bienestar psicológico, físico o social, no atentarían contra su propia vida, ni pensarían en quitarse la vida. Según Serfaty, Andrade, Foglia, Masaútis & Negri (2006) en la adolescencia, la ideación suicida es frecuente, por lo que, cuando hay manifestaciones relativas a la muerte o autodestrucción, es una señal clara de riesgo suicida que debe ser un signo de alerta para familiares y el entorno en general.

Los índices de suicidio se elevan de forma brusca en la adolescencia, por ello, conocer los factores asociados al riesgo suicida, es de vital importancia para la prevención oportuna, en este caso los rasgos de personalidad que un adolescente presenta, pueden ser indicadores de un riesgo inminente de conducta suicida o un signo de alarma al que se deberá prestar la atención (Serfaty et al., 2006).

Se han realizado diversos estudios acerca de los factores que inciden en la presencia del riesgo suicida, la mayoría de los autores coinciden en que, el intento suicida es más frecuente en personas solitarias, con un círculo de amistades reducido, agobiadas por problemas, en general en adolescentes que se sienten desesperanzados, inseguros, apáticos y rechazados, razón que los lleva a aislarse (Peña et al., 2002).

No obstante, autores como Quintanilla et al. (2004) afirman que a pesar de los estudios realizados al respecto, no existe todavía un conocimiento amplio acerca de si una

combinación específica de trastornos se asocia con un patrón predecible de conducta suicida; por otra parte, la tasa de suicidio en pacientes con comorbilidad de trastorno de personalidad límite y antisocial, en comparación con aquellos que presentan una sola condición, no es del todo clara.

No obstante, Casullo & Castro en el 2002, sostienen que la presencia simultánea de rasgos antisociales o de personalidad límite, incrementa el riesgo suicida en el caso de una persona en crisis o estado de desesperanza; existiendo un alto nivel de letalidad en la tentativa suicida en personas que presentan la comorbilidad combinada de estos rasgos de personalidad, en comparación de aquellos que presentan únicamente un trastorno de personalidad límite.

Por otra parte, Quintanilla et al. (2004) plantean que el perfeccionismo, la impulsividad o agresividad y la presencia de conflictos emocionales, son características de personalidad relevantes asociadas a la conducta suicida. El estudio realizado por Peña et al. (2002) revela que el perfil de personalidad de los sujetos que presentan ideación suicida o tentativa suicida, se caracteriza por presentar alta emotividad, poca estabilidad emocional, inseguridad, elevada aprehensión, angustia, y frustración.

Casullo & Castro (2002), también plantean que, los adolescentes con tendencia a conductas antisociales, narcisistas o con rasgos de personalidad límite, serían propensos al desarrollo de conductas impulsivas asociadas al abuso de sustancias psicoactivas y la conducta suicida; de igual manera, Quintanilla et al. (2004) y Mansilla (2012) coinciden que, tanto un desorden de personalidad limítrofe como el antisocial, son predictores de la conducta suicida, señalando que, las personas que han presentado intentos de suicidio con un alto grado de letalidad, presentan un estilo cognitivo poco flexible y pensamiento polarizado.

Así mismo, los adolescentes con un patrón de personalidad desajustado o características de personalidad límite, presentan alteraciones psicopatológicas de tipo internalizantes como la introversión, inhibición, tendencia a la tristeza o autodestrucción y de tipo externalizantes como la indisciplina o el comportamiento sádico y oposicionista; por lo que, Casullo & Castro (2002) manifiestan que estas alteraciones se asocian con trastornos depresivos y tendencia suicida.

Es importante la realización de estudios y trabajos focalizados en la identificación de patrones conductuales guiados por rasgos de personalidad límite o antisocial, tanto en personas que no han presentado algún intento suicida, como en aquellos que han presentado tentativas suicidas, para de esa forma, construir de manera más confiable un perfil de personalidad de riesgo suicida, siendo significativo que los adolescentes, desarrollen características de su personalidad que les sirvan para contrarrestar el comportamiento suicida (Pérez, 1999; Quintanilla et al., 2004).

4.3. Depresión y riesgo suicida

4.3.1. Depresión.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, que tiene como característica una alteración del humor, que refleja principalmente un estado de ánimo depresivo y pérdida de interés o placer, por un tiempo no menor a dos semanas; además de otros criterios diagnósticos que se detallarán más adelante (DSM-V, 2014).

De igual manera, autores como Rivas & Capilla (2002) consideran que este trastorno, es un estado emocional que altera el funcionamiento cognitivo, emocional y fisiológico de la persona, asociado principalmente al concepto de una pérdida real o percibida, en el cual interviene la incapacidad para la resolución de problemas.

Las diferentes corrientes psicológicas plantean diversas teorías acerca de las causas de un episodio depresivo, es así que, para el psicoanálisis, la pena o sentimiento de tristeza, se debe a una pérdida del objeto amado, en donde la culpabilidad se asocia con el cumplimiento de un deseo vivido con agresión o reiterada represión; por otra parte, la corriente cognitiva conductual, plantea que los esquemas y estructuras cognitivas que constituyen la tríada cognitiva, es decir, la visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro, originaría conductas y emociones depresivas (Rivas & Capilla, 2002; Beck et al., 2010).

Para Timms (2007) la depresión puede presentarse en forma de un círculo vicioso, en el que la forma de pensar, le llevan a una emoción que genera una conducta que desencadena síntomas depresivos, y esto a su vez puede llevar al paciente a crear nuevas situaciones que lo harán sentirse peor.

En la adolescencia, el trastorno depresivo mayor, es la principal categoría diagnóstica encontrada en esta edad, es por ello que, existen investigaciones que resaltan la importancia de un adecuado diagnóstico y tratamiento de la depresión en esta etapa del desarrollo (De la Peña, Ulloa & Páez, 1999; Beck et al., 2010).

Diagnóstico. Según el DSM-V (2014) para establecer un diagnóstico correspondiente a un trastorno depresivo mayor, el paciente debe presentar cinco o más de los síntomas que se detallarán a continuación, los cuales deben estar presentes durante dos semanas y representar un cambio en el funcionamiento previo; además, de presentar al menos uno de los síntomas (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer, de todos los demás síntomas detallados a continuación:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, cabe recalcar que, en niños y adolescentes, se puede presentar con irritabilidad o agresividad.
2. Disminución del interés o el placer por todas o casi todas las actividades.

3. Pérdida importante de peso o aumento de peso, con una modificación de más del 5% del peso corporal en un mes; los niños, presentan fracaso para el aumento de peso esperado.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o retraso psicomotor, que sea observable por parte de otros.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.
8. Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Se debe tener en cuenta que, los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento general; además de que el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos del uso de alguna sustancia o de otra afección médica.

En el caso de los adolescentes, en general, este trastorno puede manifestarse con características variables como: crisis de llanto, desesperación, rabia, inhibición, mutismo, tóxico dependencia e incluso búsqueda de actividades peligrosas; manifestaciones que si no se las trata oportunamente, pueden afectar el perfil de realización personal, profesional o afectiva del adolescente (De la Peña et al., 1999; Nardi, 2004).

Diversas pueden ser las causas de aparición de este trastorno, sin embargo, lo que favorece en gran medida, es el contexto familiar o social, que al mostrarse imprevisibles, inestables o ambivalentes, no cumplen con las condiciones esperadas, lo cual conlleva genera emociones perturbadoras que son vividas como experiencia desadaptativa y disfuncional (Nardi, 2004; Beck et al., 2010).

El 10% al 20% de personas que sufren una pérdida significativa, sobre todo en edades tempranas, experimentan un duelo patológico, sentimientos de vacío, soledad y

amargura a cerca del fallecido, así como también hay un alto predominio de distorsiones cognitivas, que generan actitudes evitativas y disfuncionalidad, ya que, la muerte del ser querido, se vuelve un suceso desbordante afectivamente, que resulta difícil de manejar, generando así síntomas depresivos que pueden desencadenar un trastorno depresivo mayor (Millán-González & Solano-Medina, 2010).

4.3.2. Depresión asociada al riesgo suicida.

Pardo, Sandoval & Umbarila, (2004) manifiestan que en la adolescencia, el síntoma característico de la depresión es el cambio notable en el estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o por problemas de conducta y puede presentarse como un problema transitorio o como una enfermedad peligrosa que puede generar problemas de ajuste social e interpersonal, conductas autodestructivas, insatisfacción con la vida e incluso conductas suicidas.

Los adolescentes presentan índices más altos de depresión, a diferencia de otros grupos de edad, debido a que atraviesan una etapa de diversos cambios que demandan de ellos el uso constante de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía para obtener éxito personal y social (Paveza et al. 2009). Sin embargo, Pardo et al. (2004) afirman que a más de ello, los factores socioeconómicos y los cambios en la estructura familiar, están estrechamente vinculados con la presencia de un trastorno depresivo en adolescentes.

Aunque Paveza et al. (2009) plantean que el riesgo suicida es un fenómeno multicausal, que no se puede atribuir a un suceso específico, ya que intervienen diversos factores; no dejan de un lado, el hecho de que en los adolescentes con depresión existe un riesgo mayor de presentar intentos de suicidio.

Estudios demuestran que el trastorno depresivo mayor, juega un papel importante en la conducta suicida, ya que, como lo afirman Aristizábal, González, Palacio, García, & López (2009) el 50% de las muertes por suicidio se deben a este trastorno, puesto que no es desconocida la estrecha y reconocida relación entre el trastorno depresivo mayor y las diversas conductas suicidas que presentan los pacientes con este diagnóstico, es así que el 80% de las personas que reciben atención médica por intentos de suicidio tiene depresión.

Es por ello que, Bunge, Gomar & Mandil (2009) y Aristizábal et al. (2009) afirman que los pacientes con un cuadro depresivo y que viven en circunstancias de aislamiento, presentan mayor propensión a cometer actos suicidas, por lo que, el aislamiento social se convierte en un factor de riesgo predictivo de intentos de suicidio, por lo que, se enfatiza en la importancia de un diagnóstico oportuno que facilite un tratamiento adecuado del trastorno depresivo, no solo por la sintomatología que presenta, sino por su estrecha relación con el riesgo de suicidio, como también lo afirman

Por otra parte, la mayoría de estudios de psicoterapia para la depresión en niños y adolescentes, revelan que la Terapia Cognitivo Conductual, es una de las más eficaces en el abordaje de este trastorno, siendo uno de los modelos de tratamiento que más exhaustivamente ha sido probado (Bunge et al., 2009).

De igual manera, Bekc et al. (2010) afirman que la reestructuración cognitiva, es una de las técnicas de mayor eficacia, siendo una estrategia que ayuda a los pacientes a determinar cómo sus cogniciones se relacionan con sus emociones y sus conductas, ayudándolos a identificar las cogniciones defectuosas y sustituirlas por percepciones positivas y saludables, favoreciendo al cambio de conducta y la disminución de los síntomas depresivos.

En conclusión, tanto los rasgos de personalidad, como un cuadro depresivo mayor, pueden influir en la presencia de riesgo suicida en especial en los adolescentes; en el caso

de la personalidad, es importante conocer los criterios diagnósticos establecidos y así determinar los rasgos predominantes que pueden a su vez incrementar el riesgo suicida en un adolescente; siendo beneficioso instaurar un perfil de personalidad de riesgo suicida, de tal modo que se fomente en los adolescentes cultivar características de su personalidad que les permita un desarrollo de personalidad más sano y adaptativo.

Finalmente, el saber establecer adecuadamente un diagnóstico de un trastorno depresivo mayor, es fundamental, sobre todo en la etapa de la adolescencia, ya que, al presentar índices más altos de depresión, presentan mayor riesgo suicida, por lo que, es de vital importancia establecer un diagnóstico oportuno que facilite un tratamiento adecuado, no solo por la sintomatología que presenta, sino por su estrecha relación con el riesgo de suicidio.

Capítulo 5

Metodología y Resultados de la Investigación

5.1. Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo transversal de casos y controles, con el objetivo de investigar los índices del riesgo suicida en adolescentes con trastornos de consumo de SPA, de 14 a 17 años, en comparación con estudiantes del mismo grupo de edades que no presentan trastornos de consumo de sustancias psicoactivas.

5.2. Área de Estudio

El área de estudio pareado se realizó en la Comunidad Terapéutica “Hogar Crecer” (grupo casos) y en la Unidad Educativa Fiscal Mixta “Central La Inmaculada” (grupo controles).

5.3. Muestra

La muestra estuvo conformada por 105 participantes varones con edades entre 14 y 17 años de edad ($\bar{X}=15,51$ años; $DT=0,06$ años), dividida en dos grupos; uno de casos, que corresponden a 45 pacientes de la comunidad terapéutica “Hogar Crecer”; y otro de controles, con 60 estudiantes varones de la Unidad Educativa Fiscal Mixta “Central la Inmaculada”, de los cuales 12 no participaron en el estudio, debido a que presentaron trastornos de consumo de SPA y 3 se negaron a participar.

Los dos grupos, fueron pareados uno a uno por edad, conformados por todos aquellos adolescentes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

5.3.1. Criterios de inclusión para los casos.

La muestra estuvo conformada por todos los adolescentes internos en la Comunidad Terapéutica “Hogar Crecer”, en edades entre 14 y 17 años de sexo masculino, que aceptaron voluntariamente su participación en el estudio y que hayan tenido un tiempo de internamiento mayor a 6 semanas.

5.3.2. Criterios de exclusión para los casos.

De este grupo, quedaron excluidos del estudio, los adolescentes menores de 14 años y aquellos que habrían cumplido la mayoría de edad; así como los internos que presentaron trastornos psicóticos, retardo mental o patologías graves que impidan la realización adecuada de los reactivos psicológicos, además de aquellos que se encontraban internos por un tiempo de internamiento menor a 6 semanas.

5.3.3. Criterios de inclusión para los controles.

La muestra estuvo conformada por adolescentes de 14 a 17 años, estudiantes de la Unidad Educativa Fiscal Mixta “Central La Inmaculada” de sexo masculino, que no presentaron trastornos de consumo de SPA y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

5.3.4. Criterios de exclusión para los controles.

Fueron excluidos del estudio, los estudiantes menores de 14 años, los que habían cumplido la mayoría de edad y aquellos que presentaron trastornos de consumo de SPA.

Por otra parte, una vez aplicado el test de personalidad, se identificó a los participantes con múltiples rasgos de personalidad o con ningún rasgo de personalidad predominante; es decir, 13 estudiantes y 5 pacientes, son descartados del análisis, debido a que sus respuestas presentan un bajo nivel de confiabilidad. De manera que la muestra definitiva estuvo integrada por 32 participantes no consumidores y 40 consumidores.

Las características generales de la muestra global tanto del grupo de casos, como del grupo de controles, se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 1.

Información sociodemográfica de la muestra.

Indicadores		Grupo Controles		Grupo Casos	
		n	%	n	%
Edad	14 años	9	15.8	7	15.6
	15 años	21	36.8	16	35.6
	16 años	16	28.1	14	31.1
	17 años	11	19.3	8	17.8
	Total	57	100	45	100
Estado civil	Soltero	57	100	42	93.3
	Unido	0	0	1	2.2
	Separado	0	0	2	4.4
	Total	57	100	45	100
Tipo de familia	Nuclear	35	61.4	7	15.6
	Extendida	5	8.8	12	26.7
	Monoparental	14	24.6	12	26.7
	Otros	3	5.3	14	31.1
	Total	57	100	45	100
Nivel socioeconómico	Bajo	0	0	7	15.6
	Medio	55	96.5	38	84.4
	Alto	1	1.8	0	0
	NS/NC	1	1.8	0	0
	Total	57	100	45	100
Consumo de SPA	Si	12	21	45	100
	No	45	79	0	0
	Total	57	100	45	100

Nota: Otros hace referencia a los abuelos, tíos, hermanos y vecinos.

La edad de los participantes, fue de 14 y 17 años, en los casos y controles; en los dos grupos el mayor número de participantes son adolescentes de 15 años, solteros en su mayoría, en donde más del 90% pertenecen a un nivel socioeconómico medio.

En el grupo controles, el 61.4% de los estudiantes, pertenecen a una familia nuclear; del total de estudiantes que participaron en el estudio, el 79% de los adolescentes no presentaron trastornos de consumo de SPA, mientras que un 21% de estudiantes, fueron diagnosticados con abuso y/o dependencia de SPA, siendo excluidos del análisis de datos.

En el grupo casos, a diferencia del grupo controles, el 31.1% de los pacientes, pertenecen a familias conformadas por abuelos, tíos, hermanos o vecinos, mientras que, sólo el 15.6% pertenecen a una familia nuclear; por otra parte; cabe recalcar que el 100% de los adolescentes, presentan trastornos por consumo de SPA con un tiempo de internamiento que varía entre 6 y 36 semanas ($\bar{X}$ = 19,48 semanas).

5.4. Técnicas e Instrumentos de Medición

Los instrumentos utilizados para la obtención de datos, fueron la Mini Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica para Niños y Adolescentes (MINI-KID) y el Cuestionario Internacional de Trastornos de Personalidad (IPDE).

La MINI- KID, es una entrevista estructurada, de la cual se aplicó, la escala el riesgo suicida (B), la escala de abuso de alcohol (L) y drogas (M) y la escala de episodio depresivo mayor (A); lo cual nos permitió identificar el riesgo suicida y los factores asociados en los adolescentes que formaron parte de este estudio. Este test tiene una excelente fiabilidad y validez, ya que, consta de un coeficiente de correlación Kappa de Cohen con un valor de 0.81; además de estar altamente estructurado y organizado por secciones sindromáticas y diseñado con preguntas de salto, con un tiempo de aplicación

estimado de 20 minutos (Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia [SOPNIA], 2009).

Por otra parte, el IPDE, es un cuestionario semiestructurado, que se utilizó como instrumento de evaluación de los rasgos de la personalidad presentes en los adolescentes que participaron en el estudio; este cuestionario, ha sido aprobado por la Organización Mundial de la Salud y cuenta con versiones del DSM-IV y CIE-10. Se utiliza frecuentemente en el ámbito clínico y en investigación, ya que, presenta mejores propiedades psicométricas (OMS, 1996; Brun & González, 2008).

De igual manera Brun & González (2008) manifiestan que el IPDE, es una herramienta de cribaje auto-administrada, que en su versión DSM-IV tiene 77 preguntas con dos posibles respuestas, verdadero o falso, cuyos índices de validez para identificar trastornos de la personalidad en general se obtienen con un punto de corte para trastorno probable de 4 o más respuestas no coincidentes con las esperadas, no siendo posible tomar un punto de corte mayor, de 5 o más respuestas, ya que, la sensibilidad baja hasta el 83,3%, lo que resulta inadecuado al tratarse de una prueba de cribaje.

Además, los autores antes mencionados, plantean que, el principal requisito de este tipo de instrumentos es precisamente que estén dotados de elevada sensibilidad, lo que en la práctica se traduce en la ausencia de falsos negativos; cabe recalcar que, existen hallazgos significativos de la validez del cuestionario IPDE en drogodependientes, concluyendo que esta herramienta resulta útil en la evaluación de los trastornos de la personalidad en esa población.

5.5. Plan de Procesamiento

Una vez que se obtuvo la aprobación en las dos instituciones en la cuales se realizó el estudio, se procedió a solicitar la firma de un consentimiento informado a los

representantes legales de los adolescentes, quienes, a su vez, firmaron un asentimiento de participación voluntaria en el presente estudio.

Para la selección de la muestra de los casos y controles, se tomó en cuenta los adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión y posterior a ello, se utilizó como instrumentos de medición, los dos reactivos psicológicos mencionados anteriormente; que fueron aplicados de forma colectiva en las instituciones, en las cuales, se procedió a separar a los adolescentes, en grupos de 20 aproximadamente, con un tiempo de aplicación estimado de 40 minutos por grupo.

Cabe recalcar que de la MINI-KID se aplicaron las siguientes escalas: el riesgo suicida (B), la escala de abuso de alcohol (L) y drogas (M) y la escala de episodio depresivo mayor (A). Por otra parte, el IPDE, fue aplicado en forma conjunta con el reactivo mencionado anteriormente, en un tiempo estimado de 40 minutos.

Debemos señalar, que para una obtención de datos veraces, se consideró, que la realización de la batería de reactivos psicológicos, sea de forma anónima, para lo cual los adolescentes hicieron constar como datos, únicamente su edad en las hojas de protocolo.

5.6. Análisis de Datos

Una vez obtenido los datos de la MINI-KID y el IPDE, se realizó el análisis descriptivo de los datos, mediante el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20); a su vez, el análisis univariado se realizó mediante tablas de frecuencias absolutas y porcentuales y el análisis bivariado se realizó mediante la Chi-Cuadrado, complementado con la V-Cramer para determinar la intensidad de la relación entre las variables.

5.7. Resultados

5.7.1. Resultados del estudio comparativo acerca de los índices del riesgo suicida entre los grupos casos y controles.

Tabla2.

Riesgo de suicidio, con y sin consumo de SPA.

Indicador		Sin consumo	Consumo	X ²	p
Asociación entre los niveles del riesgo de suicidio con y sin trastornos de consumo		6	17	4,613	0,032*
Nivel	Alto	6	12		
De Riesgo	Moderado	0	5		
Suicida	Bajo	0	0		

Nota: p= 0,032, existe diferencia de proporciones entre ambos grupos.

El 18,75% de los adolescentes que no presentan consumo de SPA, muestran riesgo suicida en un nivel alto, mientras que el 42,5% del grupo casos, presentan riesgo suicida en nivel alto y moderado.

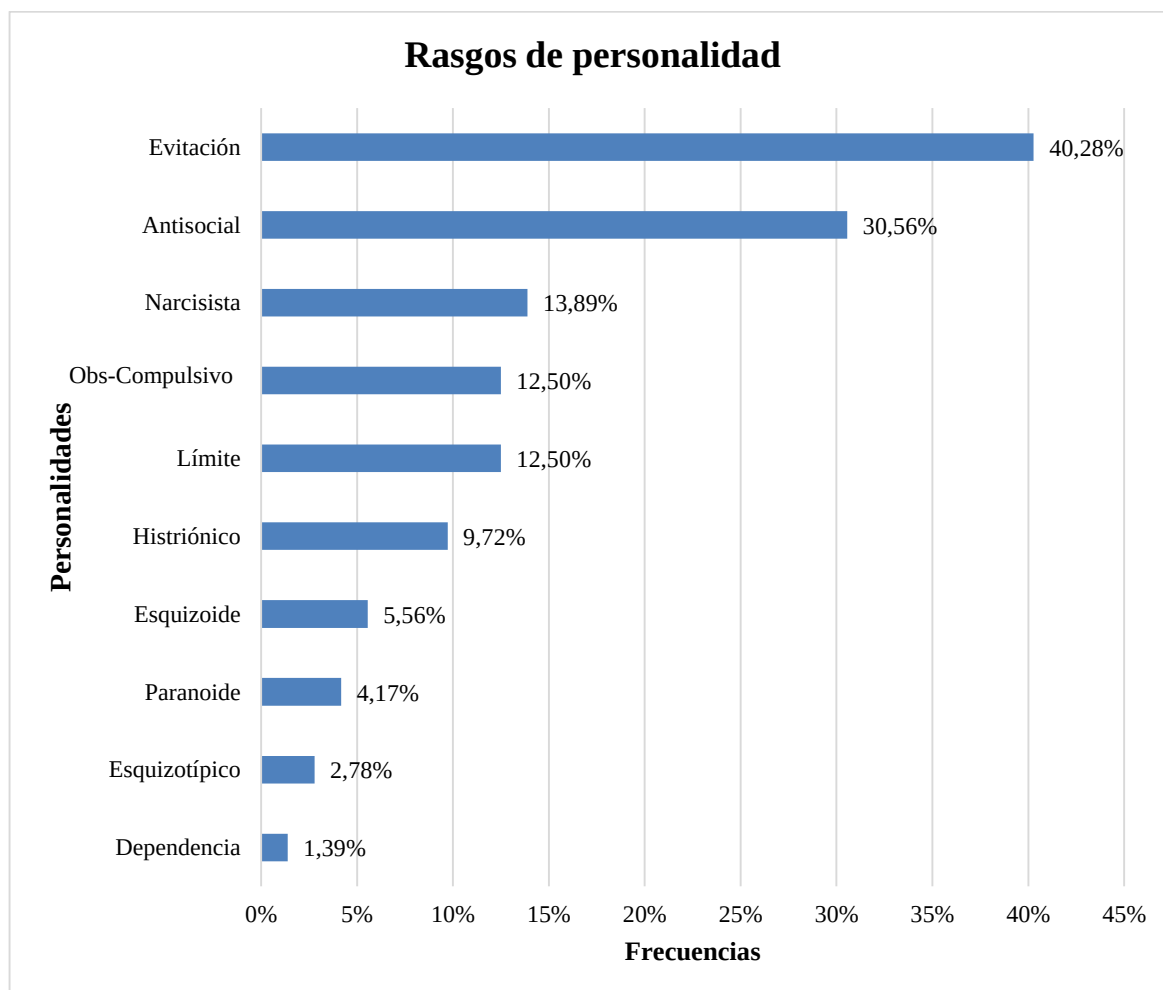
Al comparar ambos grupos, se encontró que el índice de riesgo suicida es significativamente diferente ($X^2 = 4,613$; $p = 0,032$); siendo mayor en las personas con consumo, teniendo una relación moderada ($V\text{-Cramer} = 0,253$) con el riesgo suicida.

De esta manera podemos comprobar la hipótesis 1 de nuestro estudio, la cual, plantea que los adolescentes con trastornos de consumo de SPA, podrían presentar un mayor riesgo suicida que los adolescentes sin trastornos de consumo.

5.7.2. Resultados de los rasgos de personalidad predominantes en ambos grupos.

Figura 1.

Rasgos de personalidad.



Los rasgos de personalidad que se presenta con mayor frecuencia en los adolescentes de ambos grupos, son los correspondientes a la personalidad evitativa (40,28%), seguido por la personalidad antisocial (30,56%). La dependencia es la personalidad con menor prevalencia (1,39%), seguida por la Esquizotípica (2,78%).

Tabla 3.**Rasgos de personalidad, casos y controles.**

Rasgos	Total		Sin Consumo	Con consumo	X ²	p
	n	%	n	n		
Paranoide	3	3,13	1	2	0	1
Esquizoide	4	4,17	4	0	3,18	0,075
Esquizotípico	2	2,08	0	2	0,315	0,575
Antisocial	22	22,92	2	20	16,036	0*
Límite	9	9,38	4	5	0	1
Histriónico	7	7,29	3	4	0	1
Narcisista	10	10,42	5	5	0,001	0,97
Evitación	29	30,21	16	13	2,263	0,132
Dependencia	1	1,04	1	0	0,013	0,91
Obsesivo compulsivo	9	9,38	4	5	0	1

Nota: Se encontró significancia a la comparación entre personas con consumo y sin consumo en la personalidad antisocial (*p=0)

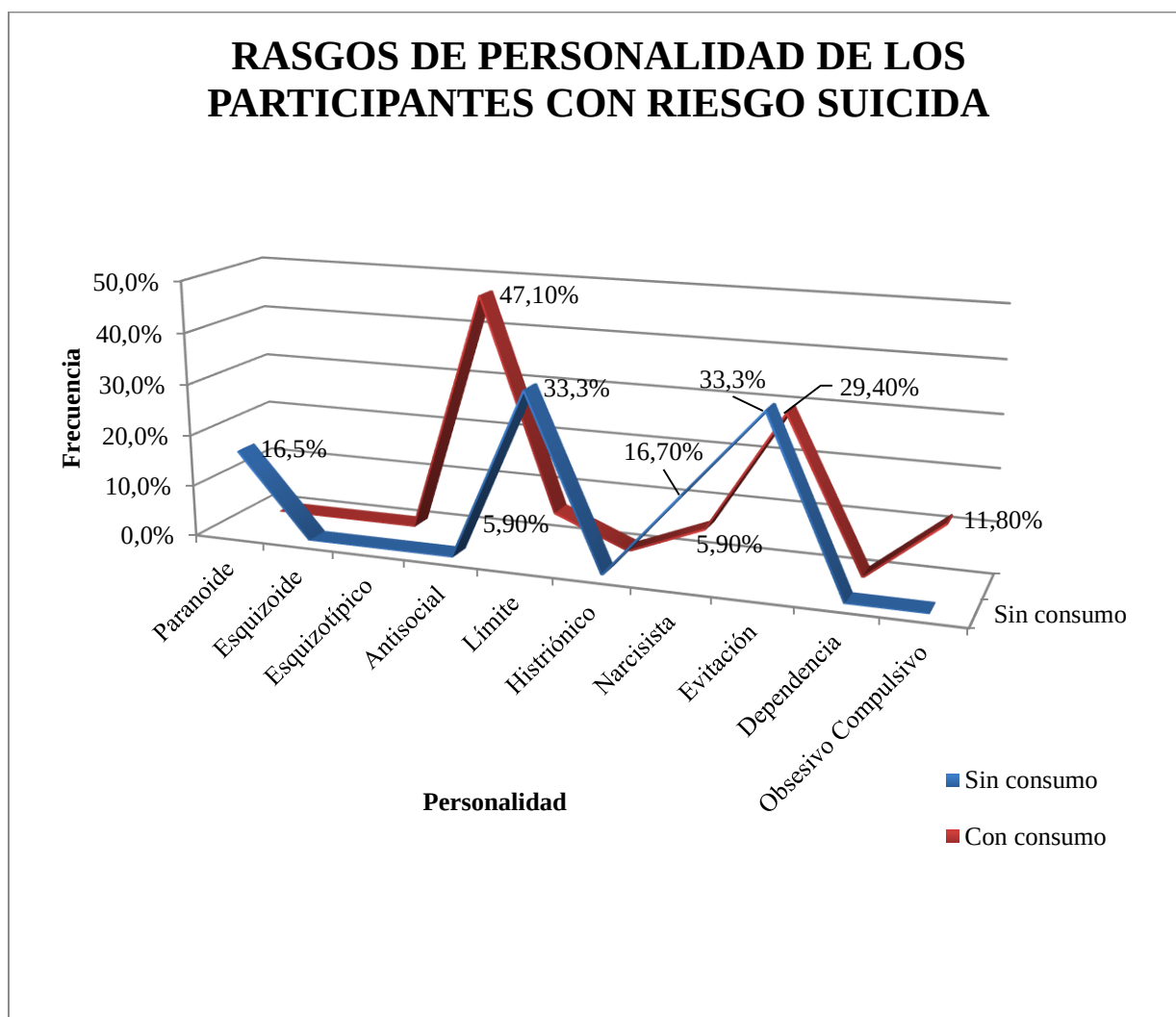
El análisis de esta tabla, exhibe los resultados por número de respuestas (n = 96); indicando que los adolescentes sin trastornos de consumo, presentan con mayor prevalencia, rasgos de personalidad evitativa; a diferencia de los adolescentes que tienen trastornos de consumo de SPA, quienes manifiestan, rasgos de personalidad antisocial y evitativa como los más frecuentes.

Además, se evidenció que el 66,7%, (n= 48) de la totalidad de los participantes, presentaron rasgos de una sola personalidad, 24 del grupo casos y 24 del grupo controles; por otra parte, el 33,3% (n=24), presentaron rasgos de dos personalidades, 8 correspondientes al grupo controles y 16 al grupo casos; no habiéndose encontrado diferencia en el número de personalidades que se presentan en ambos grupos (X² = 1,8; p= 0,18).

5.7.3. Relación de riesgo suicida con los rasgos de personalidad de mayor prevalencia en ambos grupos.

Figura 2.

Rasgos de personalidad de los participantes con riesgo suicida.



Según los resultados obtenidos, de todos los adolescentes con trastornos de consumo y con riesgo suicida, el 47,1% presentan rasgos de personalidad antisocial; mientras que los rasgos de personalidad límite y evitativa, tienen igual prevalencia en el grupo de no consumidores con riesgo suicida; es decir, un 33,3% respectivamente.

Tabla 4.**Riesgo suicida y rasgos de personalidad evitativa.**

	Con riesgo		Sin riesgo		X²	p
Asociación del riesgo suicida con la personalidad evitativa	n	%	n	%		
Casos	5	71,40	8	36,40	1,413	0,235
Controles	2	28,60	14	63,60		

Nota: El valor de Chi-cuadrado corresponde a la corrección de Yates.

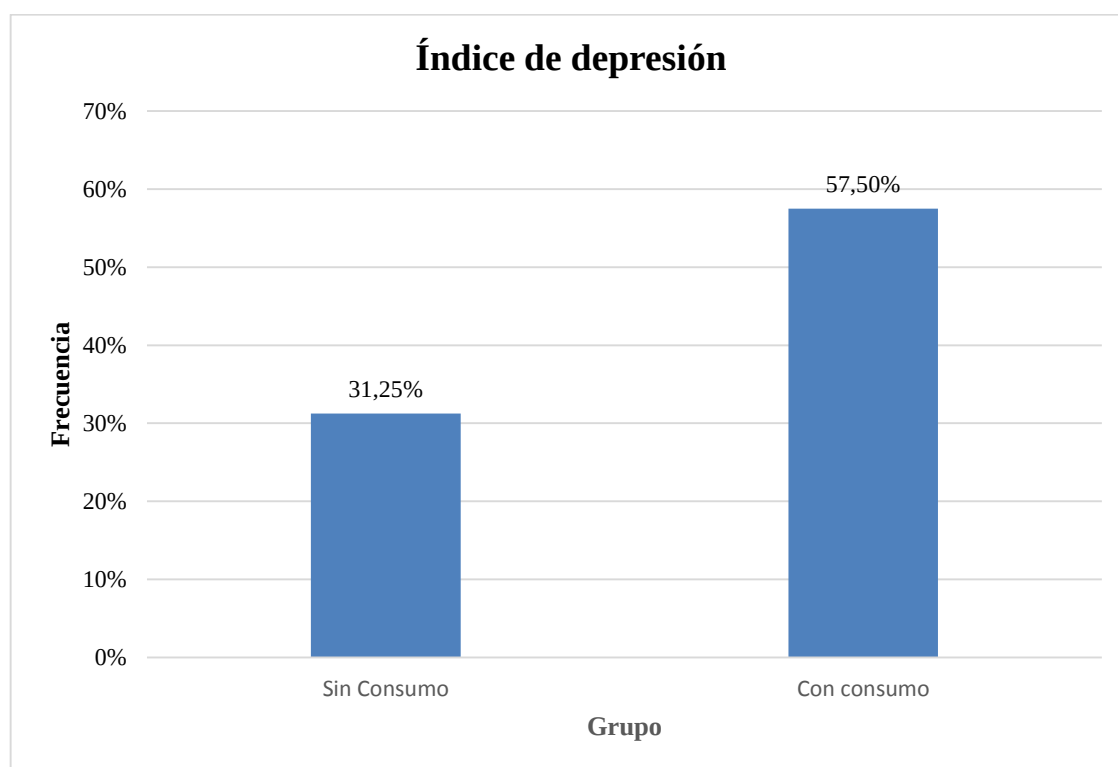
Al comparar la incidencia del riesgo suicida en los adolescentes de los grupos casos y controles que presentan rasgos de personalidad evitativa, se evidenció que estos rasgos de personalidad, no tienen relación significativa con el consumo de SPA y el riesgo suicida.

Por otra parte, el análisis referente a los rasgos de personalidad, nos permitió, rebatir la hipótesis 2 de este estudio, la cual afirma que los rasgos de personalidad límite, podrían ser un factor predisponente para el riesgo suicida en adolescentes con y sin trastornos de consumo de SPA; debido a que, los resultados indican, que los rasgos de personalidad evitativa aparecen con mayor prevalencia en los dos grupos de estudio.

5.7.4. Resultados de la escala del episodio depresivo mayor.

Figura 3.

Índice de depresión mayor.



En cuanto a la escala de depresión mayor, observamos que el 45,8% de todos los adolescentes que participaron en el estudio, presentan un episodio depresivo mayor, no obstante, de la totalidad de los grupos casos y controles, el 31,25% (10) y el 57,50% (23), presentan depresión mayor, respectivamente; encontrándose una diferencia significativa en la comparación de los dos grupos ($X^2 = 4,934$; $p = 0,026$), es decir, los adolescentes con trastornos de consumo de SPA, presentan un índice más alto de depresión. Además, se evidenció, que la intensidad de la relación entre el consumo de SPA y la depresión mayor, es media (V-Cramer = 0,253).

5.7.5. Relación de riesgo suicida y depresión, en adolescentes con y sin trastornos de consumo de SPA.

Tabla 5.

Riesgo suicida y depresión en relación al consumo de SPA.

	Con riesgo		Sin riesgo			
Asociación						
con el consumo	n	%	n	%	χ^2	p
Con depresión	14	82,35	9	39,13	7,4737	0,006*
Sin depresión	3	17,65	14	60,87		

Nota: Se encontró significancia en la asociación entre personas con riesgo suicida

En esta tabla, podemos evidenciar que, en el caso de los adolescentes con consumo de SPA y riesgo de suicidio, el 82,35%, presentan depresión, existiendo una relación alta, según la fórmula V- Cramer = 0,432, entre el riesgo suicida y la depresión mayor.

Tabla 6.

Riesgo suicida y depresión en relación al grupo sin trastornos de consumo.

	Con riesgo		Sin riesgo			
Asociación						
con el no consumo	n	%	n	%	χ^2	p
Con depresión	5	83,33	5	19,23	6,579	0,01*
Sin depresión	1	16,67	21	80,77		

Nota: Se encontró significancia en la asociación entre personas con riesgo suicida

De los adolescentes con riesgo suicida que no tienen trastornos de consumo de sustancias, el 83,33% presentan depresión mayor, mientras que el 16,67% de los adolescentes restantes, no presentan depresión, lo cual, refleja que la relación entre el riesgo suicida y la depresión mayor, es alta ($V\text{-Cramer} = 0,540$).

Concluyendo a la explicación de las tablas anteriores, podemos decir, que existe una relación directa entre las variables ($p < 0,05$) de riesgo de suicidio y la depresión mayor, en los dos grupos de estudio; es decir, que la depresión mayor incide directamente en la presencia del riesgo suicida, independientemente del consumo de SPA.

Finalmente, estos resultados, confirman la hipótesis 2 de nuestro estudio, donde se expresa que la depresión mayor, podría ser un factor predisponentes para el riesgo suicida en adolescentes con y sin trastornos de consumo de SPA.

5.8. Discusión y conclusiones

El objetivo de esta investigación fue identificar los índices de riesgo suicida y su relación con factores asociados como rasgos de personalidad predominantes, la depresión mayor y trastornos de consumo de SPA. La muestra estuvo conformada por adolescentes varones de 14 a 17 años internos en una Comunidad Terapéutica por consumo de SPA (grupo casos), en comparación con estudiantes de una Unidad Educativa del mismo grupo de edad y que no presentan trastornos de consumo (grupo controles).

Los resultados de este estudio, indicaron que en el grupo casos, el riesgo suicida se presenta en un 42.5%, a diferencia del grupo controles en quienes el porcentaje de riesgo es de un 18,75%, lo cual, demuestra que el riesgo de suicidio, es mayor en los adolescentes con trastornos de consumo de SPA, al igual que la depresión mayor, cuya prevalencia es de un 57,50% en los casos y de un 31,25% en los controles.

Esto coincide con lo planteado en otras investigaciones, tales como las de Shaffer (1988) y Cortés (2013), en donde afirman que los adolescentes varones con trastornos de consumo, tienen mayor riesgo de suicidarse, que los no consumidores de SPA, manifestando que el consumo de sustancias, es uno de los factores de riesgo en la presencia de conductas suicidas en esta etapa. De igual manera, los resultados a cerca de la prevalencia de la depresión mayor, concuerdan con lo expuesto por varios autores que plantean que la adolescencia resulta un terreno sensible para el consumo de sustancias psicoactivas, que en varias ocasiones presentan altas tasas de comorbilidad con otros problemas de salud mental como los trastornos depresivos (Toro & Yepes, 1997; Weinberg et al., 1998).

Por otro lado, se evidenció, que existe una relación significativa entre el riesgo de suicidio y la depresión mayor en ambos grupos, ya que, tanto en los casos como en los

controles que tienen riesgo suicida, presentaron una prevalencia de depresión mayor en un 82,5% y 83,33% respectivamente, reflejando que la relación entre estas variables, es independiente del consumo de sustancias; lo cual asevera, los hallazgos de estudios como el de Aristizábal et al. (2009) donde se demuestra que, el 50% de las muertes por suicidio se deben al trastorno depresivo mayor, comprobando así, que éste, juega un papel importante en la conducta suicida.

En cuanto a los resultados sobre los rasgos de personalidad predominantes, estos indican que los rasgos de personalidad con mayor frecuencia en ambos grupos, es la evitativa en un 40,28% y la antisocial en un 30,76%; al ser los rasgos de personalidad evitativa la más frecuente en ambos grupos, se encontró que no existe una asociación con el riesgo suicida y el consumo de sustancias. Cabe recalcar, que en el grupo casos que tienen riesgo suicida, predominan con un 47,1% los rasgos de personalidad antisocial, mientras que en los controles con riesgo suicida, prevalecen en igual porcentaje los rasgos de personalidad evitativa y límite en un 33,3%.

Por el contrario, algunos estudios como los de Quintanilla et al. (2004) y Casullo & Castro (2002), afirman que tanto un desorden de personalidad limítrofe como el antisocial, son predictores de la conducta suicida, mientras que otros autores, manifiestan que la presencia simultánea de rasgos antisociales y de personalidad límite, incrementa el riesgo suicida; lo cual refleja una incongruencia con los resultados de nuestro estudio debido a que como mencionamos anteriormente, los rasgos de personalidad, no inciden directamente en la presencia de riesgo suicida.

En conclusión, la relación entre el riesgo suicida y estas variables debe ser evaluada en otros estudios donde participen principalmente la población adolescente, en rangos de edades más amplios, ya que, es una etapa de crisis en donde el sujeto es vulnerable a presentar riesgo suicida asociado a otros problemas como el consumo de sustancias y la

depresión, como se evidenció en los resultados de nuestro estudio; por otro lado, una mejor evaluación de los rasgos de personalidad asociados al riesgo de suicidio, favorecería a una predicción adecuada de quienes podrían cometer una conducta suicida basados en los rasgos de personalidad que presentan.

Finalmente, es importante destacar que nuestro estudio presentó como limitante la falta de información y estudios acerca del riesgo de suicidio, especialmente en la población adolescente, así como, la escasez estadística en sí del riesgo suicida, ya que, la mayoría de investigaciones, están centradas exclusivamente en los suicidios consumados y las tentativas de suicidio.

5.9. Recomendaciones

En la actualidad, la mayoría de los adolescentes, se encuentran vulnerables a presentar riesgo suicida, debido a los diferentes factores asociados a los cuales están expuestos; por lo que, es necesario tomar en cuenta, las siguientes recomendaciones:

- Realizar talleres de prevención acerca del riesgo suicida y los factores asociados como el consumo de sustancias y la depresión, para evitar la presencia de conductas suicidas.
- En las Unidades Educativas y otras instituciones a cargo de grupos adolescentes, convendría, que se ejecuten evaluaciones continuas a través de un equipo especializado y con amplio conocimiento del tema, para la detección oportuna del riesgo suicida.
- Realizar investigaciones con el fin de determinar otros factores que puedan estar relacionados con el riesgo suicida, tales como la disfuncionalidad familiar, el bullying, la migración, entre otros.

Referencias

- Águila, E., Estrella, D., Pérez, N., & Rubio, H. (2014). La importancia del apoyo familiar y social en la salud mental de personas con alcoholismo en proceso de rehabilitación. *Ciencia y Humanismo en la salud*, 1(3). 117-122.
- Aguirre, A. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. Barcelona: Marcombo, S.A.
- Alonso, A., & Swiller, H. (1995). Terapia de grupo dinámica para pacientes adictos a sustancias: Reconceptuación. *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. (pp. 269-283). Mexico, D.F: El Manual Moderno.
- Arias, M., Fernández, S., Jiménez, M., Gutiérrez, J., & Deronceré, O. (2009). Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *Medisan*, 13(1). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm
- Aristizábal, A., González, A., Palacio, C., García, J., & López, C. (2009). Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 446-463. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n3/v38n3a05.pdf>
- Aristizábal, C., Cañón, S., Castaño, J., Castaño, L., García, K., Marín, J.,... Sánchez, G. (2012). Riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales (Colombia). *Archivos de Medicina*, 13(1). Recuperado de: <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/13/98>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed., texto rev.) (pp. 391-399; 481). Barcelona: Masson.
- Ballano, F., & Arroyo, E. (2009). Fundamentos de psicología general y evolutiva. *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente* (pp. 232-234). Madrid: Editex, S. A.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G., (2010). Terapia Cognitiva de la Depresión (pp. 11-27; 137-146). España: Declée de Brower.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I.,... Villanueva, V. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. *Socidrogalcohol*, 47-220. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf>
- Brent, A., Baugher, M., Bridge, J., & Chen, T. (1999). Age and sex related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, (38), 1497-1505.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2009). Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes. *Aportes Técnicos* (pp. 35-40; 227-260). Buenos Aires: Librería Akadia.
- Brun, E., & González, M. (2008). Validez del Cuestionario Internacional Personality Disorder Examination (IPDE) en una muestra de población penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2(10). Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/73/181>

- Calvete, E., & Estévez, A. (2006). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21(1), 50-54.
- Cañón, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, 1(62), 62-67. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273819434005>
- Casas, F. (2000). El bienestar psicológico de los preadolescentes. *Anuario de Psicología*, 2(31), 73-86. Recuperado de <http://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/8857/11154>
- Casas, J. J., & Ceñal, M. J. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 1(9), 22-23.
- Casas, M. D., Franco, J. M., Goikolea, M. Á., Jiménez-Arriero, J., Martínez-Raga, C., Roncero, N., & Szerman (2008). Trastorno bipolar asociado al uso de sustancias adictivas (patología dual): Revisión sistemática de la evidencia científica y consenso entre profesionales expertos. *Actas Esp Psiquiatr*, 36(6), 350-351.
- Casullo, M., & Castro, A. (2002). Patrones de Personalidad, Síndromes Clínicos y Bienestar Psicológico en Adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(7), 129-140. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3927/3782>
- Colón-Soto, M., Díaz, V., & Soto O. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview para niños y adolescentes (MINI-KID) Versión en Español. Tampa: Medical Outcome Systems. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/38642591/MINI-KID-entrevista-estructurada-ninos-y-adolescentes#scribd>
- Córdova, A. J., Estrada, A. G., & Velázquez, M. (2013). Detección de riesgo suicida en una muestra de adolescentes estudiantes de escuelas secundarias. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 7-21.
- Cortés, A. (2013). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 133-135.
- Cortés, A., Aguilar, J., Suárez, R., Rodríguez, E., & Durán, J. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(1), 33-41. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v27n1/mgi04111.pdf>
- Cruz, E., Moreira, I., Orraca, O., Pérez, N., & Hernández, P. (2011). Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 15(4), 52-61. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n4/rpr07411.pdf>
- De la Peña, F., Ulloa, R., & Páez, F. (1999). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes: Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Revista Salud Mental*, 15, 88-92.
- De Lucas Taracena, M., & Montañés, F. (2006). Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas. *Adicciones*, 18(4), 382-384.
- Delval, J. (2002). La Adolescencia. *El desarrollo humano* (pp. 550). Madrid: Siglo XXI.
- Erikson, E. (1972). Notas autobiográficas sobre la crisis de la identidad. *Sociedad y Adolescencia* (pp. 7-20). México: Siglo XXI.

- Freud, A. (1961). Mecanismo de defensa. *El Yo y los mecanismos de defensa* (pp. 51-55). Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1905). Metamorfosis de la pubertad. *Tres ensayos sobre teoría sexual* (pp. 17-18). Madrid: Alianza Editorial, S. A.
- García, J., & Delval, J. (2010). La Adolescencia. Etapa de cambio y adaptación. *Psicología del Desarrollo I*. Recuperado de <https://books.google.es/books?isbn=8436260287>
- García, J., Piñeda, A., & Almaguer, L. (2011). Intento suicida y adolescencia: una mirada teórica al fenómeno. *Revista Electrónica Zoilo Marinello Vidarrueta*, 36(1). Recuperado de <http://www.ltu.sld.cu/revista/modules.php?name=News&file=article&sid=186/es>
- González, C., & Andrade, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación de la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18(4), 41-46.
- Grigoravicius, M. (2011). Consumo de sustancias psicoactivas y expectativas hacia el alcohol en niños escolarizados entre 8 y 12 años. *Anuario de investigaciones*, 18. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v18/v18a38.pdf>
- Guevara, B., & Esteves, M. (2012). Identificación de Potencial Suicida en Adolescentes de 13 a 19 Años. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 3(21), 281-289. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281929021009>
- Gutiérrez, A., Contreras, C., & Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29 (5), 67-71.
- Hernández, Q., & Gómez, E. L. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 45-52.
- Inglés, B., Delgado, R., Bautista, M., Torregrosa, J. P. Espada, M. García, J.,... García-López, L. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 403-420.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. (2013). *Egresos hospitalarios y causas de Mortalidad en el 2012*. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas-causas-de-mortalidad-y-egresos-hospitalarios-2013/>
- Irurtia, J., Caballo, V., & Ovejero, A. (2009). Trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas. *Psicología Conductual*, 17(1), 159-161.
- Lara, M., Vega, M., Pons, L., Prats, M., & Hernández, I. (2009). Factores de riesgo asociado al intento suicida en la adolescencia. *Multimed*, 13(4). Recuperado de <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2009/v13-3-4/5.html>
- Lebrón, D. (2003). Cambios Físicos, Satisfacción con la Imagen Corporal, Autoestima y las Relaciones Interpersonales en Adolescentes en Puerto Rico, 10-45. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/305115810>
- Lozano, A. (2014). Teorías de teorías sobre la adolescencia. *Última Década*, 40. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19531682002>
- Mafla, A. (2008). Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. *Colombia Médica*, 1(39), 42-44.
- Martínez, H. (2005). Evaluación del Riesgo de Suicidio. *Hojas Clínicas de Salud Mental*, (5), 35-47.

- Mederos, M., Casas, J., Melis, V., & Pullós, M. (2011). Intentos suicidas en el área de salud del Policlínico Universitario "José Martí Pérez". *Medisan*, 15(12). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n12/san101211.pdf>
- Millán-González, R., & Solano-Medina, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 375-385. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?Id=80615447011>.
- Minuchin, S. (1974). Un Modelo Familiar. *Familias y terapia familiar* (pp 78-85). Barcelona: Gedisa.
- Mobilli, A., & Rojas, C. (2006). Aproximación al adolescente con trastorno de conducta disocial. *Investigación en Salud*, 2(3), 121-128. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?Id=14280212>
- Molina, S., Inda, M., & Fernández, C. (2009). Vinculación de Conductas Problemáticas y Rasgos de Personalidad en la Adolescencia. *Revista de Investigación Educativa*, 27(1), 73-85. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?Id=283322804005>
- Moreno, A., & Medina-Mora, M. (2008). Tabaquismo y depresión. *Salud mental*, 31(5), 412-413.
- Mullen, D. J., & Hendren, R. L. (1998). El niño o adolescente suicida. *Psiquiatría del niño y el adolescente* (pp. 232). Madrid: Harcourt Brace de España, S.A.
- Nardi, B. (2004). La depresión adolescente. *Psicoperspectivas*, 3(1), 95-123. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.Oa?Id=171017841006>.
- Ocampo, R., Bojorquez, I., & Cortés, M. (2009). Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, 1994-2006. *Salud Pública de México*, 51(4), 307-310.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas. *Clasificación Internacional de Enfermedades*. (pp.50-62). Argentina: Médica Panamericana, S. A.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad: Módulo D.S.M.-IV. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (1999). Programa para la salud y el desarrollo de los adolescentes. *OMS, Serie de Informes Técnicos*, 886, 19-35.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. *Serie de Informes Técnicos*, 7(31), 11-12. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Estadísticas sanitarias mundiales 2010. Recuperado de http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Traumatismo y Violencia, datos, 3-17. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44335/1/9789243599373_spa.pdf
- Pardo, G., Sandoval, A., Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13(1), 13-28. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?Codigo=3246301>
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista*

- médica de Chile*, 137(2), 226-233. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n2/art06.pdf>
- Peña, G., Casas, L., Padilla de la Cruz, M., Gómez, T., & Gallardo, M. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(3), 182-187. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v31n3/mil05302.pdf>
- Pérez, J., Azcuy, M., Pérez, T., & Mirabal, G. (2014). Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 33(1), 70-78. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v33n1/ibi08114.pdf>
- Pérez, S. (1999). El Suicidio, Comportamiento y Prevención. *Revista Cubana Med*, 15(2), 196-205. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n2/mgi13299.pdf>
- Quintanilla, R., Valadez, I., González de Mendoza, J., Vega, J., Flores, L., & Valencia, S. (2004). Tipos de personalidad y conducta suicida. *Investigación en Salud*, 6(2), 108-113. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?Id=14260209>
- Rahola, R., Morandi, T., Cozzetti, E., Lewintal, C., Cornellá, J., & Surís, J. (2002). La adolescencia: Consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. *Salud reproductiva en la adolescencia*, 28-40. Recuperado de http://sec.es/descargas/AA_1999_Manual_Salud_Reproductiva_Adolescencia.pdf
- Rich, C., Fowler, R., & Fogarty, R. (1990). San Diego suicide study: the adolescents. *Adolescence*, 25(100), 854-865.
- Rivas, M., & Capilla, A. (2002). Tratamiento de una depresión causada por pérdida afectiva. *Revista Acción Psicológica*, 1(2), 195-203. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/552/489>
- Royo, J. (2008). Adolescentes y drogas: nuevos factores y comportamientos de riesgo asociados al consumo. *Humanitas: Humanidades Médicas*, 30, 1-7.
- Saavedra, M. (2004). Teorías sobre la adolescencia. En M. Escorza (Ed.), *Cómo entender a los adolescentes para educarlos mejor* (pp. 3-13). México: Pax México.
- Sánchez, M. (2002). El suicidio ha crecido cuatro veces en cinco años en los hombres. *El País, Madrid*. Recuperado de http://elpais.com/diario/2002/03/05/salud/1015282808_850215.html
- Santacruz, H., & De Santacruz, C. (2007). Psicología y Psicopatología en la Adolescencia. Acercar las Teorías y las Realidades. *Univ. med*, 43(4), 2-9.
- Sepúlveda, C., & Mericq, V. (2011). Mecanismos reguladores de la pubertad normal y sus variaciones. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 27-38. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401170390X>
- Serfaty, E., Andrade, J., Foglia, L., Masaútis, A., & Negri, G. (2006). Suicidio en Adolescentes y Jóvenes de 10-24 años. *Rev. Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)*, 42(22), 17-21. Recuperado de <http://www.apsa.org.ar/docs/sinopsis42.pdf>
- Shaffer, D. (1988). The epidemiology of teen suicide: an examination of risk factors. *J Clin Psychiatry*, 49(9), 36-41.
- Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. (2011). Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria. *Pediatría Integral*, 15(6), 507-518.

- Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. (2009). Validación concurrente para trastornos externalizados del Mini-Kid y la entrevista semiestructurada para adolescentes. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 20(1), 9-12.
- Sonntag, H., Wittchen, H. U., Höfler, M., Kessler, R. C., & Stein, M. B. (2000). Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults?. *European Psychiatry*, 15(1), 67-74.
- Timms, P. (2007). Terapia Cognitivo-Conductual TCC. *Royal College of Psychiatrists*. Recuperado de <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/translations/spanish/tccbt.aspx>
- Toro, R. J., & Yepes, L. E. (1997). Farmacodependencia. *Fundamentos de Medicina. Manual de Psiquiatría* (pp. 85). Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.
- Vairo, M., Ruiz, M., Blanco, M., Marusevich, D., & Finkelsztejn, C. (2003). Adolescentes y comportamiento suicida. Factores de riesgo. *VERTEX*, 14(53), 180–181. Recuperado de: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex53.pdf#page=20>
- Vigotsky, L. (1978). *El Desarrollo de los procesos psicológicos superiores* (pp. 87-92; 123-130) Barcelona: Grijalbo.
- Weinberg, N. Z., Rahdert, E., Colliver, J. D., & Glantz, M. D. (1998). El abuso de sustancias en la adolescencia: una revisión de los últimos 10 años. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(3), 252-261.

Anexos



Cuenca, 05 de marzo del 2015.

Psc. Cl.
Geovanny Torres,
GERENTE DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA
PARA ADOLESCENTES "HOGAR CRECER"
Su despacho.

De nuestras consideraciones:

Quienes suscriben, Ximena Elizabeth Palomeque Palomeque y Elvis Danilo Arévalo Cordero, en nuestro carácter de estudiantes del 10^{mo} ciclo de la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, se dirigen a Ud. a fin de solicitarle de la manera más cordial, nos autorice realizar nuestra tesis de graduación, en la Comunidad Terapéutica que usted acertadamente dirige. El tema de nuestro estudio es "Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes varones adictos en recuperación y adolescentes sin problemas de adicciones entre los 14 a 17 años"; para lo cual consideramos necesario la participación de los usuarios seleccionados según los criterios de inclusión que amerita nuestro estudio, cuyas actividades a realizarse se describen en el anexo adjunto.

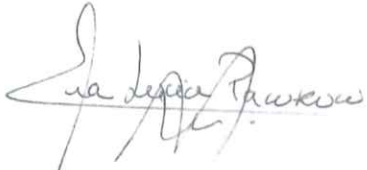
Nos comprometemos a mantener la confidencialidad y el debido respeto en cuanto a los datos obtenidos e identificación de los usuarios.

Por la favorable acogida que dé a la presente, anticipamos nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente,


Elizabeth Palomeque P.
Estudiante de Psc. Clínica
UNIVERSIDAD DEL AZUAY


Danilo Arévalo C.
Estudiante de Psc. Clínica
UNIVERSIDAD DEL AZUAY


Dra. Ana Lucía Pacurucu
Directora de la Escuela de Psc. Clínica.
UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Aprobado.


09-03-15.



Certifico que este documento
es fiel copia del original.
Fecha.....09-03-2015.....


FIRMA AUTORIZADA



Ing. Piedad Heredia,
DIRECTORA FINANCIERA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA
PARA ADOLESCENTES "HOGAR CRECER"
Su despacho.

De nuestras consideraciones:

Quienes suscriben, Ximena Elizabeth Palomeque Palomeque y Elvis Danilo Arévalo Cordero, en nuestro carácter de estudiantes del 10^{mo} ciclo de la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, se dirigen a Ud. a fin de solicitarle de la manera más cordial, nos autorice realizar nuestra tesis de graduación, en la Comunidad Terapéutica que usted acertadamente dirige. El tema de nuestro estudio es "Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes varones adictos en recuperación y adolescentes sin problemas de adicciones entre los 14 a 17 años"; para lo cual consideramos necesario la participación de los usuarios seleccionados según los criterios de inclusión que amerita nuestro estudio, cuyas actividades a realizarse se describen en el anexo adjunto.

Nos comprometemos a mantener la confidencialidad y el debido respeto en cuanto a los datos obtenidos e identificación de los usuarios.

Por la favorable acogida que dé a la presente, anticipamos nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente,

Elizabeth Palomeque P.
Estudiante de Psc. Clínica
UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Danilo Arévalo C.
Estudiante de Psc. Clínica
UNIVERSIDAD DEL AZUAY

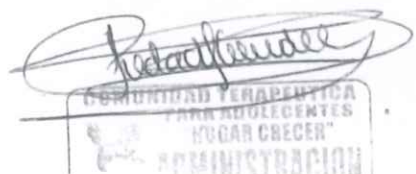
Dra. Ana Lucía Pacurucu
Directora de la Escuela de Psc. Clínica.
UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Certifico que este documento
es fiel copia del original.

Fecha 09-03-2015

FIRMA AUTORIZADA

Aprobado



UNIDAD EDUCATIVA "LA INMACULADA"

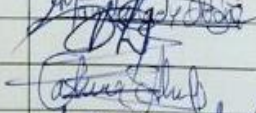
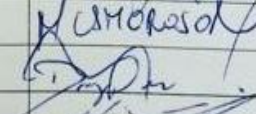
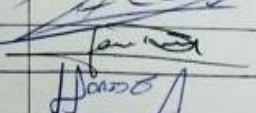
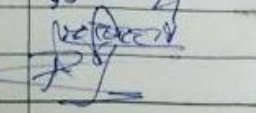
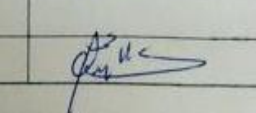


Cuenca, 4 de mayo del 2015

Señores Profesores:

Con la autorización del Sr. Rector y análisis del DECE, se realizará un trabajo de investigación, con estudiantes de psicología Clínica de la Universidad del Azuay, aplicado a los **estudiantes varones de Décimo de Básica a Tercero de Bachillerato**; solicitamos a ustedes de la manera más comedida, brindar el respectivo permiso el día **viernes 8 de mayo** del presente a las 13h00pm.


Arq. Diego Cevallos Sarmiento
RECTOR

NO.	NOMBRES Y APELLIDOS	FUNCIÓN	FIRMAS
1	CEVALLOS SARMIENTO DIEGO	Rector	
2	GALLEGOS BRAVO MARIETA	Vicerrectora	
3	BRAVO MUÑOZ GEOVANNY	Inspector General	
4	ABRIL SALAZAR PATRICIA	Profesora	
5	AMOROSO MARÍA DEL CARMEN	Profesora	
6	ARIAS SINCHI DIEGO	Profesor	
7	ARICHÁBALA ALVEAR HERNÁN	Profesor	
8	BRAVO MUÑOZ LENIN	Profesor	
9	CONTRERAS LEÓN DORIS	Profesora	
10	FAREZ MATUTE ANA LUCÍA	Profesora-inspectora	
11	GARCÍA PALACIOS PATRICIO	Profesor	
12	LÓPEZ ASTUDILLO INÉS	Profesora	
13	MEJÍA BARRERA CECILIA	Profesora	

UNIDAD EDUCATIVA
"LA INMACULADA"



14	MOGROVEJO MUÑOZ ANA	Profesora	Ana Mogrovejo
15	MALDONADO MOGROVEJO PRISCILA	Profesora	
16	MOROCHO PATIÑO LORD	Profesora	Lord Morcho
17	OCHOA CAMPOVERDE MARCELA	Profesora	Marcela Ochoa
18	ORDÓÑEZ ALVAREZ LUCÍA	Profesora	Lucía Ordóñez
19	ORDÓÑEZ GALLEGOS ANDREA	Profesora	Andrea Ordóñez
20	PERALTA PROCEL SOLEDAD	Profesora-inspectora	Soledad Peralta
21	PÉREZ CORDERO GRACIELA	DECE	Graciela Pérez
22	PESÁNTEZ ZÚÑIGA RUTH	Profesora-inspectora	Ruth Pesántez
23	PIEDRA PALACIOS MARIELA	Profesora	Mariela Piedra
24	PULLA MERCHÁN PEDRO	Profesor-inspector	Pedro Pulla
25	RACINES MARÍA EUGENIA	Profesora	Eugenia Racines
26	RIERA CALLE GINA	Profesora	Gina Riera
27	RODAS CORNEJO MÓNICA	Profesora	Mónica Rodas
28	SAMANIEGO ARIAS VIRNA	Profesora-inspectora	Virna Samaniego
29	SANMARTÍN MARTHA DANIELA	Profesora	Daniela Sanmartín
30	SARMIENTO POLO PABLO	Profesor	Pablo Sarmiento
31	SIGUENCIA BARRETO MARCO	Profesor	Marco Sigüenza
32	URGILÉS GONZÁLEZ RUTH	Profesora	Ruth Urgilés
33	VÁSQUEZ ILLESCAS HUGO	Profesor	Hugo Vázquez
34	VERGARA ROMÁN EDITH	DECE	Edith Vergara

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cuenca, 25 de 03 de 2014

Nombre del representante: _____ con cédula de
ciudadanía n°: 010295220-7 en representación del estudiante:
_____ en calidad de MADRE

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que mi representado participe de manera voluntaria en el estudio a realizarse por Elizabeth Palomeque y Danilo Arévalo, estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, en coordinación con el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) de la institución educativa; con el fin de contribuir a la investigación científica acerca de los índices del "Riesgo suicida y factores asociados (depresión, personalidad y consumo de sustancias) en adolescentes varones de 14 a 17 años".

Dejo constancia que mi representado, ha recibido toda la información necesaria, clara y comprensible sobre los objetivos y procedimientos a seguir. Por otra parte, se guardará la absoluta confidencialidad de los datos y resultados obtenidos del menor. Cabe recalcar que los tests se realizarán de forma anónima, en los cuales se registrarán como dato personal únicamente la edad y la fecha de aplicación, por lo que los resultados obtenidos aportarán al conocimiento global de los participantes.

De esta manera, autorizo a las personas a cargo, realizar los procedimientos pertinentes para el presente estudio.



Firma del representante

Entrevistadores:



Elizabeth Palomeque



Danilo Arévalo

Autoridades de la Unidad Educativa:



Dra. Marieta Gallegos
Vicerrectora



Lcda. Marcia Quito
Coordinadora del DECE

ASENTIMIENTO PARA MENOR DE EDAD

Se me ha explicado el propósito y los procedimientos de esta investigación, por lo que, dejo constancia que he recibido toda la información necesaria, con el conocimiento de que se guardará la confidencialidad de los datos y que me puedo abstener de la participación, si así lo deseo.

Firmo este documento voluntariamente sin ser forzado a hacerlo. Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

Nombre de participante menor de edad: _____

Firma: _____

Fecha: 18/05/15.

Entrevistadores

Estudiante de Psicología Clínica: Danilo Arévalo C.

Firma: _____

Fecha: 18-05-15

Estudiante de Psicología Clínica: Elizabeth Palomeque P.

Firma: _____

Fecha: 18-05-15

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Fecha de nacimiento 28 Junio 1999

Edad 14 (15) 16 17

Estado civil (Soltero) Casado Unido Separado
Divorciado Viudo

Número de hijos 0

Nivel de educación Sin estudios Primaria incompleta
Primaria completa (Secundaria en curso)
Año de educación básica o bachillerato 2^{do} BGU

¿Con quién vive? (Padre) (Madre) (Hermanos)
Otros _____

Nivel socioeconómico Alto (Medio) Bajo

Nombre y Apellidos..... Fecha

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE
Módulo DSM-IV**DIRECTRICES:**

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos 5 años.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.
3. Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.

- | | | | |
|-----|--|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. | Normalmente me divierto y disfruto de la vida. | ☒ V | ☐ F |
| 2. | Confío en la gente que conozco. | ☐ V | ☒ F |
| 3. | No soy minucioso con los detalles pequeños. | ☐ V | ☐ F |
| 4. | No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser. | ☒ V | ☐ F |
| 5. | Muestro mis sentimientos a todo el mundo..... | ☐ V | ☒ F |
| 6. | Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí | ☐ V | ☒ F |
| 7. | Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco. | ☒ V | ☐ F |
| 8. | Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas..... | ☒ V | ☐ F |
| 9. | Mucha gente que conozco me envidia. | ☐ V | ☒ F |
| 10. | Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles. | ☒ V | ☐ F |
| 11. | Nunca me han detenido. | ☒ V | ☐ F |
| 12. | La gente cree que soy frío y distante. | ☐ V | ☒ F |

13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas. V (F)
14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo. V F
15. La gente tiene una gran opinión sobre mí. V F
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales. V F
17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea. V (F)
18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien. V F
19. Me resulta muy difícil tirar las cosas. V (F)
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo. V (F)
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás. V (F)
22. Uso a la gente para lograr lo que quiero. V (F)
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente. V F
24. A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas. V F
25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito. V (F)
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando. V (F)
27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo. V (F)
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente. V (F)
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos. V (F)
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente. V F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales. V F
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas. V (F)
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo. V (F)
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no
estoy seguro de que les gusto. V (F)
35. No me gusta ser el centro de atención. V (F)
36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel. V F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo. V F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí. V F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente. V (F)
40. A menudo me siento vacío por dentro. V F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más. V (F)
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidarme mí mismo. V (F)
43. Tengo ataques de ira o enfado. V F
44. Tengo fama de que me gusta "flirtear". V (F)
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer. V (F)
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo. V F
47. Pierdo los estribos y me meto en peleas. V (F)
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero. V (F)

49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana. V (F)
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables. V (F)
51. Tengo miedo de ponerme en ridículo ante gente conocida. V (F)
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente. (V) F
53. Soy muy emocional y caprichoso. V (F)
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas. (V) F
55. Sueño con ser famoso. V (F)
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias. (V) F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz. (V) F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas. V (F)
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera. V (F)
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales. (V) F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido. V (F)
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente. V (F)
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas. V (F)
64. A la gente le resulta difícil saber claramente qué estoy diciendo. V (F)
65. Prefiero asociarme con gente de talento. V (F)
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación. V (F)
67. No suelo mostrar emoción. V (F)
68. Hago cosas para que la gente me admire. V (F)
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos. V (F)
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico. V (F)
71. Me siento cómodo en situaciones sociales. V (F)
72. Mantengo rencores contra la gente durante años. V (F)
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo. V (F)
74. Me resulta difícil no meterme en líos. V (F)
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje. V (F)
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho. V (F)
77. Tengo amigos íntimos. (V) F

RESUMEN DE LA PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE Módulo DSM-IV

Nombre y Apellidos..... Fecha

1. Poner un círculo en los ítems que no estén seguidos de F, si la respuesta es VERDADERO.
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es FALSO.
3. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto ha dado positiva la evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra, y de la importancia relativa que tengan para ellos los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos). Este cuestionario no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad.

301.0	PARANOIDE	2F	14F	36	38	58	66	72	3
301.20	ESQUIZOIDE	1F	12	21F	31	46	57F	77F	3
301.22	ESQUIZOTÍPICO	2F	24	30	52	64	67	70	71F 77F 8
301.50	HISTRIONICO	5	10	17	26	28	35F	44	45 2
301.7	ANTISOCIAL	11F	18F	20	29	47	56	74	1
301.81	NARCISISTA	7F	9	15	22	37	55	61	65 68 2
301.83	LÍMITE	4	8	13	25F	40	43	53	60 75 6
301.4	OBSESIVO-COMPULSIVO	3F	19	23	32	41	48	54	59 2
301.6	DEPENDENCIA	6	33	42	49	50	62	69F	73 1
301.82	EVITACION	16	27	34	38	39	51	63	76 2

Hoja RESUMEN DE PUNTUACIÓN I.P.D.E.:**MÓDULO DSM-IV**

Nombre Sexo Edad E.Civil.....
 Estudios.....Profesión.....Fecha(s).....
 Examinador.....Tiempo requerido

RESUMEN

TRASTORNO DSM-IV	Nº de criterios que se cumplen	Diagnóstico Positivo	Diagnóstico Probable	Diagnóstico Negativo	Nivel de Confianza
301.0 Paranoide	3		✓		2
301.20 Esquizoide	3		✓		2
301.22 Esquizotípico	5	✓			2
301.7 Antisocial	1			✓	2
301.83 Límite	6	✓			2
301.50 Histriónico	2			✓	2
301.81 Narcisista	2			✓	2
301.82 Evitación	2			✓	2
301.6 Dependencia	1			✓	2
301.4 Obs.-compulsivo	2			✓	2
301.9 No especificado	11	✓			2

Puntuar el nivel de confianza en la validez de cada diagnóstico (1=alto, 2=medio, 3=bajo). Usar para ello el juicio clínico, la entrevista IPDE y cualquier otra fuente de información.

M.I.N.I. KID

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes

Versión en Español

USA: **D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo**
University of South Florida - Tampa

FRANCE: **Y. Lecrubier, T Hergueta.**
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Versión en Español:

USA: **M. Colón-Soto, V. Díaz, O. Soto**
University of South Florida - Tampa

© Copyright 1998, 2000, Sheehan DV

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias de la M.I.N.I. para su uso personal.

La MINI para adultos está disponible:

En un programa para la computadora en el "Medical Outcome Systems, Inc" en www.medical-outcomes.com

También está disponible gratuito a través del "Medical Outcome Systems, Inc" en www.medical-outcomes.com

- MINI cambios, adelantos & revisiones
- Traducciones de la MINI en mas de 30 idiomas
- La MINI Selección de pacientes para especialidades primarias
- La MINI Plus para la investigación
- La MINI Kid para niños y adolescentes
- La MINI Seguimiento de pacientes para seguir la respuesta al tratamineto

Nombre del paciente:	_____	Número de protocolo:	_____
Fecha de nacimiento:	15 años	Hora en que inició la entrevista:	_____
Nombre del entrevistador:	_____	Hora en que terminó la entrevista:	_____
Fecha de la entrevista:	08-Mayo-2015	Duración total:	_____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CUMPLE LOS CRITERIOS	DSM-IV	ICD-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	☐	296.20-296.26 Único	F32.x
B RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	☐	N/A	N/A
C TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	☐	300.4	F34.1
D EPISODIO (HIPO) MANÍACO	Actual Pasado	☐ ☐	296.00-296.06	F30.x-F31.9
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes) De por Vida	☐ ☐	300.01/300.21	F40.01-F41.0
F AGORAFOBIA	Actual	☐	300.22	F40.00
G TRASTORNO de ANSIEDAD de SEPARACIÓN	Actual (último mes)	☐	309.21	F93.0
H FOBIA SOCIAL	Actual (último mes)	☐	300.23	F40.1
I FOBIA ESPECÍFICA	Actual (último mes)	☐	300.29	N/A
J TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	☐	300.3	F42.8
K ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)	☐	309.81	F43.1
L ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	☐	303.9/305.00	F10.2x/F10.
L DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	☐	303.9/305.00	F10.2x/F10.
M ABUSO DE DROGAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	☐	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
M DEPENDENCIA DE DROGAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	☐	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
N TRASTORNOS DE TIC	Actual Pasado	☐ ☐	307.20-307.23	F95.x
O TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/ HIPERACTIVIDAD	Últimos 6 meses	☐	314.00-314.01	F90.0/F98.8
P TRASTORNO DE LA CONDUCTA	Últimos 12 meses	☐	312.8	F91.x
Q TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	Últimos 6 meses	☐	313.81	F91.3
R TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por Vida Actual	☐ ☐	295.10-295.90/297.1/ 297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	F20.xx-F29
S ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	☐	307.1	F50.0
T BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	☐	307.51	F50.2
U TRASTORNO de ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	☐	300.02	F41.1
V TRASTORNOS ADAPTATIVOS	Actual	☐	309.24/309.28 309.3/309.4	F43.xx

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

(⇒ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICAS CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

En las últimas dos semanas:

- | | | | |
|------|--|--------------------------------|---|
| A1 | ¿Te has sentido triste o deprimido? ¿Has estado desanimado?
¿Has estado malhumorado o molesto?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA | NO <u>SÍ</u> | 1 |
| A2 a | ¿Has estado bien aburrido o menos interesado en las cosas (Como jugar tus juegos favoritos)?
¿Has sentido que ya no puedes disfrutar de las cosas?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2? | NO <u>SÍ</u>

⇒ NO SÍ | 2 |
| b | ¿Te has sentido de esta manera la mayor parte del día? | ⇒ NO <u>SÍ</u> | |
| c | ¿Te has sentido de esta manera casi todos los días? | ⇒ NO <u>SÍ</u> | |

A3 En las últimas dos semanas, cuando te sentías deprimido, malhumorado o sin interés en las cosas:

- | | | | |
|---|---|--------------|---|
| a | ¿Tenías menos hambre o mas hambre la mayoría de los días?
¿Perdiste o ganaste peso sin intentarlo? [i.e., por $\pm$ 5% de su peso corporal
ó $\pm$ 8 libras en el último mes]
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA | NO <u>SÍ</u> | 3 |
| b | ¿Tenías dificultad para dormir casi todas las noches ("dificultad para dormir"
significa, dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche,
despertarte bien temprano o dormir demasiado)? | NO <u>SÍ</u> | 4 |
| c | ¿Hablabas o te movías más lento de lo usual? ¿Estabas inquieto
o se te hacía difícil quedarte tranquilo?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA | NO <u>SÍ</u> | 5 |
| d | ¿Te sentías cansado casi todo el tiempo? | NO <u>SÍ</u> | 6 |
| e | ¿Te sentías mal acerca de ti mismo casi todo el tiempo?
¿Te sentías culpable casi todo el tiempo?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA | NO <u>SÍ</u> | 7 |
| f | ¿Se te hacía difícil prestar atención? ¿Se te hacía difícil decidirte?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA | <u>NO</u> SÍ | 8 |
| g | ¿Te sentías tan mal que deseabas estar muerto? ¿Pensabas en hacerte
daño a ti mismo? ¿Pensabas en quitarte la vida?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA | NO <u>SÍ</u> | 9 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	<u>SÍ</u>
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

B. RIESGO DE SUICIDIO

B1	a	¿Alguna vez te has sentido tan mal que deseaste estar muerto?	NO	☒ SÍ	Puntos 1
	b	¿Alguna vez has tratado de hacerte daño?	NO	☒ SÍ	2
	c	¿Alguna vez has tratado de quitarte la vida?	NO	☒ SÍ	4

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

→ N

O ☒ SÍ

**RIESGO DE SUICIDIO
PASADO**

En el último mes:

B2	¿Deseaste estar muerto?	NO	☒ SÍ	1
B3	¿Quisiste hacerte daño ?	NO	☒ SÍ	2
B4	¿Pensaste en quitarte la vida?	NO	☒ SÍ	6
B5	¿Pensaste en como quitarte la vida?	NO	☒ SÍ	10
B6	¿Trataste de quitarte la vida?	☒ NO	SÍ	10

¿CODIFICO SÍ EN POR LO MENOS UNA DE LAS ANTERIORES?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (B1-B6)
CIRCULAR "SÍ" Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

NO ☒ SÍ

**RIESGO DE SUICIDIO
ACTUAL**

1-5 puntos	Leve	☐
6-9 puntos	Moderado	☐
≥ 10 puntos	Alto	☒

L. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

L1	¿En el último año, has tomado más de 2 bebidas alcohólicas en un día? ¿En esas ocasiones, tomaste mas de 2 bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas? ¿Hiciste esto mas de 2 veces en el último año? CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA	NO	SÍ	1
----	---	----	----	---

L2	En el último año :			
a	¿Necesitaste beber más alcohol para conseguir los mismos efectos que cuando empezaste a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducías la cantidad de alcohol o dejabas de beber, temblaban tus manos? ¿Sudabas? ¿Te sentías nervioso o no te podías quedar tranquilo? ¿Alguna vez bebiste para evitar estos problemas? ¿Bebiste otra vez para evitar la resaca? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
c	¿Cuándo bebías alcohol, acababas bebiendo más de lo que en un principio habías planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Has tratado de reducir o dejar de beber alcohol? ¿Te diste cuenta de que no podías lograrlo? CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA	NO	SÍ	5
e	¿En los días que bebías, pasabas mas de dos horas bebiendo? Incluye el tiempo que te tomó conseguir el alcohol, beberlo, y recuperarte de sus efectos.	NO	SÍ	6
f	¿Pasaste menos tiempo en otras cosas debido a que estabas bebiendo (Como en la escuela, en tus pasatiempos, o estar con tus amigos)?	NO	SÍ	7
g	¿Continuaste bebiendo a pesar de saber que esto te causaba problemas (Como de salud fisica o mental)?	NO	SÍ	8

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE L2 a-g?

☒ NO

☐ SÍ

DEPENDENCIA DE ALCOHOL

En el último año :

L3	a ¿Has estado intoxicado, embriagado, o con resaca cuando tenías algo importante que hacer? ¿Como tu trabajo escolar u otras responsabilidades en la casa? ¿Te pasó esto mas de una vez? ¿Esto te causó algún problema? CODIFIQUE SÍ SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	10
b	¿Estabas intoxicado cuando estabas haciendo algo en lo que podías correr un riesgo fisico, (Como correr en bicicleta, conducir un automóvil, o utilizar una máquina)?	NO	SÍ	11

c ¿Has tenido problemas legales debido a tu uso de alcohol (Como ser arrestado o ser detenido por la policía)?

☒ NO

SÍ

12

d ¿Has continuado bebiendo a pesar de saber que esto te ocasionaba problemas con tu familia? ¿Con otras personas?

☒ NO

SÍ

13

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE L3?

☒ NO

SÍ

ABUSO DE ALCOHOL
ACTUAL

M. TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

- M1 a Ahora te voy a leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.
Deténme, si en el pasado año, has tomado alguna de estas drogas,
en mas de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar tu estado de ánimo.

NO ☐ SÍ ☐

CIRCULE TODAS LAS DROGAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, "speed", cristal, dexedrine, ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, "speedball".

Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

Alucinógenos: LSD (ácido) mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, "peace pill"), "psilocybin", STP, hongos, éxtasi

Inhalantes: pegamento, "ether", óxido nitroso, ("laughing gas"), "amyl" o "butyl nitrate" ("poppers").

Mariguana: hashish, THC, pasto, hierba, mota, "reefer".

Tranquilizantes: Qualude, Seconal ("reds"), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, "Miltown"
Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

Otras drogas: Esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra droga?

Especifique la Droga(s) MAS USADA: _____

MARQUE UNA CASILLA

SOLO UNA DROGA / CLASE DE DROGAS HA SIDO UTILIZADA .

☐

SOLO LA CLASE DE DROGAS MAS UTILIZADA ES EXPLORADA.

☐

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR L2 Y L3 SEGÚN SEA NECESARIO)

☐

- b. SI EXISTE USO CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUE DROGA /
CLASE DE DROGAS VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN: _____

M2 Quiero que pienses en tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), en el pasado año:

- | | | | | |
|---|--|----|----|---|
| a | ¿Necesitaste tomar mas de esa droga para obtener los mismos efectos que cuando empezaste a usarla? | NO | SÍ | 1 |
| b | ¿Cuándo disminuiste la cantidad o dejaste de usar droga(s), te sentiste mal físicamente o tuviste síntomas de abstinencia? ("Síntomas de abstinencia" pueden ser sentirte enfermo, dolor en el cuerpo, temblores, fiebre, debilidad, malestar estomacal, diarreas, náuseas, sudoraciones, sentir que tu corazón late mas fuerte, dificultad para dormir, sentirte nervioso, irritable o sentir como que no te puedes quedar tranquilo.) ¿Usaste la droga(s) otra vez para evitar enfermarte o para sentirte mejor? | NO | SÍ | 2 |

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

- | | | | | |
|---|--|----|----|---|
| c | ¿Cuando usabas (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) terminabas usando más de lo que en un principio habías planeado? | NO | SÍ | 3 |
| d | ¿Has tratado de disminuir o dejar de tomar (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada)? ¿Te diste cuenta que no pudiste?
CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA | NO | SÍ | 4 |
| e | ¿En los días que usabas (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) pasabas mas de dos horas usándola? Incluye el tiempo que te tomó conseguir (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), usarla y recuperarte de sus efectos. | NO | SÍ | 5 |
| f | ¿Pasaste menos tiempo haciendo otras cosas debido a tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada)? ¿Como estar en la escuela, disfrutar de pasatiempos o estar con tus amigos? | NO | SÍ | 6 |
| g | ¿Continuaste usando (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) a pesar de saber que esto te causaba problemas? ¿Como de tu salud física o mental? | NO | SÍ | 7 |

¿CODIFICÓ POSITIVO PARA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ACTUAL (Codificó SÍ en por lo menos tres respuestas de M 2)?
especificar la droga(s): _____

NO	→	SÍ
DEPENDENCIA DE DROGAS ACTUAL		

Quiero que pienses en tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) durante el año pasado:

Durante el año pasado:

- | | | | | |
|------|---|----|----|----|
| M3 a | ¿Has estado intoxicado o con resaca a causa de las drogas cuando tenías algo importante que hacer? ¿Como la tarea u otras responsabilidades en tu hogar? ¿Esto te pasó mas de una vez? ¿Esto te ocasionó algún problema?
(CODIFIQUE SÍ, SOLO SI ESTO LE OCCASIONÓ PROBLEMAS) | NO | SÍ | 9 |
| b | ¿Estabas intoxicado cuando estabas haciendo algo en lo que podías correr un riesgo físico, (Como correr en bicicleta, conducir un automóvil, o utilizar una máquina)? | NO | SÍ | 10 |
| c | ¿Has tenido algún problema legal debido a tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), (Como ser arrestado o detenido por la policía)? | NO | SÍ | 11 |
| d | ¿Has continuado usando(nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), a pesar de saber que esto te causaba problemas con tu familia? ¿Con otras personas?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA | NO | SÍ | 12 |

¿CODIFICÓ SÍ EN M3a o b o c o d?

NO	SÍ
ABUSO DE DROGAS ACTUAL	

- b. SI EXISTE USO CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUE DROGA / CLASE DE DROGAS VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN: _____

M2 Quiero que pienses en tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), en el pasado año:

a ¿Necesitaste tomar mas de esa droga para obtener los mismos efectos que cuando empezaste a usarla? NO SÍ 1

b ¿Cuándo disminuiste la cantidad o dejaste de usar droga(s), te sentiste mal físicamente o tuviste síntomas de abstinencia? ("Síntomas de abstinencia" pueden ser sentirte enfermo, dolor en el cuerpo, temblores, fiebre, debilidad, malestar estomacal, diarreas, náuseas, sudoraciones, sentir que tu corazón late mas fuerte, dificultad para dormir, sentirte nervioso, irritable o sentir como que no te puedes quedar tranquilo.) ¿Usaste la droga(s) otra vez para evitar enfermarte o para sentirte mejor? NO SÍ 2

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

c ¿Cuando usabas (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) terminabas usando más de lo que en un principio habías planeado? NO SÍ 3

d ¿Has tratado de disminuir o dejar de tomar (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada)? ¿Te diste cuenta que no pudiste? NO SÍ 4

CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA

e ¿En los días que usabas (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) pasabas mas de dos horas usándola? Incluye el tiempo que te tomó conseguir (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), usarla y recuperarte de sus efectos. NO SÍ 5

f ¿Pasaste menos tiempo haciendo otras cosas debido a tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada)? ¿Como estar en la escuela, disfrutar de pasatiempos o estar con tus amigos? NO SÍ 6

g ¿Continuaste usando (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) a pesar de saber que esto te causaba problemas? ¿Como de tu salud física o mental? NO SÍ 7

¿CODIFICÓ POSITIVO PARA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ACTUAL (Codificó SÍ en por lo menos tres respuestas de M 2)? especificar la droga(s): _____

NO	→	SÍ
DEPENDENCIA DE DROGAS ACTUAL		

Quiero que pienses en tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) durante el año pasado:

Durante el año pasado:

- | | | | | | |
|----|---|---|----|----|----|
| M3 | a | ¿Has estado intoxicado o con resaca a causa de las drogas cuando tenias algo importante que hacer? ¿Como la tarea u otras responsabilidades en tu hogar? ¿Esto te pasó mas de una vez? ¿Esto te ocasionó algún problema?
(CODIFIQUE SÍ, SOLO SI ESTO LE OCCASIONÓ PROBLEMAS) | NO | SÍ | 9 |
| | b | ¿Estabas intoxicado cuando estabas haciendo algo en lo que podías correr un riesgo físico, (Como correr en bicicleta, conducir un automóvil, o utilizar una máquina)? | NO | SÍ | 10 |
| | c | ¿Has tenido algún problema legal debido a tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), (Como ser arrestado o detenido por la policía)? | NO | SÍ | 11 |
| | d | ¿Has continuado usando(nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), a pesar de saber que esto te causaba problemas con tu familia? ¿Con otras personas?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA | NO | SÍ | 12 |

¿CODIFICÓ SÍ EN M3a o b o c o d?

NO

SÍ

**ABUSO DE DROGAS
ACTUAL**

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Fecha de nacimiento

11 de mayo del 2015.

Edad

14

15

~~16~~

17

Estado civil

Soltero

Casado

Unido

Divorciado

Viudo

Separado

Número de hijos

0

Nivel de educación

Sin estudios

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria en curso

Año de educación básica o bachillerato _____

¿Con quién vive?

Padre

Madre

Hermanos _____

Otros

Abuelito, Tío y mi Sobrino.

Nivel socioeconómico

Alto

Medio

Bajo

Fecha de ingreso

7 de mayo del 2015.

Tiempo de internamiento

Nº semanas 24 semanas 2 días.

Nombre y Apellidos _____

Fecha 28/5/2015

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE MÓDULO DSM-IV

DIRECTRICES:

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos 5 años.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.
3. Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida. | ☒ V | ☐ F |
| 2. Confío en la gente que conozco. | ☒ V | ☐ F |
| 3. No soy minucioso con los detalles pequeños. | ☒ V | ☐ F |
| 4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser. | ☐ V | ☒ F |
| 5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo. | ☐ V | ☒ F |
| 6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí. | ☐ V | ☒ F |
| 7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco. | ☒ V | ☐ F |
| 8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas. | ☒ V | ☐ F |
| 9. Mucha gente que conozco me envidia. | ☒ V | ☐ F |
| 10. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles. | ☒ V | ☐ F |
| 11. Nunca me han detenido. | ☐ V | ☒ F |
| 12. La gente cree que soy frío y distante. | ☐ V | ☒ F |

13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas. V (F)
14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo. V (F)
15. La gente tiene una gran opinión sobre mí. (V) F
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales. V (F)
17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea. (V) F
18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien. V (F)
19. Me resulta muy difícil tirar las cosas. (V) F
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo. V (F)
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás. V (F)
22. Uso a la gente para lograr lo que quiero. V (F)
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente. (V) F
24. A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas. V (F)
25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito. (V) F
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando. V (F)
27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo. V (F)
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente. (V) F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos. V (F)
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente. V (F)
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales. V (F)
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas. V (F)
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo. V (F)
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no
estoy seguro de que les gusto. V (F)
35. No me gusta ser el centro de atención. (V) (F)
36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel. V (F)
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo. (V) F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí. (V) F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente. V (F)
40. A menudo me siento vacío por dentro. V (F)
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más. V (F)
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidarme mí mismo. (V) F
43. Tengo ataques de ira o enfado. V (F)
44. Tengo fama de que me gusta "flirtear". (V) (F)
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer. V (F)
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo. V (F)
47. Pierdo los estribos y me meto en peleas. V (F)
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero. V (F)

49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana. ☒ V ☐ F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables. ☐ V ☒ F
51. Tengo miedo de ponerme en ridículo ante gente conocida. ☒ V ☐ F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente. ☐ V ☒ F
53. Soy muy emocional y caprichoso. ☐ V ☒ F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas. ☒ V ☐ F
55. Sueño con ser famoso. ☐ V ☒ F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias. ☒ V ☐ F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz. ☐ V ☒ F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas. ☐ V ☒ F
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera. ☐ V ☒ F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales. ☐ V ☒ F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido. ☐ V ☒ F
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente. ☐ V ☒ F
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas. ☐ V ☒ F
64. A la gente le resulta difícil saber claramente qué estoy diciendo. ☒ V ☐ F
65. Prefiero asociarme con gente de talento. ☐ V ☒ F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación. ☐ V ☒ F
67. No suelo mostrar emoción. ☐ V ☒ F
68. Hago cosas para que la gente me admire. ☐ V ☒ F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos. ☒ V ☐ F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico. ☐ V ☒ F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales. ☒ V ☐ F
72. Mantengo rencores contra la gente durante años. ☐ V ☒ F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con la personas de las que dependo. ☐ V ☒ F
74. Me resulta difícil no meterme en líos. ☐ V ☒ F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje. ☐ V ☒ F
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho. ☐ V ☒ F
77. Tengo amigos íntimos. ☒ V ☐ F

RESUMEN DE LA PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE Módulo DSM-IV

Nombre y Apellidos..... Fecha

1. Poner un círculo en los ítems que no estén seguidos de F, si la respuesta es VERDADERO.
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es FALSO.
3. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto ha dado positiva la evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra, y de la importancia relativa que tengan para ellos los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos). Este cuestionario no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad.

301.0	PARANOIDE	2F	14F	36	38	58	66	72	2
301.20	ESQUIZOIDE	1F	12	21F	31	46	57F	77F	1
301.22	ESQUIZOTIPICO	2F	24	30	52	64	67	70	71F
301.50	HISTRIONICO	5	10	17	26	28	35F	44	45
301.7	ANTISOCIAL	11F	18F	20	29	47	56	74	1
301.81	NARCISISTA	7F	9	15	22	37	55	61	65
301.83	LIMITE	4	8	13	25F	40	43	53	60
301.4	OBSESIVO-COMPULSIVO	3F	19	23	32	41	48	54	59
301.6	DEPENDENCIA	6	33	42	49	50	62	69F	73
301.82	EVITACION	16	27	34	38	39	51	63	76

I.P.D.E. _____

Módulo DSM-IV

Hoja RESUMEN DE PUNTUACIÓN I.P.D.E.:**MÓDULO DSM-IV**

Nombre Sexo Edad E.Civil.....
 Estudios.....Profesión.....Fecha(s).....
 Examinador.....Tiempo requerido

RESUMEN

TRASTORNO DSM-IV	Nº de criterios que se cumplen	Diagnóstico Positivo	Diagnóstico Probable	Diagnóstico Negativo	Nivel de Confianza
301.0 Paranoide	2			✓	2
301.20 Esquizoide	1			✓	2
301.22 Esquizotípico	1			✓	2
301.7 Antisocial	4	✓			2
301.83 Límite	1			✓	2
301.50 Histriónico	5	✓			2
301.81 Narcisista	3			✓	2
301.82 Evitación	2			✓	2
301.6 Dependencia	2			✓	2
301.4 Obs.-compulsivo	3		✓		2
301.9 No especificado	3		✓		2

Puntuar el nivel de confianza en la validez de cada diagnóstico (1=alto, 2=medio, 3=bajo). Usar para ello el juicio clínico, la entrevista IPDE y cualquier otra fuente de información.

Nombre del paciente: _____ Número de protocolo: _____
 Fecha de nacimiento: 15 Hora en que inició la entrevista: 4:05 pm
 Nombre del entrevistador: _____ Hora en que terminó la entrevista: 4:20 pm
 Fecha de la entrevista: 12/3/15 Duración total: 15 minutos

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CUMPLE LOS CRITERIOS	DSM-IV	ICD-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	☐	296.20-296.26 Único	F32.x
B RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	☐	N/A	N/A
C TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	☐	300.4	F34.1
D EPISODIO (HIPO) MANÍACO	Actual Pasado	☐ ☐	296.00-296.06	F30.x-F31.9
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes) De por Vida	☐ ☐	300.01/300.21	F40.01-F41.0
F AGORAFOBIA	Actual	☐	300.22	F40.00
G TRASTORNO de ANSIEDAD de SEPARACIÓN	Actual (último mes)	☐	309.21	F93.0
H FOBIA SOCIAL	Actual (último mes)	☐	300.23	F40.1
I FOBIA ESPECÍFICA	Actual (último mes)	☐	300.29	N/A
J TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	☐	300.3	F42.8
K ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)	☐	309.81	F43.1
L ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	☐	303.9/305.00	F10.2x/F10.
L DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 mscs	☐	303.9/305.00	F10.2x/F10.
M ABUSO DE DROGAS (no alcohol)	Últimos 12 mscs	☐	304.00-90/305.20-90	F11.1-F19.1
M DEPENDENCIA DE DROGAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	☐	304.00-90/305.20-90	F11.1-F19.1
N TRASTORNOS DE TIC	Actual Pasado	☐ ☐	307.20-307.23	F95.x
O TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/ HIPERACTIVIDAD	Últimos 6 mscs	☐	314.00-314.01	F90.0/F98.8
P TRASTORNO DE LA CONDUCTA	Últimos 12 mscs	☐	312.8	F91.x
Q TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	Últimos 6 mscs	☐	313.81	F91.3
R TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por Vida Actual	☐ ☐	295.10-295.90/297.1/ 297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	F20.xx-F29
S ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	☐	307.1	F50.0
T BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	☐	307.51	F50.2
U TRASTORNO de ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 mscs)	☐	300.02	F41.1
V TRASTORNOS ADAPTATIVOS	Actual	☐	309.24/309.28 309.3/309.4	F43.xx

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

(⇒ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICAS CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

En las últimas dos semanas:

- | | | | |
|------|--|---------------------------------------|---|
| A1 | ¿Te has sentido triste o deprimido? ¿Has estado desanimado?
¿Has estado malhumorado o molesto?
CODIFICAR <u>SÍ</u> , SI CONTESTÓ <u>SÍ</u> EN ALGUNA | NO <u>SÍ</u> | 1 |
| A2 a | ¿Has estado bien aburrido o menos interesado en las cosas (Como jugar tus juegos favoritos)?
¿Has sentido que ya no puedes disfrutar de las cosas?
CODIFICAR <u>SÍ</u> , SI CONTESTÓ <u>SÍ</u> EN ALGUNA

¿CODIFICÓ <u>SÍ</u> EN A1 O EN A2? | NO <u>SÍ</u>

⇒
NO <u>SÍ</u> | 2 |
| b | ¿Te has sentido de esta manera la mayor parte del día? | ⇒
NO <u>SÍ</u> | |
| c | ¿Te has sentido de esta manera casi todos los días? | ⇒
NO <u>SÍ</u> | |

A3 En las últimas dos semanas, cuando te sentías deprimido, malhumorado o sin interés en las cosas:

- | | | | |
|---|--|--------------|---|
| a | ¿Tenías menos hambre o mas hambre la mayoría de los días?
¿Perdiste o ganaste peso sin intentarlo? [i.e., por $\pm$ 5% de su peso corporal
ó $\pm$ 8 libras en el último mes]
CODIFICAR <u>SÍ</u> , SI CONTESTÓ <u>SÍ</u> EN ALGUNA | NO <u>SÍ</u> | 3 |
| b | ¿Tenías dificultad para dormir casi todas las noches ("dificultad para dormir"
significa, dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche,
despertarte bien temprano o dormir demasiado)? | NO <u>SÍ</u> | 4 |
| c | ¿Hablabas o te movías más lento de lo usual? ¿Estabas inquieto
o se te hacía difícil quedarte tranquilo?
CODIFICAR <u>SÍ</u> , SI CONTESTÓ <u>SÍ</u> EN ALGUNA | NO <u>SÍ</u> | 5 |
| d | ¿Te sentías cansado casi todo el tiempo? | NO <u>SÍ</u> | 6 |
| e | ¿Te sentías mal acerca de ti mismo casi todo el tiempo?
¿Te sentías culpable casi todo el tiempo?
CODIFICAR <u>SÍ</u> , SI CONTESTÓ <u>SÍ</u> EN ALGUNA | NO <u>SÍ</u> | 7 |
| f | ¿Se te hacía difícil prestar atención? ¿Se te hacía difícil decidirte?
CODIFICAR <u>SÍ</u> , SI CONTESTÓ <u>SÍ</u> EN ALGUNA | NO <u>SÍ</u> | 8 |
| g | ¿Te sentías tan mal que deseabas estar muerto? ¿Pensabas en hacerte
daño a ti mismo? ¿Pensabas en quitarte la vida?
CODIFICAR <u>SÍ</u> , SI CONTESTÓ <u>SÍ</u> EN ALGUNA | NO <u>SÍ</u> | 9 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

B. RIESGO DE SUICIDIO

			Puntos
B1	a	¿ Alguna vez te has sentido tan mal que deseaste estar muerto?	1
		NO <u>SÍ</u>	
	b	¿Alguna vez has tratado de hacerte daño?	2
		NO <u>SÍ</u>	
	c	¿Alguna vez has tratado de quitarte la vida?	4
		NO <u>SÍ</u>	

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

O	☒ SÍ	N
RIESGO DE SUICIDIO PASADO		

En el último mes:

B2	¿Deseaste estar muerto?	<u>NO</u>	SÍ	1
B3	¿Quisiste hacerte daño ?	<u>NO</u>	SÍ	2
B4	¿Pensaste en quitarte la vida?	<u>NO</u>	SÍ	6
B5	¿Pensaste en como quitarte la vida?	<u>NO</u>	SÍ	10
B6	¿Trataste de quitarte la vida?	<u>NO</u>	SÍ	10

¿CODIFICO SÍ EN POR LO MENOS UNA DE LAS ANTERIORES?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (B1-B6)
CIRCULAR "SÍ" Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

☒ NO	☐ SÍ
RIESGO DE SUICIDIO ACTUAL	
1-5 puntos	Leve ☐
6-9 puntos	Moderado ☐
≥ 10 puntos	Alto ☐

L. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

L1	¿En el último año, has tomado más de 2 bebidas alcohólicas en un día? ¿En esas ocasiones, tomaste mas de 2 bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas? ¿Hiciste esto mas de 2 veces en el último año? CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA	NO	<u>SÍ</u>	1
----	---	----	-----------	---

L2	En el último año : a ¿Necesitaste beber más alcohol para conseguir los mismos efectos que cuando empezaste a beber? b ¿Cuando reducias la cantidad de alcohol o dejabas de beber, temblaban tus manos? ¿Sudabas? ¿Te sentias nervioso o no te podías quedar tranquilo? ¿Alguna vez bebiste para evitar estos problemas? ¿Bebiste otra vez para evitar la resaca? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA c ¿Cuándo bebías alcohol, acababas bebiendo más de lo que en un principio habías planeado? d ¿Has tratado de reducir o dejar de beber alcohol? ¿Te diste cuenta de que no podías lograrlo? CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA e ¿En los días que bebías, pasabas mas de dos horas bebiendo? Incluye el tiempo que te tomó conseguir el alcohol, beberlo, y recuperarte de sus efectos. f ¿Pasaste menos tiempo en otras cosas debido a que estabas bebiendo (Como en la escuela, en tus pasatiempos, o estar con tus amigos)? g ¿Continuaste bebiendo a pesar de saber que esto te causaba problemas (Como de salud física o mental)?	NO	<u>SÍ</u>	2
		<u>NO</u>	SÍ	3
		NO	<u>SÍ</u>	4
		<u>NO</u>	SÍ	5
		NO	<u>SÍ</u>	6
		NO	<u>SÍ</u>	7
		NO	<u>SÍ</u>	8

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE L2 a-g?

NO	
----	---

En el último año :

L3	a ¿Has estado intoxicado, embriagado, o con resaca cuando tenías algo importante que hacer? ¿Como tu trabajo escolar u otras responsabilidades en la casa? ¿Te pasó esto mas de una vez? ¿Esto te causó algún problema? CODIFIQUE SÍ SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS. b ¿Estabas intoxicado cuando estabas haciendo algo en lo que podías correr un riesgo físico, (Como correr en bicicleta, conducir un automóvil, o utilizar una máquina)?	NO	<u>SÍ</u>	10
		NO	<u>SÍ</u>	11

c ¿Has tenido problemas legales debido a tu uso de alcohol (Como ser arrestado o ser detenido por la policía)?

NO SÍ 12

d ¿Has continuado bebiendo a pesar de saber que esto te ocasionaba problemas con tu familia? ¿Con otras personas?

NO SÍ 13

CODIFICAR SÍ SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE L3?

NO

SÍ

ABUSO DE ALCOHOL
ACTUAL

M. TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

- M1 a Ahora te voy a leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.
Deténme, si en el pasado año, has tomado alguna de estas drogas,
en mas de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar tu estado de ánimo.

-
NO SÍ

CIRCULE TODAS LAS DROGAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, "speed", cristal, dexedrine, ritalina, pildoras adelgazantes.

Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, "speedball".

Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

Alucinógenos: LSD (ácido) mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, "peace pill"), "psilocybin", STP, hongos, éxtasi

Inhalantes: pegamento, "ether", óxido nitroso, ("laughing gas"), "amyl" o "butyl nitrate" ("poppers").

Mariguana: hashish, THC, pasto, hierba, mota "reefer".

Tranquilizantes: Qualude, Seconal ("reds"), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, "Miltown"
Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

Otras drogas: Esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra droga?

Especifique la Droga(s) MAS USADA: Mariguana.

MARQUE UNA CASILLA

SOLO UNA DROGA / CLASE DE DROGAS HA SIDO UTILIZADA .

☒

SOLO LA CLASE DE DROGAS MAS UTILIZADA ES EXPLORADA.

☒

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR L2 Y L3 SEGÚN SEA NECESARIO)

☐

- b. SI EXISTE USO CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUE DROGA /
CLASE DE DROGAS VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN: Mariguana.

M2 Quiero que pienses en tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), en el pasado año:

- | | | | |
|--|----|-----------|---|
| a ¿Necesitaste tomar mas de esa droga para obtener los mismos efectos que cuando empezaste a usarla? | NO | <u>SÍ</u> | 1 |
| b ¿Cuándo disminuiste la cantidad o dejaste de usar droga(s), te sentiste mal físicamente o tuviste síntomas de abstinencia? ("Síntomas de abstinencia" pueden ser sentirte enfermo, dolor en el cuerpo, temblores, fiebre, debilidad, malestar estomacal, diarreas, náuseas, sudoraciones, sentir que tu corazón late mas fuerte, dificultad para dormir, sentirte nervioso, irritable o sentir como que no te puedes quedar tranquilo.) ¿Usaste la droga(s) otra vez para evitar enfermarte o para sentirte mejor? | NO | <u>SÍ</u> | 2 |

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

- | | | | | |
|--|--|----|-----------|---|
| c | ¿Cuando usabas (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) terminabas usando más de lo que en un principio habías planeado? | NO | <u>SÍ</u> | 3 |
| d | ¿Has tratado de disminuir o dejar de tomar (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada)? ¿Te diste cuenta que no pudiste? | NO | <u>SÍ</u> | 4 |
| CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA | | | | |
| e | ¿En los días que usabas (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) pasabas mas de dos horas usándola? Incluye el tiempo que te tomó conseguir (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), usarla y recuperarte de sus efectos. | NO | <u>SÍ</u> | 5 |
| f | ¿Pasaste menos tiempo haciendo otras cosas debido a tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada)? ¿Como estar en la escuela, disfrutar de pasatiempos o estar con tus amigos? | NO | <u>SÍ</u> | 6 |
| g | ¿Continuaste usando (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) a pesar de saber que esto te causaba problemas? ¿Como de tu salud física o mental? | NO | <u>SÍ</u> | 7 |

¿CODIFICÓ POSITIVO PARA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ACTUAL (Codificó SÍ en por lo menos tres respuestas de M 2)?
especificar la droga(s): Marihuana

NO	→	<u>SÍ</u>
DEPENDENCIA DE DROGAS ACTUAL		

Quiero que pienses en tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) durante el año pasado:

Durante el año pasado:

- | | | | | | |
|--|---|--|----|-----------|----|
| M3 | a | ¿Has estado intoxicado o con resaca a causa de las drogas cuando tenías algo importante que hacer? ¿Como la tarea u otras responsabilidades en tu hogar? ¿Esto te pasó mas de una vez? ¿Esto te ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SOLO SI ESTO LE OCCASIONÓ PROBLEMAS) | NO | <u>SÍ</u> | 9 |
| | b | ¿Estabas intoxicado cuando estabas haciendo algo en lo que podías correr un riesgo físico, (Como correr en bicicleta, conducir un automóvil, o utilizar una máquina)? | NO | <u>SÍ</u> | 10 |
| | c | ¿Has tenido algún problema legal debido a tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), (Como ser arrestado o detenido por la policía)? | NO | <u>SÍ</u> | 11 |
| | d | ¿Has continuado usando(nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), a pesar de saber que esto te causaba problemas con tu familia? ¿Con otras personas? | NO | <u>SÍ</u> | 12 |
| CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA | | | | | |

¿CODIFICÓ SÍ EN M3a o b o c o d?

NO	<u>SÍ</u>
ABUSO DE DROGAS ACTUAL	

- b. SI EXISTE USO CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUE DROGA / CLASE DE DROGAS VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN: Base de coque

M2 Quiero que pienses en tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), en el pasado año:

- | | | | | |
|--|--|----|-----------|---|
| a | ¿Necesitaste tomar mas de esa droga para obtener los mismos efectos que cuando empezaste a usarla? | NO | <u>SI</u> | 1 |
| b | ¿Cuándo disminuiste la cantidad o dejaste de usar droga(s), te sentiste mal físicamente o tuviste síntomas de abstinencia? ("Síntomas de abstinencia" pueden ser sentirte enfermo, dolor en el cuerpo, temblores, fiebre, debilidad, malestar estomacal, diarreas, náuseas, sudoraciones, sentir que tu corazón late mas fuerte, dificultad para dormir, sentirte nervioso, irritable o sentir como que no te puedes quedar tranquilo.) ¿Usaste la droga(s) otra vez para evitar enfermarte o para sentirte mejor? | NO | SI | 2 |
| CODIFICAR SI, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA | | | | |
| c | ¿Cuando usabas (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) terminabas usando más de lo que en un principio habías planeado? | NO | SI | 3 |
| d | ¿Has tratado de disminuir o dejar de tomar (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada)? ¿Te diste cuenta que no pudiste? | NO | <u>SI</u> | 4 |
| CODIFICAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA | | | | |
| e | ¿En los días que usabas (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) pasabas mas de dos horas usándola? Incluye el tiempo que te tomó conseguir (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), usarla y recuperarte de sus efectos. | NO | SI | 5 |
| f | ¿Pasaste menos tiempo haciendo otras cosas debido a tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada)? ¿Como estar en la escuela, disfrutar de pasatiempos o estar con tus amigos? | NO | SI | 6 |
| g | ¿Continuaste usando (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) a pesar de saber que esto te causaba problemas? ¿Como de tu salud fisica o mental? | NO | <u>SI</u> | 7 |

¿CODIFICÓ POSITIVO PARA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

PSICOACTIVAS ACTUAL (Codificó SI en por lo menos tres respuestas de M 2)?

especificar la droga(s): Base de coque

NO	⇒	<u>SI</u>
DEPENDENCIA DE DROGAS		
ACTUAL		

Quiero que pienses en tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) durante el año pasado:

Durante el año pasado:

- | | | | | | |
|----|---|---|-----------|-----------|----|
| M3 | a | ¿Has estado intoxicado o con resaca a causa de las drogas cuando tenías algo importante que hacer? ¿Como la tarea u otras responsabilidades en tu hogar? ¿Esto te pasó mas de una vez? ¿Esto te ocasionó algún problema?
(CODIFIQUE SÍ, SOLO SI ESTO LE OCCASIONÓ PROBLEMAS) | NO | <u>SÍ</u> | 9 |
| | b | ¿Estabas intoxicado cuando estabas haciendo algo en lo que podías correr un riesgo físico. (Como correr en bicicleta, conducir un automóvil, o utilizar una máquina)? | <u>NO</u> | SÍ | 10 |
| | c | ¿Has tenido algún problema legal debido a tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada). (Como ser arrestado o detenido por la policía)? | <u>NO</u> | SÍ | 11 |
| | d | ¿Has continuado usando(nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), a pesar de saber que esto te causaba problemas con tu familia? ¿Con otras personas?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA | NO | <u>SÍ</u> | 12 |

¿CODIFICÓ SÍ EN M3a o b o c o d?

NO

SÍ

**ABUSO DE DROGAS
ACTUAL**