



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“Asociación entre síntomas depresivos y abuso de alcohol en estudiantes de décimo
año de educación básica en las Instituciones Manuela Cañizares y CEBCI de
Cuenca-Ecuador en el periodo 2015-2016”**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
Psicólogo Clínico**

Autor: Xavier Antonio Mendieta Capelo

Directora: Mst. Fernanda Coello

Cuenca, Ecuador

2016

Dedicatoria:

Quiero dedicar esta tesis a mis padres, Marco y Olga por su apoyo incondicional, económico, sus consejos y sobre todo paciencia; todo lo que soy es gracias a ellos.

A mi novia Mary Carmen que ha sido mi impulso durante mi carrera, pilar fundamental de la misma, que con su apoyo y amor ha sido compañera y amiga inseparable, fuente de sabiduría, calma, consejo, admiración y gran orgullo en todo momento.

A mi hermana Emily, mis tíos: Hugo, Bety, Mary y Carlos y mi abuela Bertha.

Agradecimiento

Han sido años muy duros, noches largas en los que por momentos las fuerzas flaquearon, he visto a mucha gente quedarse en el camino mientras yo seguía a paso firme con el sueño de graduarme, quizás ellos no tenían a un compañero de viaje tan poderoso como yo, al que me entregue con absoluta fe: Dios, es por esto que le agradezco infinitamente por haberme permitido cumplir mi meta.

A mis familiares, amigos y de manera muy especial a mi novia Mary Carmen por haber sido el apoyo incondicional y motivación en todo este caminar.

A mi tutora Mst. Fernanda Coello, pilar fundamental para la realización de este trabajo.

Y por último a las Instituciones Educativas Manuela Cañizares y CEBCI quienes me abrieron las puertas para realizar el presente estudio.

Índice de contenido

Dedicatoria:.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenido.....	iv
Índice de Tablas.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Introducción.....	1
CAPÍTULO 1.....	2
Realidad Psicosocial en la Adolescencia.....	2
1.1 Introducción.....	2
1.2 Planteamiento del Problema.....	2
1.3 Motivación de la Investigación.....	3
1.4 Depresión.....	4
1.4.1 Conceptos.....	4
1.4.2 Síntomas de la Depresión.....	5
1.4.3 Depresión en Adolescentes.....	7
1.4.4 Consecuencias.....	9
1.5 Alcohol.....	10
1.5.1 Concepto.....	11
1.5.2 Epidemiología.....	11
1.5.3 Sintomatología.....	13
1.5.4 Alcoholismo en Adolescentes.....	16
1.5.5 Consecuencias.....	18
1.6 Relación entre depresión y abuso de alcohol.....	19
1.7 Conclusiones.....	21
CAPÍTULO 2.....	22

Metodología.....	22
2.1 Introducción	22
2.2 Área de estudio	22
2.3 Muestra	23
2.3.1 Criterios de Inclusión:	23
2.3.2 Criterios de Exclusión:	23
2.4 Instrumentos:	23
2.4.1 Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). 23	
2.4.2 Test de depresión de Beck.....	24
2.4.3 Encuesta Semi-estructurada.	25
2.5 Conclusión	26
CAPÍTULO 3	27
Resultados.....	27
3.1 Introducción	27
3.2 Análisis de datos	27
3.3 Conclusiones:.....	36
Conclusiones y Recomendaciones	38
Conclusiones.....	38
Recomendaciones:	39
Referencias	40
Anexos.....	47

Índice de Tablas

Tabla 1. Síntomas de la Depresión.	6
Tabla 2. Rasgos del Trastorno por consumo de Alcohol.....	15
Tabla 3. Puntuaciones específicas de la prueba ASSIST para cada sustancia.	24
Tabla 4. Puntuación del test de depresión de Beck.	25
Tabla 5. Edad de los estudiantes.....	27
Tabla 6. Genero de los estudiantes	28
Tabla 7. Estado civil de los padres de los estudiantes	28
Tabla 8. Causa del primer consumo de alcohol del estudiante.....	29
Tabla 9. Causas de consumo de alcohol en la actualidad.....	30
Tabla 10. Edad en la que los estudiantes se embriagaron por primera vez	31
Tabla 11. Familiares con consumo de alcohol.	32
Tabla 12. Factores que incentivan el consumo de alcohol en adolescentes.	33
Tabla 13. Estudiantes que presentan síntomas depresivos	34
Tabla 14. Estudiantes que presentan abuso de alcohol.....	35
Tabla 15. Tabla cruzada de abuso de alcohol y síntomas depresivos en los estudiantes	35
Tabla 16. Prueba de Chi- cuadrado de Pearson.....	36

Resumen

El objetivo de esta investigación fue establecer una relación entre síntomas depresivos y abuso de alcohol en adolescentes de la ciudad de Cuenca – Ecuador, para esto se utilizó la escala de Beck que sirve para medir síntomas depresivos, el cuestionario Assist para el abuso de alcohol y por último la encuesta semi-estructurada para investigar variables de gran importancia en nuestro estudio, todos estos reactivos se aplicaron a una muestra estratificada de adolescentes de edades entre 14 y 16 años pertenecientes a las instituciones educativas CEBCI y Manuela Cañizares.

Los resultados muestran que la prevalencia de síntomas depresivos es del 55% y la prevalencia del abuso de alcohol es del 50% del total de la muestra. Puedo concluir que existe una relación significativa entre abuso de alcohol y síntomas depresivos (RV 11,789, IC 95% 0,01-11,380); por lo tanto, es de gran importancia trabajar en aspectos como prevención del consumo de alcohol, para que los adolescentes tengan conocimientos certeros acerca de las consecuencias.

Palabras claves: Asociación, Síntomas depresivos, Abuso de alcohol, Adolescencia.

Abstract

ABSTRACT

The objective of this research was to establish a relationship between depression symptoms and alcohol abuse in adolescents living in the city of Cuenca, Ecuador. For this purpose, the researchers used the Beck scale to measure symptoms of depression, the Assist questionnaire for alcohol abuse and finally, a semi-structured survey to research important variables in the study. All these items were applied with a stratified sample of adolescents aged 14 to 16 in CEBCI and Manuela Cañizares high schools.

The results show a 55% prevalence of depression symptoms is and a 50% prevalence of alcohol abuse from the total sample. It can be concluded that there is a significant relationship between alcohol abuse and depression symptoms (RV 11,789, IC 95%, 0,01-11,380). Therefore, it is important to promote alcohol prevention programs so adolescents can be made aware of its consequences.

Keywords: Association, Depressive symptoms, Alcohol abuse, Adolescence.



Translated by:


Melita Vega

March 10, 2016

Introducción

Muchos de nosotros consideramos a la depresión como una etapa normal de la adolescencia y transitoria, pero en los últimos años se la ha determinado como un problema de salud relevante y con consecuencias fatales, es de importancia vital saber identificarla, intervenir y a su vez disminuir la prevalencia y sus consecuencias (Huitron, 2013).

Esta investigación tiene como base un análisis transversal, tomando en cuenta la prevalencia de abuso de alcohol y síntomas depresivos de alumnos de 14 a 16 años de edad en las instituciones Educativas: Manuela Cañizares (fiscal) y el CEBCI (particular). Para el inicio de esta exploración, el primer paso es la identificación de la muestra, posterior a esto la toma de reactivos para el levantamiento de información, las herramientas psicológicas son el test ASSIST V3.0 orientado a la detección de consumo de alcohol; el test de depresión de Beck para determinar los síntomas depresivos y por último se aplicará una encuesta semi-estructurada, con el fin de analizar diferentes variables relacionada con la investigación. Una vez obtenidos los resultados (mediante la calificación) se analizarán y tabularán los datos por medio del paquete estadístico SPSS versión 2.2 para dar a conocer la manifestación y los resultados.

La investigación se realizará con estudiantes de los décimos años de Educación Básica de los planteles antes mencionados; tiene por fundamento adaptar un estudio realizado en Colombia, en la ciudad de Bucaramanga en el 2005, titulado Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes, para determinar la relación de resultados del mismo con los de nuestro estudio.

CAPÍTULO 1

Realidad Psicosocial en la Adolescencia

1.1 Introducción

Se ha demostrado un gran interés y preocupación por temas tan controversiales como lo son: la depresión y el consumo de alcohol en los adolescentes, así como también las edades en las estas patologías inician; el presente capítulo muestra antecedentes de interés referentes a conceptualización, sintomatología, prevalencia según estudios precedentes, entre otros datos relevantes para la continuidad de esta temática.

1.2 Planteamiento del Problema

Según datos obtenidos por el CONSEP (2012), en la ciudad de Cuenca - Ecuador, el alcohol es la sustancia legal de consumo masivo que provoca abuso o dependencia en sus consumidores, al mismo tiempo se conoce que el consumo de alcohol en menores de edad ha aumentado en un 10% en los últimos 10 años.

Gonzáles y Guallpa (2013) citando a la OMS (2004), refieren que a nivel mundial existen alrededor de 140 millones de personas dependientes del alcohol y 400 millones que lo consumen en abundancia, por esta razón declaró como objetivo prioritario y primordial su prevención en todos los países miembros.

El alcohol está catalogado dentro de las sustancias depresoras capaces de modificar el estado de ánimo, generando conductas como el abuso; el consumo de bebidas alcohólicas es común por influencia del entorno y la aceptación social. Se sugiere que el abuso de alcohol es uno de los síntomas del trastorno depresivo, generalmente el alcohol es utilizado como un medio de afrontamiento ante las circunstancias cotidianas (Rodriguez et al., 2005).

Es importante identificar la relación entre síntomas depresivos y el abuso de alcohol, especialmente si los síntomas depresivos inducen al inicio del consumo de alcohol o viceversa, ya que la identificación temprana y el manejo oportuno de síntomas depresivos con importancia clínica prevenir el consumo abusivo de alcohol; de igual manera, se advertiría el consumo de otras sustancias que causen abuso o dependencia.

En lo referente a la depresión, el Instituto Nacional (ecuatoriano) de Estadística y Censos (2011), describe que la depresión tiene el primer lugar dentro de las enfermedades mentales que afectan a la población en general y, por consiguiente, el suicidio al ser una de las consecuencias primordiales de esta enfermedad se situó como una de las 10 primeras causas de muerte en el año 2011. En los adolescentes la depresión o sus síntomas se desencadena por dificultades en la búsqueda de su identidad, mala capacidad de afrontamiento, rechazo escolar, búsqueda de aceptación, problemas de relación familiares o de pares, entre otras causas.

1.3 Motivación de la Investigación

El motivo de este análisis es determinar la relación existente entre síntomas depresivos y consumo de alcohol en adolescentes de los décimos años pertenecientes a la Manuela Cañizares y el CEBCI.

En la actualidad, el alcohol es la droga legal más utilizada en la ciudad de Cuenca, presentado un incremento en su uso en la última década, como en la fecha de inicio de consumo, siendo esta más temprano y así forjando dificultades escolares, familiares y sociales (CONSEP, 2012).

Ruiz (2011) citando al Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos (2011), refiere que la Depresión presenta las tasas más altas en adultos jóvenes de entre los 12 y 24 años de edad. Es por esta razón la necesidad de proyectos de acción orientados a la

reducción de índices de dependencia a sustancias, suicidios, problemas familiares, etc. para así tener una visión clara de si el alcohol es utilizado como una forma de afrontamiento o si este detona síntomas asociados a la depresión.

Rodríguez, et al (2005) realizó un estudio con el objetivo de establecer la asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol con estudiantes de Bucaramanga - Colombia. Se encuestó a 560 estudiantes con total anonimato, los resultados y la prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica fueron del 39,5%, con respecto a la prevalencia de consumo abusivo de alcohol los resultados arrojaron el 5,7%. La asociación entre estas dos variables es significativa.

1.4 Depresión

La depresión es el problema de salud mental más obstaculizador, con mayor costo y sufrimiento. Investigaciones realizadas en diferentes poblaciones dan a conocer que, a pesar de la existencia de diferencias entre países, la tasa de prevalencia es de 6,5% de la población que presentan un trastorno depresivo mayor; y un 3,3% trastorno distímico, siendo la prevalencia vital media de un 16,1% y un 3,6% respectivamente. Además de la alta prevalencia presentan cifras de recaída muy elevadas. Es decir que aproximadamente el 75% de los pacientes que han sufrido de esta enfermedad tendrán al menos un segundo episodio en el curso de sus vidas (Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010).

1.4.1 Conceptos

La depresión incluye síntomas afectivos (sentimientos o emociones) tales como la tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar e incompetencia frente a las exigencias o dificultades de la vida en mayor o menor grado, también están presentes síntomas cognitivos como delirios o distorsiones cognitivas, acompañadas de

síntomas somáticos como sudoración, dolor de la cabeza (Sudupe, Taboada, Castro y Vásquez, 2006).

Vázquez, et al., (2010). Refieren que “la depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la pérdida de interés en las actividades cotidianas, presencia de actitudes negativas, sentimientos de inadaptación y baja autoestima. Se manifiesta especialmente en la adolescencia, a través de síntomas disfóricos, somáticos, cognitivos, y conductuales”.

La depresión afecta tanto a hombres como a mujeres, sin embargo, se presenta más en mujeres. Algunas investigaciones se centran en determinar factores (biológicos, genéticos, etc) para conocer porque la prevalencia es mayor en féminas. Existen varios tipos de trastornos depresivos, los más comunes son el trastorno depresivo grave y trastorno distímico (Heights, 2013).

1.4.2 Síntomas de la Depresión

Los criterios diagnósticos para la depresión más utilizados son la Clasificación Internacional de Enfermedades Trastornos mentales y del comportamiento, (*CIE-10*) y el de la American Psychiatric Association (*DSM- V*). Tanto en el CIE-10 como en el DSM-V- la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas y en el grado de deterioro funcional.

Tabla 1. Síntomas de la Depresión.

CIE 10	DSM V
Humor depresivo	Animo Deprimido
Pérdida de interés	Disminución de interés
Disminución de vitalidad	Pérdida de peso
Disminución atención y concentración	Insomnio o hipersomnia
Pérdida de autoestima	Agitación o retraso motor
Ideas de culpa	Pérdida de energía
Pesimismo del futuro	Sentimientos de culpa
Autoagresiones	Disminución capacidad para
Trastorno del sueño	concentrarse.
Pérdida de apetito	Pensamientos de muerte

Fuente: Datos obtenidos del manual de trastornos mentales y del comportamiento, CIE-1 en 2008 y la de la American Psychiatric Association DSM- V en 2014.

Elaborado por Mendieta (2016).

El CIE-10 tiene una lista de 10 síntomas y se divide en depresión leve, moderada o grave (con o sin síntomas psicóticos). En cualquiera, deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión siendo estos: ánimo depresivo, pérdida de interés, anhedonia (incapacidad de disfrutar de las actividades cotidianas) y la duración del episodio debe ser de al menos dos semanas.

El DSM V utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, requiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial/total o no especificada. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los

síntomas, y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer.

El riesgo de poseer depresión aumenta de entre 1.5 a 3 veces si existen patrones hereditarios para la enfermedad, es decir si la padecen parientes en primer grado de consanguinidad; las tasas más altas de depresión son las presentes en jóvenes (12 a 24 años) y las más bajas en personas a partir de los 65 años en adelante (Ruiz, 2011).

1.4.3 Depresión en Adolescentes

La adolescencia temprana es el periodo comprendido entre los 10 y 13 años, y adolescencia tardía entre los 20 a 22, esta etapa coincide con la pubertad en la cual se exhiben cambios físicos, biológicos y sexuales en los jóvenes. (Huitron, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (1976) la define como la etapa comprendida entre los 10 y 19 años de edad.

Krauskopf (2007), refiere que la adolescencia es la etapa de la vida, en la cual el ser humano desarrolla los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual; con el uso de recursos psicológicos y sociales que obtuvo con anterioridad y conjuntamente con las funciones que le permiten elaborar su identidad y delinear un proyecto de vida; las edades aproximadas en que se inician las modificaciones sexuales van desde los 10 a los 12 años, y la finalización de este crecimiento es cerca de los 20 años.

Durante la etapa de la pubertad es común la atracción por el sexo opuesto, fomentando los noviazgos, sin embargo, los adolescentes dan mayor importancia a lo físico y lo sentimental, fortaleciendo la posibilidad de acercamientos que lleven a la iniciación de su vida sexual (Ramírez y Almeida, 2003).

En el estudio de la adolescencia se deben incluir factores que intervienen en la formación del individuo, los principales son la cultura, el ambiente, los aspectos

psicológicos, las relaciones interpersonales, las condiciones biológicas y las circunstancias o el momento histórico en que se encuentra; estos elementos se entrelazan y se actualizan a través del ciclo vital. La depresión es un factor de riesgo en esta etapa de vida, además de la presencia comórbida de problemas de salud tales como: abuso de sustancias, iniciación sexual prematura, embarazo, deserción escolar, dificultades de rendimiento académico y conductas delictivas (Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004).

Autores como Vázquez, et al (2010) refieren que la depresión en adolescentes es un fenómeno que se presenta con frecuencia, razón por la cual debe atenderse oportunamente. En Colombia, la Pontificia Universidad Javeriana-Cali, determinó en una muestra de 218 jóvenes estudiantes que al menos el 25% presentaban algún nivel de depresión (Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano, 2004).

Según un estudio realizado por Morla, Saad de Janon y Saad (2006) en la ciudad de Guayaquil - Ecuador, se conoce cifras de 0,3% de síntomas depresivos en niños de edad preescolar; 1,8% de depresión mayor, y 6,4% de trastorno distímico en niños de periodo escolar; y 4,9% en adolescentes de 14 a 16 años con efectos graves tales como ideación e intentos suicidas. Es por esto que se puede observar una tasa de depresión con aumento progresivo en función de la edad.

Se ha demostrado que las relaciones afectivas familiares dentro del núcleo familiar tienen efectos indirectos sobre la conducta problema; así, un clima familiar inadecuado influye en la presencia de depresión, en la baja autoestima, ausencia de valores y el escaso apego escolar (Fergusson, Horwood, Ridder y Beautrais, 2005).

Vásquez et al., (2010) aseveran lo antes dicho. Para estos autores, los jóvenes son uno de los grupos con mayor probabilidad de tener depresión, ya que en esta etapa

se presentan cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos, que demandan el desarrollo de estrategias de afrontamiento permitiéndoles instaurar su identidad, autonomía y éxito tanto personal como social.

Además, este es la etapa de desarrollo más predominante para la adquisición de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos. Generalmente individuos con antecedentes de depresión en la adolescencia, presentan un alto riesgo de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta. La depresión tiende a presentarse con mayor frecuencia en el sexo femenino que en el masculino (Pardo, et al., 2004).

1.4.4 Consecuencias

El suicidio se encuentra entre las principales causas de muerte, ocupando el tercer lugar de entre los jóvenes de 14 a 25 años y la sexta entre niños de 5 a 14 años. Diversos informes establecieron que casi tres cuartas partes de quienes se quitan la vida, mostraban uno o más síntomas de depresión previo a esto (Huitron, 2013).

La depresión tiene algunas secuelas graves, entre ellas están la disminución del proceso de crecimiento de las personas, retarda varias capacidades intelectuales, emocionales y sociales, existe disminución del interés en actividades cotidianas, por las que antes se interesaba y que son acordes a la edad, evidencia inicio o aumento en el consumo de alcohol, provoca ideación y en algunos casos planificación e intentos suicidas (Johnson, Maya y Zumwalt, 2006).

La mayor parte de los jóvenes que presenta depresión mayor en la adolescencia también tienden a mostrar desórdenes de la salud mental como: ansiedad, déficit de atención, desordenes sistémicos e hiperactividad. La adolescencia es un período de transición en el cual la persona se encuentra en una búsqueda continua de identidad y a

su vez de definir sus valores personales. Esto puede provocar una predisposición a tener pensamientos erróneos o distorsionados como ideas suicidas, búsqueda de salidas fáciles que les permitan olvidarse de los problemas como el alcohol, las drogas, pandillas que son antesala de conductas delictivas (Rivera y Sánchez, 2014).

En consecuencia, es de vital importancia la prevención temprana de esta enfermedad en grupos de alto riesgo como lo son los adolescentes. Se debe concientizar al medio de convivencia de estas personas (docentes, padres, pares, comunidad) acerca de cómo reconocer los síntomas y las señales de aviso y a quien acudir para evitar consecuencias fatales.

1.5 Alcohol

El término alcohol proviene de la palabra árabe alkuhi (esencia o espíritu), se caracteriza por ser la droga legal de mayor consumo en el mundo. Es utilizada por el hombre desde los inicios de la humanidad, ya que les proveía fuerza y valor. Actualmente estas creencias se mantienen en varias culturas. El consumo elevado y descontrolado de esta sustancia ha causado en varias personas alcoholismo; esta es una enfermedad crónica, progresiva y fatal. El diagnóstico se realiza mediante la evaluación de dos principales síntomas, el primero es el incremento de los niveles de tolerancia, provocando dependencia física y por consiguiente cambios orgánicos patológicos y el segundo es el síndrome de abstinencia en el cual los sujetos consumidores beben para evitar los síntomas físicos y psicológicos de la resaca. El uso es predominante en el sexo masculino, aunque es cada vez mayor su consumo por parte del sexo femenino y en los jóvenes en general. (García, Lima, Aldana, Casanova y Feliciano, 2004).

1.5.1 Concepto

Es una droga depresora que actúa a nivel del sistema nervioso central y con la capacidad de alterar el estado anímico de la persona; se caracteriza por provocar dependencia emocional y muchas veces física (orgánica), la primera reacción que incita dentro del organismo es un estado de euforia, después de las primeras dosis empiezan a disminuir las capacidades de juicio, de atención, de observación y de reflexión. A partir de ese momento se activa la fase de depresión que puede llegar hasta la pérdida de conciencia y daños físicos como estropicio cerebral progresivo, muerte neuronal, cirrosis hepática y finalmente la muerte. Es también la causa indirecta de actos de agresión y accidentes de tránsito ya que enlentece la capacidad de reacción de los sujetos (Schaffer, Arízaga, Albarenque, Haseitel, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1976 define al alcoholismo con el término "síndrome de dependencia del alcohol (SDA)", que da como resultado cambios en el comportamiento de un individuo, que se manifiesta por el consumo repetitivo de bebidas alcohólicas, el consumo, continua a pesar que su medio socio – cultural no lo aprueba, dificultades sociales, familiares, económicas, laborales, etc. (Alpízar, Pérez, García, 2008).

La OMS refiere que existen en el mundo aproximadamente unos 140 millones de personas dependientes del alcohol y 400 millones que beben en exceso. Así mismo en mayo del 2004 se definió al alcohol como objetivo primordial para intervención en todos los países (Gonzáles y Gualpa, 2013).

1.5.2 Epidemiología

En un estudio de carácter interventivo realizado en España con adolescentes, utilizando un grupo control de la población, se definió que ante la pregunta de si

consumen alcohol en combinación con otras drogas, referencian que no consumen alcohol un 30.1% de la muestra; del casi setenta por ciento restante consumen: sólo alcohol un 55.1% de los adolescentes y el 14.7% consume derivados de cannabinoides junto con alcohol. (Duque y Quiceno, 2011).

Otro estudio realizado en Cuba (2008) con una muestra tomada al azar, señala que el 46,15% de las mujeres y el 55% de los hombres, presentan una edad promedio de inicio del consumo de bebidas alcohólicas de entre los 15 a 16 años, siendo estas edades de la etapa de la adolescencia (Alpízar, et al.).

Flores, Vicente, Torres, y López, (2014), dieron a conocer que el alcoholismo es un patrón de comportamiento hereditario, que evidencia la dependencia a sustancias (legales o ilegales), es un trastorno familiar y genético. Este estudio detectó que el riesgo de ser consumidor de sustancias es ocho veces mayor si posee parientes cercanos que consuman, principalmente Opiáceos, Cocaína, Cannabis y Alcohol.

Vargas (2001) en concordancia con los autores previamente citados manifiesta que existen algunos factores predisponentes, entre los cuales tenemos factores genéticos que aportan vulnerabilidad, propensión, comportamientos aprendidos, dificultades de afrontamiento e incapacidad de tomar decisiones o resolver problemas que a su vez facilitan la aparición de varias patologías entre ellas el consumo de sustancias.

Es relevante conocer que la mayor predisposición al consumo de alcohol se produce debido a la convivencia con otros consumidores, la permisividad para el uso de las sustancias, carencia de vínculos afectivos, desintegración familiar, sobreprotección, culpabilización, factores individuales como la edad o discapacidades, la conducta, estados emocionales, factores socio-económicos y factores socioculturales; indudablemente la sociedad ejerce un poder importantísimo para favorecer o

incrementar la posibilidades de consumo. Durante la juventud es de conocimiento general que los grupos de pares son los más influyentes en las conductas y pensamientos de los sujetos, es así como pautan el inicio y mantenimiento del consumo. De igual modo, la accesibilidad a las sustancias por parte de los jóvenes en espectáculos, discotecas y variados sitios de encuentro facilitan su alcance (Calderón y Castaño, 2013).

1.5.3 Sintomatología

Los criterios diagnósticos de trastorno por consumo de alcohol más utilizados, en la clínica, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, *CIE-10*) y la American Psychiatric Association (*DSM- V*).

Los trastornos por uso de alcohol incluyen criterios diagnósticos como: consumo perjudicial y dependencia al alcohol (de acuerdo a *CIE-10*) y trastorno por consumo de alcohol (de acuerdo a *DSM-V*) en este apartado se integra la dependencia y el abuso de alcohol del *DSM- IV*.

Previo a la exposición de los criterios diagnósticos, creo necesario mencionar la terminología que abarca el tema del alcohol, misma que será de ayuda para la continuidad de esta investigación.

Según *CIE-10* (2008) Y *DSM-V* (2014):

- **Uso:** Existe consumo de la sustancia, pero la cantidad y la frecuencia no provocan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno.
- **Abuso:** Consumo de alcohol en el que su cantidad, su frecuencia y la situación física, psíquica y social del sujeto, producen consecuencias negativas para el consumidor y su medio circundante.

- Dependencia: El sujeto prioriza el uso de una sustancia frente a otras conductas antes más importantes, ocupa la mayor parte de su tiempo en el consumo o el obtener la sustancia. Dentro de esta clasificación tenemos a la dependencia física y dependencia psicológica.
- Tolerancia: Necesidad cada vez de cantidades mayores de alcohol para conseguir el efecto deseado.
- Abstinencia: Reducción o cese del consumo de alcohol que provoca los siguientes signos o síntomas:
 1. Sudoración
 2. Temblor en las manos
 3. Insomnio
 4. Nausea o vómitos
 5. Alucinaciones
 6. Agitación motora
 7. Ansiedad
 8. Convulsiones

Tabla 2. Rasgos del Trastorno por consumo de Alcohol

CIE 10	DSM V
Deseo intenso de consumir alcohol	Consumir alcohol con frecuencia
Disminución capacidad de controlar el consumo de alcohol.	Deseo persistente a consumir alcohol
Abstinencia	Deseo intenso de consumir alcohol
Tolerancia	Intervenir mucho tiempo en recuperarse del alcohol.
Incumplimiento de responsabilidades	Incumplimiento de responsabilidades
Consumo a pesar de consecuencias perjudiciales	Problemas Sociales Abandono de actividades sociales Riesgo Físico Continua con el consumo de alcohol a pesar de que sufre deterioros físicos o psicológicos. Tolerancia Abstinencia

Fuente: Datos obtenidos del manual de trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10 en 2008 y la de la American Psychiatric Association DSM- V en 2014.

Elaborado por Mendieta (2016).

El CIE-10 para la identificación de trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de alcohol utiliza una lista de 6 síntomas, los cuales causan deterioro

en las diferentes áreas en las que se desenvuelve la persona, de estos 6 síntomas 3 o más deben estar presentes en un plazo de 12 meses.

El DSM V para clasificar un trastorno por consumo de alcohol, utiliza una lista de 11 síntomas que provocan un malestar clínicamente significativo. El diagnóstico se establece con la presencia de 2 o más síntomas en un periodo de 12 meses. Luego de esto es necesario especificar la gravedad actual:

- Leve: 2 o 3 síntomas
- Moderado: 4 o 5 síntomas
- Grave: 6 o más síntomas

1.5.4 Alcoholismo en Adolescentes

El alcoholismo gradualmente se ha convertido en una conducta característica de la adolescencia, dado por la disponibilidad que presentan las personas en esta edad para conseguir la sustancia, la adolescencia es un período de formación y de especiales riesgos para el inicio y consumo de sustancias adictivas (Moreno, 2006).

Este ha venido siendo un problema social y familiar importante pero también es un problema de salud, el consumo abusivo ocasiona daños en el cerebro como muerte neuronal, pero además la corteza pre frontal que es una de las regiones más afectadas, al estar encargada de la toma de decisiones el consumo de alcohol contribuye a la conducta impulsiva. Cuando la corteza pre- frontal se daña o su actividad se reduce, el comportamiento puede cambiar drásticamente y la gente puede perder gran parte de su inhibición y la capacidad de evaluar las consecuencias de sus acciones (García, Expósito, Sanhueza, Ángulo, 2008).

Beber alcohol es una de las prácticas que expone a la juventud a graves riesgos para su salud y aprovechamiento escolar, el consumo de alcohol entre los jóvenes es una

realidad social. La edad de inicio aproximada es entre 14 y 15 años, el ocio y la curiosidad es el principal motivo de consumo, los factores predisponentes de este comportamiento son la desinformación, la influencia de amistades, la familia desvinculada, los hijos de padres alcohólicos, entre otros factores (March, 2010).

Las dificultades asociadas con el abuso de alcohol y los factores de riesgo precipitantes en adolescentes son varias, entre estas tenemos dificultades **individuales**: tales como baja autoestima, baja percepción del riesgo, curiosidad, ansiedad, depresión; dentro de las dificultades **familiares** tenemos: dificultades económicas, baja cohesión del núcleo familiar, límites difusos, ausencia de los padres y violencia familiar. Los dificultades **culturales o sociales** hacen referencia a la fácil adquisición del alcohol, fomento de consumo y abuso, aceptación y presión social (Paramo, 2011).

Algunos de los factores de riesgo que reconocen Guibert, Gutierrez y Martinez (2005), son:

1. El consumo de alcohol en familiares cercanos, debido a que el niño aprende por lo que observa, lo asimila aprendiendo por modelos que lo rodean.
2. La falta de una red de ayuda familiar podría desencadenar en consumo de alcohol en los adolescentes, ya que los mismos utilizan las sustancias como métodos de afrontamiento a dificultades de la vida cotidiana.
3. La disfuncionalidad familiar.
4. Nivel socio-económico bajo.
5. Factores hereditarios.
6. Curiosidad
7. Dificultades en el rendimiento académico.

1.5.5 Consecuencias

Debido al consumo o ingesta excesiva de alcohol se puede desencadenar varias secuelas o consecuencias en los adolescentes entre las cuales se identifican las siguientes:

- **Afectaciones neurológicas:** Cefalea, temblores, convulsiones (sobre todo en personas predispuestas a la epilepsia), miopatía alcohólica aguda, degeneración cerebral, daño cortical difuso con demencia alcohólica, lesiones degenerativas del cerebro, médula espinal y nervios periféricos (en casos avanzados), falta de fuerza muscular (Ramirez y Andrade, 2005).
- **Afecciones del aparato digestivo y glándulas anexas:** Glositis, esofagitis, gastritis, diarreas, úlcera gastro-duodenal, cáncer gástrico, de la boca y del esófago; hepatitis, hígado graso, cirrosis hepática, (Bolet y Socarrás, 2003).
- **Efectos sobre el aparato cardiovascular:** Aterosclerosis temprana, hipertensión arterial, infarto del miocardio, cardiomiopatías (Schaffer et al., 2004).
- **Efectos sobre el aparato genitourinario:** Disfunción sexual, reducción de hormonas masculinas por la acción de alcohol sobre el testículo y la hipófisis, (García et al., 2004).
- **Perturbaciones psicológicas:** López y Freixinós (2001), mencionan que algunos de los padecimientos de tipo psicológico en los adolescentes por el consumo excesivo de alcohol están: Trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno antisocial, trastorno límite o agresivo, ideación suicida, ideas paranoides, trastornos de conducta, etc.

- **Desordenes Familiares:** Estudios realizados sobre la dinámica familiar en el hogar de alcohólicos referencian que existe una coincidencia con crisis familiares no transitorias tales como: divorcio, enfermedades crónicas o muerte en uno o ambos padres, hostilidad excesiva, violencia doméstica, pérdida de la estimación hacia el bebedor, descuido de los hijos, situaciones judiciales, actos deshonrosos, malas relaciones interpersonales (Bolet y Socarrás, 2003).
- **Problemas Sociales:** El consumo excesivo de alcohol es una de las causas más frecuentes de transgresiones sociales como violaciones y riñas, práctica de sexo sin medios de protección, abandono laboral y escolar (García et al., 2004).
- **Problemas legales:** El consumo de alcohol se vincula mundialmente con el 50% de las muertes ocurridas en accidentes de tránsito y el 30 % de los homicidios y arrestos policiales. Reduce de 10 a 15 años la expectativa de vida. También se ha responsabilizado con casi la mitad de los condenados por faltas y delitos tan graves como asesinatos. En este medio se relaciona con la tercera parte de los hechos delictivos y violentos y entre el 20 y el 25 % de las muertes por accidentes. De igual manera se relaciona con delitos menores con robos de pertenencias de los pares, robos a mano armada (Ramirez y Andrade, 2005).

1.6 Relación entre depresión y abuso de alcohol

Para empezar, siempre debemos tener en cuenta que los problemas de salud mental no se presentan de manera aislada, sino que tienden a coexistir con otros trastornos, lo que llamamos comorbilidad, esto no ocurre al azar, sino que se presenta en

patrones altamente predecibles (Czernik, Dabski, Canteros y Almirón, 2006). A continuación, revisaremos los principales hallazgos sobre la comorbilidad entre depresión y alcohol.

El trastorno depresivo mayor en la adolescencia es el principal padecimiento diagnosticado en esta edad (Ulloa, Palacios y De la Peña, 2011). El diagnóstico de depresión está presente en el 5% de los adolescentes en cualquier momento de su ciclo vital (Czernik, et al., 2006).

Autores como Ulloa, et al. (2011), manifiestan que existe una relación elevada entre la depresión con otros padecimientos como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno distímico, **consumo de alcohol** y el trastorno de conducta. Otros estudios han encontrado la presencia de depresión asociada a otros padecimientos como ansiedad, suicidio y estrés académico (Czernik, et al., 2006).

Los adolescentes con consumo excesivo de alcohol suelen mostrar comorbilidad con otros trastornos inducidos por el alcohol como la psicosis, demencia, problemas de sueño, ansiedad y sobre todo **depresión** (Casas y Guardia, 2002).

Autores como Rivera-Rivera, Rivera-Hernández, Pérez, Leyva y Castro (2015), refieren que otros trastornos con los que la depresión se encuentra en estrecha relación son los de somatización, alimenticios, ansiedad y abuso de alcohol.

Otro estudio realizado en Montevideo- Uruguay que explica estadísticamente asociaciones, demostró que existe relación significativa entre la depresión y la desesperanza, ideación suicida, trastornos de conducta, consumo de alcohol, uso de drogas y percepción de conflictos de familia (Bailador, Viscardi y Dajas, 1997).

Investigaciones realizadas con jóvenes mexicanos exponen que cerca del 27% de los estudiantes de la muestra tomada para el estudio presentaron sintomatología depresiva y el 48% consumo de alcohol siendo las enfermedades mentales de índices

más altos en las escuelas públicas, con porcentajes de asociación entre estas dos muy altos (Rivera-Rivera et al., 2015).

Casas y Guardia (2002) manifiestan que el consumo de alcohol generalmente aumenta de acuerdo a la gravedad de los síntomas depresivos; a su vez en los cuadros depresivos se ve mejoraría en pocas semanas, cuando el paciente se ha sometido a un tratamiento de desintoxicación y consigue mantenerse en abstinencia de su consumo. Se debe prever que no se traten de trastornos psiquiátricos independientes, ya que en estos casos además del tratamiento para el alcoholismo, son necesarios otros métodos específicos y dirigidos a las dolencias físicas o psicológicas del sujeto.

1.7 Conclusiones

A partir de los datos e investigaciones detalladas con anterioridad, es importante conocer medios de prevención tanto primaria, secundaria y terciaria de estas dos afecciones, ya que hasta la actualidad los adolescentes, nuestro foco de interés han demostrado problemas graves a consecuencia de estas dos afecciones que generalmente presentan un alto índice de comorbilidad. El trabajo en sistema y comunidad (padres, amigos, docentes, vecinos) es de real importancia ya que ayuda a identificar señales y síntomas. Por esta razón es necesaria la promoción de campañas que orienten a las personas a cerca de los posibles efectos que se pueden dar, entre ellos la dependencia a sustancia y el más nefasto que es el suicidio de los adolescentes.

CAPÍTULO 2

Metodología

2.1 Introducción

El presente trabajo de investigación se centra en la línea de investigación de corte transversal, teniendo en cuenta la prevalencia de abuso de alcohol y síntomas depresivos de alumnos de las instituciones educativas Manuela Cañizares y el CEBCI por medio de las siguientes herramientas psicológicas ASSIST V3.0 para la detección de abuso de alcohol, Test de depresión de Beck en los síntomas depresivos y una encuesta semi-estructurada con el fin de analizar diferentes variables de interés. Posterior a esto se analizarán los datos por medio del paquete estadístico SPSS versión 2.2 para dar a conocer la manifestación y los resultados de este fenómeno estudiado.

2.2 Área de estudio

Se centrará en estudiantes del 10mo año de educación básica de las instituciones educativas antes mencionadas; el área de investigación está apoyada en la teoría cognitiva – conductual, la misma que asevera que los comportamientos se aprenden de diversas formas como la experiencia, observación y condicionamiento, esto provoca respuestas a los distintos estímulos tanto adecuados como inadecuados. En algunas ocasiones se provocan distorsiones cognitivas, generando emociones y conductas inapropiadas ocasionando una mala resolución de conflictos y empobreciendo la capacidad de afrontamiento de las personas, es aquí cuando los psicólogos intervienen modificando esquemas cognitivos para dar lugar a comportamientos adecuados.

2.3 Muestra

La muestra es estratificada conformada por los alumnos de los décimos años de educación básica de los planteles educativos antes mencionados, en la institución Manuela Cañizares se trabajará aproximadamente con 30 alumnos, 15 de género masculino y 15 femenino, y en el CEBCI con 30 estudiantes aproximadamente, 15 hombres y 15 mujeres.

2.3.1 Criterios de Inclusión:

Los participantes de la investigación deberán tener una edad cronológica entre 14 a 16 años, deberán cursar el décimo año de educación básica en las instituciones Manuela Cañizares y CEBCI, estar de acuerdo con responder a los reactivos.

2.3.2 Criterios de Exclusión:

No podrán participar los adolescentes que: posean una edad cronológica menor a 14 años y mayor a 16 años de edad, no pertenezcan a las instituciones antes mencionadas, no estén en el grado de instrucción necesaria.

2.4 Instrumentos:

2.4.1 Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

Se utilizará el cuestionario de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), que consta de 8 preguntas para explorar 6 áreas tales como: uso de sustancias a lo largo de la vida, uso de sustancias en los últimos tres meses, problemas relacionados con el consumo, riesgo actual de presentar problemas en el futuro, posibilidad de dependencia, y uso de sustancias por vía venosa. Para obtener la puntuación total, sumamos los puntales de las preguntas 2 al 7, y omitimos las preguntas 1 y 8, reportando un puntaje total para cada una de las sustancias. La escala fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en

adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo, por ende, esta validada en el Ecuador.

Tabla 3. Puntuaciones específicas de la prueba ASSIST para cada sustancia.

Nivel de riesgo	Alcohol	Otras Sustancias
Bajo	0-10	0-3
Moderado	11-26	4-26
Alto	27+	27+

Elaborado por Mendieta (2016).

¿Qué significan sus puntuaciones?

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

Moderado: Usted presenta riesgo para su salud y de otros tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

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

2.4.2 Test de depresión de Beck

Se aplicará el Cuestionario de depresión de Beck, que consta de 21 ítems relacionados con la depresión y síntomas depresivos tanto cognitivos como físicos.

La calificación final se obtiene a partir de la suma de los puntajes de cada pregunta.

Puesto que la puntuación más alta que se puede obtener en cada una de las preguntas es 3, el total más alto posible de todo el cuestionario será de 63. Como la puntuación más baja de cada pregunta es cero, la puntuación más baja posible, será cero.

Tabla 4. Puntuación del test de depresión de Beck.

Niveles de depresión	Puntuación
Estos altibajos son normales	1-10
Leve perturbación del estado de ánimo	11-16
Estados de depresión intermitentes	17-20
Depresión moderada	21-30
Depresión grave	31-40
Depresión extrema	41 +

Fuente: Datos obtenidos del manual de fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos.

Elaborado por Mendieta (2016).

El Test de Beck fue implementado por Aaron Beck en el año 1996, y validado por Sás y Vásques en el 2014 con las cifras de fiabilidad del BDI coeficiente alfa de Cronbach = 0,83 como de estabilidad temporal las correlaciones test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total.

2.4.3 Encuesta Semi-estructurada.

Se utilizará una encuesta semi-estructurada, que consta de 10 preguntas, con el objeto de obtener información muy relevante para nuestro estudio, esta información estará basada en el alcohol y su influencia en diversas áreas tales como: factores de riesgo, contexto social, familiar, cultural, problemas emocionales, aceptación social, influencia de pares, rendimiento académico y salud; para la obtención de resultados se realizará una tabulación de cada pregunta.

Con el propósito de validar la encuesta procederemos aplicar la misma a una muestra de 10 personas de edades similares a los participantes de la investigación, con

el fin de obtener resultados en cuanto al vocabulario utilizado, y comprensión de las preguntas.

2.5 Conclusión

Este trabajo tiene un método de corte transversal, correlacional y descriptivo que se realizará en las instituciones educativas MANUELA CAÑIZARES Y CEBCI, en los adolescentes de décimo año de educación básica correspondientes a las edades de 14 a 16 años; aprobado el diseño del presente estudio, se procederá a oficializar A las distintas autoridades de los planteles, mismas que ya tienen conocimiento del trabajo a realizarse. Se aplicarán dos reactivos más una encuesta semi – estructurada, mismas que serán en su totalidad anónimas y bajo un consentimiento informado para que de esta manera los datos no se vean invalidados. Una vez aplicados los reactivos se procederá a la tabulación estadística de los mismos para conocer los niveles de prevalencia en consumo abusivo de alcohol y síntomas depresivos.

CAPÍTULO 3

Resultados

3.1 Introducción

En este capítulo daremos a conocer los resultados de los reactivos aplicados a los estudiantes de los décimos años de educación básica de las dos instituciones educativas antes mencionadas a fin de conocer la prevalencia de síntomas depresivos y abuso de alcohol, al mismo tiempo establecer la relación entre estas dos patologías de gran importancia en la salud mental de los adolescentes que es nuestra población de interés.

3.2 Análisis de datos

Tabla 5. Edad de los estudiantes

Edad	CEBCI		MANUELA CAÑIZARES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
14	23	76,7	26	86,7
15	7	23,3	3	10
16	0	0	1	3,3
Total	30	100	30	100

Elaborado por Mendieta (2016).

En la institución educativa CEBCI 23 estudiantes (76,7%) tienen 14 años; mientras tanto en la Manuela Cañizares, 26 estudiantes (86,7%) tienen 14 años.

Tabla 6. Genero de los estudiantes

	CEBCI		MANUELA CAÑIZARES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	15	50	15	50
Hombre	15	50	15	50
Total	30	100	30	100

Elaborado por Mendieta (2016).

En lo referente al Género; en las dos instituciones investigadas 30 estudiantes (50%) son mujeres, 30 estudiantes (50%) son varones.

Tabla 7. Estado civil de los padres de los estudiantes

	CEBCI		MANUELA CAÑIZARES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casado	19	63,3	9	30
Unión Libre	0	0	7	16,7
Divorciado	6	20	5	23,3
Separado	5	16,7	9	30
Total	30	100	30	100

Elaborado por Mendieta (2016).

En lo referente al estado civil de sus padres, en el CEBCI, 19 son casados (63,3%), 6 divorciados (20%) y 5 separados (16,7%); mientras tanto en la Manuela Cañizares 9 son casados (30 %), y 9 separados (30%).

Tabla 8. Causa del primer consumo de alcohol del estudiante

	CEBCI		MANUELA CAÑIZARES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Curiosidad	15	50	14	46,6
I. Amistades	8	26,7	4	13,3
P. Emocionales	1	3,3	2	6,7
P. Familiares	2	6,7	2	6,7
No ha Consumido	4	13,3	8	26,7
Total	30	100	30	100

Elaborado por Mendieta (2016).

La curiosidad es la primera causa para el primer consumo tanto en el CEBCI 15 estudiantes (50%), como en la Manuela Cañizares, 14 estudiantes (46,6%).

Tabla 9. Causas de consumo de alcohol en la actualidad.

	CEBCI		MANUELA CAÑIZARES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No consume	11	36,7	14	46,7
Amistades	10	33,3	9	30
P. Emocionales	3	10	4	13,3
P. Familiares	4	13,3	3	10
R. Académico	2	6,7	0	0
Total	30	100	30	100

Nota: P= Problemas; R= Rendimiento.Elaborado por Mendieta (2016).

La influencia de amistades es la causa más común para que se origine el consumo de alcohol en la actualidad, en el CEBCI 10 estudiantes (33,3%) consumen por amistades; mientras en la Manuela Cañizares, 9 estudiantes (30%) consumen por la misma razón.

Tabla 10. Edad en la que los estudiantes se embriagaron por primera vez

Edad	CEBCI		MANUELA CAÑIZARES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
8	1	3,3	0	0
9	0	0	0	0
10	2	6,7	1	3,3
11	0	0	2	6,7
12	2	6,7	7	23,3
13	10	33,3	2	6,7
14	1	3,3	3	10
No embriagado	14	46,7	14	46,7
Total	30	100	30	100

Elaborado por Mendieta (2016).

Lo más significativo en lo referente a la edad en la que se embriagaron por primera vez, en el CEBCI 10 estudiantes (33,3%) se embriagaron a los 13 años. Por otro lado, en la Manuela Cañizares 7 estudiantes (23,3%) se embriagaron a los 12 años.

Tabla 11. Familiares con consumo de alcohol.

	CEBCI		MANUELA CAÑIZARES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Padre	8	26,7	9	30
Madre	0	0	1	3,3
Hermanos	2	6,7	2	6,7
Otros	12	40	8	26,7
Ninguno	8	26,7	10	33,3
Total	30	100	30	100

Elaborado por Mendieta (2016).

Los padres (26,7%) y (30%) son los familiares con mayor consumo de alcohol en las instituciones CEBCI y Manuela Cañizares respectivamente.

Tabla 12. Factores que incentivan el consumo de alcohol en adolescentes.

	CEBCI		MANUELA CAÑIZARES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
P. Familiares	10	33,3	10	33,3
Influencia de pares	10	33,3	12	40
P. Emocionales	3	10	1	3,3
Aceptación Social	4	13,3	6	20
Familia Alcohólicos	3	10	1	3,3
Total	30	100	30	100

Nota: P= Problemas.

Elaborado por Mendieta (2016).

El principal factor que incentiva el consumo de alcohol en adolescentes en las instituciones educativas CEBCI (33,3%) y Manuela Cañizares (40%) es la influencia de pares; de igual manera un factor destacado que incentiva el consumo de alcohol son los problemas familiares (33.3%) en las dos instituciones estudiadas.

Tabla 13. Estudiantes que presentan síntomas depresivos

	CEBCI				MANUELA CAÑIZARES			
	M.	%	H.	%	M.	%	H.	%
Sin S.	5	33,3	9	60	5	33,3	8	53,33
Con S.	10	66,7	6	40	10	66,7	7	46,67
Total	15	100	15	100	15	100	15	100

Nota: M= Mujeres; %= Porcentaje; H= Hombre; S= Síntomas.

Elaborado por Mendieta (2016).

En la institución educativa CEBCI (66,7%) mujeres y (40%) hombres presentan síntomas depresivos; mientras tanto en la Manuela Cañizares presentan síntomas de depresión (66,7%) mujeres y (46,67%) hombres.

Tabla 14. Estudiantes que presentan abuso de alcohol

	CEBCI				MANUELA CAÑIZARES			
	M.	%	H.	%	M.	%	H.	%
Uso	5	33,3	9	60	9	60	7	46,67
Abuso	10	66,7	6	40	6	40	8	53,33
Total	15	100	15	100	15	100	30	100

Nota: M= Mujeres; %= Porcentaje; H= Hombre; S= Síntomas.

Elaborado por Mendieta (2016).

En la institución educativa CEBCI se evidencia abuso de alcohol en el (66,7%) de mujeres y en el (40%) de hombres; mientras tanto en la Manuela Cañizares presentan abuso de alcohol (40%) de mujeres y (53,33%) de hombres.

Tabla 15. Tabla cruzada de abuso de alcohol y síntomas depresivos en los estudiantes

		Uso	Abuso	Total
Sin Síntomas	Recuento	20	7	27
	Recuento E.	14,0	13,1	27,0
Con Síntomas	Recuento	10	23	33
	Recuento E.	17,1	16,0	33,0

Elaborado por Mendieta (2016).

La tabla cruzada de abuso de alcohol y síntomas depresivos demuestran que los datos son válidos en cuanto al recuento y al recuento esperado.

Tabla 16. Prueba de Chi- cuadrado de Pearson

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi- cuadrado	11,380	1	0,001
C. de continuidad	9,697	1	0,002
Razón de verosimilitud	11,789	1	0,001
A. lineal por lineal	11,191	1	0,001
N. casos validos	60		

Nota: El valor de la prueba chi- cuadrado esta en negrita. C= corrección. A= asociación. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,05.

Elaborado por = Mendieta (2016).

3.3 Conclusiones:

El presente trabajo se realizó mediante la evaluación de 60 adolescentes, 30 de la institución educativa CEBCI y 30 de la institución educativa Manuela Cañizares, la edad promedio de las personas evaluadas es de 14 a 16 años.

Los resultados obtenidos de los reactivos realizados y su correspondiente tabulación determina que la prevalencia de adolescentes con síntomas depresivos en la Unidad Educativa Particular CEBCI es del 53,33% siendo las mujeres las más propensas a esta enfermedad, ya que de 15 mujeres evaluadas, 10 (66,67%) presentaron sintomatología; en cuanto al plantel educativo fiscal Manuela Cañizares los resultados son similares, mostrando que el 53,33% de la muestra presenta síntomas depresivos, de igual manera siendo las mujeres las más vulnerables (66,67%).

Por otra parte, la prevalencia de abuso de alcohol en adolescentes pertenecientes al CEBCI es del 53,33% reiterando que el mayor consumo pertenece al sexo femenino con un 60% de la muestra evaluada, en la Manuela Cañizares se presenta un 46,66% de adolescentes que abusan del alcohol a diferencia del CEBCI, el consumo es mayor en el sexo masculino con un 53,33%.

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

Una vez culminada la investigación, podemos confirmar las hipótesis previamente planteadas del estudio:

- Las mujeres presentan porcentajes de sintomatología depresiva más altos que los hombres.
- La media del inicio de consumo de bebidas alcohólicas de los participantes en el estudio fue 12,34 años.
- Existe un alto índice de consumo de alcohol en las instituciones educativas CEBCI y Manuela Cañizares.
- En cuanto al alcohol evidencian las contestaciones que el patrón genético es trascendental para el consumo, en lo referente al sexo no existe distinción significativa ya que el consumo es similar en el sexo femenino como masculino.
- En el estudio realizado se observó que la cultura es un factor predominante ya que las influencias de pares y del entorno juegan un papel fundamental.
- Respecto al tipo de familia los resultados de la investigación muestran que los adolescentes que pertenecen a familias disfuncionales son los que en su mayoría ingieren alcohol y presentan síntomas depresivos.

Es difícil establecer si los síntomas depresivos llevan al abuso de alcohol o viceversa, en este estudio hemos concluido que existe una relación significativa entre las dos variables evaluadas, siendo el alcohol una sustancia utilizada como un método de afrontamiento para problemas cotidianos y depresivos, de igual manera el consumo excesivo de alcohol provoca episodios depresivos.

Para finalizar, el abuso de alcohol se asocia significativamente con síntomas depresivos (RV 11,789, IC 95% 0,01-11,380).

Recomendaciones:

Los adolescentes son un grupo muy vulnerable con una serie de características que deben ser tomadas en cuenta para desarrollar programas de prevención, especialmente en temas como alcoholismo, drogadicción y salud mental, ya que de esta forma lograremos que los adolescentes posean conocimientos certeros acerca de las consecuencias del abuso de alcohol y a dónde se puede acudir en caso de estar sufriendo esta situación, antes de llegar a una enfermedad mental o aun peor la muerte.

La educación para la salud mental requiere un trabajo interinstitucional y multidisciplinario, por lo que se requiere un trabajo coordinado y participativo de diferentes instituciones en especial cuando se trata de mejorar la salud mental de grupos vulnerables como los adolescentes.

Referencias

- Alpízar, M., Pérez, G., García, I. (2008). Previniendo el alcoholismo. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300011&lang=pt
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V., Lozano, T. (2004). “*Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios*”. *Universitas Psychological*, 3(1). Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Marcela_Arrivillaga/publication/237038419_Caracterizacin_de_la_depresin_en_jvenes_universitarios/links/00463527a340a494cb000000.pdf
- Bailador, M., Viscardi, N., Dajas, Federico. (1997). Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. *Revista médica Uruguay*. 13(3), 213-230. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=255603&indexSearch=ID>
- Bolet, M., Socarrás, M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 22(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002003000100004&script=sci_arttext
- Calderón, G. A., Castaño, G. A. (2013). Factores de riesgo para el consumo de psicoactivos en conductores de buses en Medellín. Katharsis–Institución. *Universitaria de Envigado*, 15(1), 153-171. Recuperado de

<http://www.ucn.edu.co/institucion/sala-prensa/noticias/Documents/2013/katharsis-15.pdf#page=154>

Casas, M., Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Revista online de adicciones*. 14(1). Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/524>

Czernik, G., Dabski, M., Canteros, J., y Almirón, L. (2006). Ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de corrientes. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*. 1(1), 1-4. Recuperado de http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista162/1_162.htm

Duque, D., Quiceno, Q. (2011). Psicosis alcohólica en el Hospital Mental de Antioquia, 1900-1930. *Iatreia*, 24(1). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932011000100011&lng=pt..

Fergusson, D., Horwood, J., Ridder, E., Beautrais, A. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 62(1), 66-72. Recuperado de <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=208225>

Flores, M. R., Vicente, M. T., Torres, J. I., López, A. A. (2014). Consumo de alcohol y comportamientos violentos. Aspectos médico-legales: Una revisión desde la jurisprudencia española. *Universidad CES*, 5(1), 220-230. Recuperado de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/derecho/article/view/3026/2218>

- García, L., Expósito, J., Sanhueza, C., Ángulo, M. (2008). Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. *Revista adicciones*, 20(3). Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/269>
- García, E., Lima, G., Aldana, L., Casanova, P., Feliciano, V. (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 33(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000300007
- Guibert, W., Gutiérrez, I., Martínez, C. (2005). Comportamiento ante el alcohol de los estudiantes en las etapas de la adolescencia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252005000100006&script=sci_arttext&tlng=pt#autor.
- Heights, A. (2013, May 26). ¿Diferentes tipos de depresión? ¿Que causa la depresión en las mujeres? **Daily Herald**. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1355411464?accountid=36552>
- Huitron, G. (2013). *Salud del Adolescente*. Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/21593/1/Salud%20del%20adolescente.pdf#page=112>
- Johnson, M., Maya, M., Zumwalt, K. (2006). *La depresión en adolescentes*. Recuperado de http://prtl.uhcl.edu/portal/page/portal/SOE/Programs/COUNSELING_MS/Counseling_Resources/Files/Feb_22_2011/GeneralParentInfo/DepressionSpanish.pdf

- Krauskopf, Diana. (2007). *Adolescencia y educación*. Recuperado de <http://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=mqjTAdT4HV0C&oi=fnd&pg=PA7&dq=Adolescencia+etapas&ots=iAQYCAP2fA&sig=Ynqryn18ZHtE0ceCwvMAoQxBEp4#v=onepage&q=Adolescencia%20etapas>.
- López, C., Freixinós, M. (2001). *Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes*. *Anales de psicología* 27(2), 177-188. Recuperado de <http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/adicciones/2 - 04-17 2.pdf>
- March Cerdá, J.C. (2010). *El consumo de alcohol en los adolescentes: una aproximación cualitativa desde los docentes*. *Trastornos Adictivos*, 12(2) Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097310700131>
- Moreno, J. (2006). *Valores, actitudes hacia el alcohol y consumo en adolescentes varones*. *Límite: revista de filosofía y psicología*, 13(1), 195-212. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es./servlet/articulo?codigo=2129646>
- Morla, R., Saad de Janon, E., Saad, J. (2006). *Depresión en Adolescentes y Familias desintegradas en la ciudad de Guayaquil, Ecuador*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(2), 149-165. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502006000200003&script=sci_abstract
- Oyala, A. (2015). *La Salud Pública ante el reto de las sustancias psicoactivas*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(1), 04-05. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000100001&lng=en&tlng=es.

- Páramo, M. (2011). *Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión*. *Terapia Psicológica*, 29(11), 85-95. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100009
- Pardo, G., Sandoval, A., Umbarila, D., (2004). *Adolescencia y depresión*. *Revista Colombiana de Salud*, 13(1), 13-28. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3246301>
- Ramírez, C., Almeida, G. (2003). *Percepción hacia las relaciones sexuales y riesgo de embarazo en adolescentes*. *Psicología y Salud*, 13(2). Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/916>
- Ramírez, M., Andrade, D. (2005). *La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador)*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000700008>
- Rivera, A., Sánchez, S. (2014). *Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral*. *Cuenca 2014*. Universidad de Cuenca. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20551/1/TESIS.pdf>
- Rivera, L., Rivera, D., Pérez, B., Leyva, A., y Castro, F. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública de México*, 57(3), 219-226. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342015000300010&script=sci_arttext

- Rodríguez, D. C., Dallos, C. M., González, S. J., Sánchez, Z. M., Díaz, L. A., Rueda, G. E., y Campo, A. (2005). *Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia*. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1402-1407. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500012&lng=en&tlng=es. 10.1590/S0102-311X2005000500012.
- Ruiz, D. M. (2011). *“Niveles de depresión en las/los adolescentes, hijo/as de padres separados atendidos en el Instituto Medico Fundación Tierra Nueva en el periodo de Octubre 2010 a Octubre 2001”*. Universidad Central del Ecuador. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1318/1/T-UCE-0007-20.pdf>
- Schaffer, C., Arizaga, V., Albarenque, M., Haseitel B. (2004). *Alcoholismo en la adolescencia*. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. Recuperado de <http://kinesio.med.unne.edu.ar/revista/revista139/alcohol.htm>
- Sudupe, J., Taboada, O., Castro C., Vázquez. C. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, 6(11). Recuperado de <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Ulloa, Rosa., Palacios, L., De la Peña, F. (2011). Diagnóstico y tratamiento de la psicopatología en la infancia y la adolescencia. *Salud Mental*, 34(5), 399-401. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58221288001.pdf>
- Vargas, D. R. (2001). Alcoholismo, tabaquismo y sustancias psicoactivas. *Revista de Salud Pública*, 3(1), 74-88. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642001000100006&lng=en&tlng=es.

Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18(1), 139-165. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/952898746?accountid=36552>

Anexos

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, _____, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidos de manera satisfactoria. He sido informado(a) y he entendido que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, he sido informada/o a la vez que mi información será confidencial. De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación con fines educativos.

Firma del participante

Fecha

DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR.

De manera cuidadosa he explicado al participante la naturaleza arriba enunciada. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, requisitos, riesgos y beneficios involucrados para participar en este estudio.

Firma del Investigador

Fecha.

ENCUESTA

La presente encuesta es totalmente ANONIMA, no deberás colocar tu nombre. Por favor rellena los espacios solicitados con total honestidad. Los resultados serán utilizados con fines académicos.

Edad:
Género:
Escolaridad:
Qué número de hijo eres:
Tus padres son:
Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/>
Otros _____
Tú vives con
Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/>
Otros _____

1. La primera vez que tú consumiste alcohol se debió a:

- Curiosidad Influencia de Amistades
Problemas Emocionales Problemas familiares
Problemas Académicos
Otros _____

2. En la actualidad tú consumes alcohol por:

- Influencia de Amistades Problemas Emocionales Rendimiento Académico
Problemas Familiares

3. ¿A qué edad te embriagaste por primera vez?

4. ¿En tú familia quien (es) consumen alcohol?

- Nadie Papá Hermanos Otros familiares
Mamá

5. ¿Qué crees que te lleva al consumo de alcohol?

- Problemas Familiares Amigos
Familiares Alcohólicos Aceptación social

6. El consumo de Alcohol te ha causado alguna vez problemas en la institución Educativa (llamadas de atención, suspensiones, expulsión, etc)

- SI NO

7. En alguna ocasión has incumplido tus obligaciones académicas debido al consumo (no hacer tareas, no estudiar, no asistir al colegio, etc)

SI

NO

8. El consumo de Alcohol en alguna ocasión te ha causado dificultades en tú Salud

SI

NO

9. El consumo de Alcohol te ayuda a:

Enfrentar tus problemas

Olvidar tus dificultades

Nada

Otros _____

10. ¿Cómo obtienes el dinero para consumir alcohol?

Amigos

Padres

Otros _____

11. ¿Piensa en alguna dificultad que tengas ultimadamente y responde si has sentido tristeza, llanto fácil, pensamientos negativos, pérdida de interés y si esto ha interferido con tu rendimiento escolar?

SI

NO

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

1)

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

2)

- No me siento especialmente desanimado de cara al futuro**
 - Me siento desanimado de cara al futuro**
 - Siento que no hay nada por lo que luchar**
 - El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán**
-

3)

- No me siento como un fracasado**
 - He fracasado más que la mayoría de las personas**
 - Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro**
 - Soy un fracaso total como persona**
-

4)

- Las cosas me satisfacen tanto como antes**
 - No disfruto de las cosas tanto como antes**
 - Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas**
 - Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo**
-

5)

- No me siento especialmente culpable**
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones**
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones**
 - Me siento culpable constantemente**
-

6)

- No creo que esté siendo castigado**
 - Siento que quizá esté siendo castigado**
 - Espero ser castigado**
 - Siento que estoy siendo castigado**
-

7)

- No estoy descontento de mí mismo**
 - Estoy descontento de mí mismo**
 - Estoy a disgusto conmigo mismo**
 - Me detesto**
-

8)

- No me considero peor que cualquier otro**
 - Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores**
 - Continuamente me culpo por mis faltas**
 - Me culpo por todo lo malo que sucede**
-

9)

- No tengo ningún pensamiento de suicidio**
 - A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré**
 - Desearía poner fin a mi vida**
 - Me suicidaría si tuviese oportunidad**
-

10)

- No lloro más de lo normal**
 - Ahora lloro más que antes**
 - Lloro continuamente**
 - No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga**
-

11)

- No estoy especialmente irritado**
 - Me molesto o irrito más fácilmente que antes**
 - Me siento irritado continuamente**
 - Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban**
-

12)

- No he perdido el interés por los demás**
 - Estoy menos interesado en los demás que antes**
 - He perdido gran parte del interés por los demás**
 - He perdido todo el interés por los demás**
-

13)

- Tomo mis propias decisiones igual que antes**
- Evito tomar decisiones más que antes**

- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes**
 - Me es imposible tomar decisiones**
-

14)

- No creo tener peor aspecto que antes**
 - Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo**
 - Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo**
 - Creo que tengo un aspecto horrible**
-

15)

- Trabajo igual que antes**
 - Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo**
 - Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo**
 - Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea**
-

16)

- Duermo tan bien como siempre**
 - No duermo tan bien como antes**
 - Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir**
 - Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir**
-

17)

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

18)

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

19)

- No he perdido peso últimamente**
- He perdido más de 2 kilos**
- He perdido más de 4 kilos**
- He perdido más de 7 kilos**

20)

- No estoy preocupado por mi salud**
- Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc; el malestar de estómago o los catarros**
- Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otra cosa**
- Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otra cosa**

21)

- No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo**
- La relación sexual me atrae menos que antes**
- Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes**
- He perdido totalmente el interés sexual**