



**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación**

**Ideación suicida, depresión y consumo de sustancias en mujeres  
adolescentes del CETAD “Hogar Victoria” de la ciudad de Cuenca, al año 2019**

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

**Autores:**

**Denisse Alexandra Bravo Bermeo**

**Juan José Cassinelli Loor**

**Directora:**

**Ana Lucía Pacurucu PhD**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación se lo dedico a todas esas personas que han tenido o experimentan actualmente problemas con el consumo de sustancias con la esperanza de que encuentren el apoyo profesional que necesitan, logren encender nuevamente esa luz que todos llevamos dentro y no decaigan en su lucha por alcanzar un estado de salud mental óptimo.

Se lo dedico también a mis padres, quienes han estado presentes durante toda mi carrera universitaria demostrando su apoyo incondicional. Esta meta alcanzada les pertenece de igual forma ya que su continua motivación fue uno de los pilares fundamentales para lograr cumplirla.

A mi madre Sonia, por ser una mujer valiente llena de valores admirables y enseñarme que todo es posible cuando uno entrega lo mejor de sí misma, por haberme impulsado siempre a seguir adelante y apoyarme constantemente a pesar de las dificultades. Por siempre recordarme que puedo obtener grandes logros, no me alcanzaría el tiempo para devolverle todo lo que me ha ofrecido. Ocupa en mi vida un lugar irremplazable.

De igual forma a mi padre Jorge, por ser un hombre lleno de sabias experiencias, por hacerme sonreír cada vez que compartimos tiempo juntos, por su apoyo, sus palabras de aliento y por demostrar confianza en mí durante todo el camino. Mi amor por él siempre será incondicional.

Sin duda esta investigación va dedicada también a mis hermanas Sandy y Karen, mujeres inspiradoras, por impulsarme con su ejemplo a perseguir el éxito no solamente profesional sino en todos los aspectos de la vida. Gracias por mostrarme que está llena de cosas buenas y haberme regalado momentos inolvidables.

**Denisse Bravo B.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Para comenzar, quiero agradecer a la Universidad del Azuay por haberme brindado su prestigiosa formación académica, a mis profesores por transmitirme sus sabios conocimientos y ser una guía durante mi carrera universitaria.

Agradezco de forma especial a mi estimada profesora y directora de tesis Ana Pacurucu PhD, por su tiempo al realizar este trabajo investigativo, fuimos afortunados al contar con su experiencia y dedicación.

Gracias a la directora del CETAD “Hogar Victoria” Irene Cárdenas Mg, quien nos abrió las puertas de su centro para llevar a cabo esta investigación, por ofrecerme los conocimientos necesarios que facilitaron el proceso. Llevo en el corazón un grato recuerdo de la experiencia vivida.

Quiero agradecer a mi angelito Sofy, por haberme enseñado durante 17 años el significado del amor más puro, por convertirme en una persona bondadosa y sensible. Por ser mi apoyo emocional infalible y transformarme en alguien más fuerte.

Agradezco a mi querida amiga Maritza, por estar pendiente de mi avance durante este arduo trabajo, por escucharme y estar presente en los momentos importantes de mi vida.

A mi compañero de tesis y gran amigo Juan José Cassinelli, gracias por su contribución, los momentos memorables compartidos y su esfuerzo durante el trayecto para lograr que esta meta sea hoy una realidad.

**Denisse Bravo B.**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo investigativo va dedicado a las mujeres que padecen problemas de consumo de sustancias, para que encuentren la fortaleza para vencer dicha problemática con el apoyo y guía adecuada. Para que no pierdan la esperanza y obtengan un estilo de vida equilibrado que les brinde paz y felicidad a ellas y los que las rodean.

**Juan José Cassinelli**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a la Universidad del Azuay por haberme formado a través de una educación de alto nivel. Por brindarme las herramientas que me abrirán oportunidades en el campo laboral y me permitirán ser un profesional que trascienda.

A mi tutora Anita, gracias por el tiempo dedicado al trabajo investigativo, por haber sido una guía durante su elaboración.

Doy las gracias a mi madre Mireya, una mujer que ha sido mi apoyo incondicional, me ha sabido motivar e impulsarme para alcanzar las metas que me propongo sin importar los obstáculos.

A mi gran amigo Jeff, por su amistad y presencia a pesar de la distancia durante el trayecto de esta investigación.

Agradezco a mi compañera de tesis Denisse, por haber aportado activamente en el trabajo realizado, por los momentos compartidos y haber contribuido para que esta meta sea alcanzada.

**Juan José Cassinelli**

## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación que existe entre depresión, ideación suicida y consumo de sustancias en mujeres adolescentes en el CETAD “Hogar Victoria”, Cuenca, Ecuador.

Se aplicó el Inventario de orientación suicida ISO-30 y el Inventario de Depresión de Beck que permitió a las usuarias reflejar el estado anímico que experimentaban durante su internamiento.

Los resultados obtenidos en el análisis revelaron que en cuanto a sintomatología depresiva y el uso de sustancias, el 68.9% de las mujeres adolescentes con problemas de consumo presentó rasgos depresivos leves o encontrarse en un estado anímico dentro de lo normal. En la relación entre ideación suicida y el consumo de sustancias el 57.8% de las mujeres adolescentes presentó un riesgo suicida moderado tendiendo a alto.

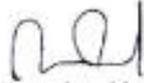
**Palabras claves:** depresión, ideación suicida, consumo de sustancias, adolescencia.

## ABSTRACT

This research aimed to determine the relationship between depression, suicidal ideation and substance use in adolescent women from the CETAD "Hogar Victoria", Cuenca, Ecuador. The Suicide Orientation Inventory ISO-30 and the Beck Depression Inventory were applied, these allowed users to represent the mood they experienced during hospitalization. The results obtained in the analysis revealed that 68.9% of adolescent women with consumption problems had mild depressive traits or were in a normal state of mind in terms of depressive symptomatology and substance use. In the relationship between suicidal ideation and substance use, 57.8% of adolescent women presented a moderate to high suicide risk.

**Keywords:** depression, suicidal ideation, substance use, adolescence.



  
Translated by  
Ing. Paul Arpi

## ÍNDICE

CAPÍTULO 1 .....	8
La adolescencia.....	8
1.1 Adolescencia.....	8
1.2 La Identidad del adolescente .....	17
CAPÍTULO 2 .....	22
Síntomatología depresiva e ideación suicida.....	22
2.1 Síntomatología depresiva .....	22
2.2 Ideación suicida .....	30
CAPÍTULO 3 .....	34
El consumo de sustancias .....	34
3.1 Adicción y el sistema nervioso .....	34
3.2 Aprendizaje social .....	37
3.3 Tratamiento.....	39
CAPÍTULO 4 .....	44
METODOLOGÍA.....	44
4.1 Tipo de estudio .....	44
4.2 Población .....	44
4.3 Muestra.....	44
4.4 Criterios de inclusión:.....	45
4.5 Criterios de exclusión: .....	45
5. INSTRUMENTOS .....	45
5.1 Ficha sociodemográfica:.....	45
5.1.1. Inventario de Orientación suicida (ISO 30):.....	45
5.1.2. Inventario de Depresión de Beck: .....	46
6. PROCEDIMIENTO.....	47
7. RESULTADOS .....	48
DISCUSIÓN .....	58
CONCLUSIONES .....	60
RECOMENDACIONES .....	61
Referencias bibliográficas .....	62
ANEXOS .....	66

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Nivel de escolaridad alcanzado .....	48
Tabla 2 Lugar de procedencia .....	48
Tabla 3 Estructura familiar .....	49
Tabla 4 Sustancias de consumo problemático .....	49
Tabla 5 Nivel de depresión en la escala de Beck .....	50
Tabla 6 Riesgo suicida evaluado por el test ISO 30 .....	51
Tabla 7 Relación entre el riesgo suicida y el consumo de alcohol .....	51
Tabla 8 Relación entre el riesgo suicida y el consumo de marihuana .....	52
Tabla 9 Relación entre el riesgo suicida y el consumo de base de cocaína .....	52
Tabla 10 Relación entre el riesgo suicida y el consumo de cocaína .....	53
Tabla 11 Relación entre el nivel de depresión y el consumo de alcohol .....	54
Tabla 12 Relación entre el nivel de depresión y el consumo de marihuana .....	55
Tabla 13 Relación entre el nivel de depresión y el consumo de base de cocaína .....	56
Tabla 14 Relación entre el nivel de depresión y el consumo de cocaína .....	57

## INTRODUCCIÓN

La investigación realizada se enmarcó en las características de un estudio mixto, el diseño de investigación es descriptivo, tuvo como objetivo identificar la relación entre la ideación suicida, la sintomatología depresiva y el consumo de sustancias en mujeres adolescentes del CETAD “Hogar Victoria”. Se utilizaron instrumentos cuantitativos, en este caso se aplicaron el test de depresión de Beck y el Inventario de Orientación suicida (ISO 30), también una ficha sociodemográfica, la información se recopiló de fuentes primarias.

La adolescencia es un ciclo del desarrollo que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) empieza desde los 10 años y termina a los 19 años. Esta etapa de desarrollo humano está caracterizada por varios cambios: físicos, cognitivos y socioemocionales, cambios en las relaciones, necesidad de comprensión y aceptación.

En nuestro primer capítulo nos enfocamos en la adolescencia, fue analizada desde un enfoque biopsicosocial, el cual resultó relevante para el desarrollo de nuestra investigación. Indicamos conceptos básicos, describimos la manera en la que los adolescentes enfrentan los conflictos que dicho período conlleva; por otro lado, se describió la forma en la que se vinculan y relacionan con su entorno.

Se investigó sobre la transición de los adolescentes hacia la independencia social, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto, asumir funciones y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

En el segundo capítulo se profundizan dos temas, el primero de ellos fue depresión, definida básicamente como un síndrome caracterizado por síntomas como estado de ánimo decaído la mayor parte del día casi todos los días y disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer. Nos centramos principalmente en los aportes que nos brindó uno de los mayores representantes de este tema, Aaron Beck; quien fue el que desarrolló la terapia cognitiva, la cual está basada en una teoría de la personalidad que sostiene que la manera en que se piensa está determinada en gran parte por la forma en que el individuo siente y se comporta.

En este capítulo se abordó el tema de ideación suicida, considerada como un marcador de vulnerabilidad que puede desencadenar en intento de suicidio, lo que lleva a la consumación de la idea. Se define como los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método. La OMS define el acto suicida como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño con independencia del grado de intención y de que conozcamos los verdaderos motivos, y el suicidio como la muerte que resulta de un acto suicida, es decir, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada.

En el tercer capítulo se realizó un análisis sobre el consumo de sustancias desde un punto de vista tanto fisiológico como psicológico; para ello definimos adicción como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados.

En la parte psicológica nos enfocamos en la teoría de modelamiento, la cual hace referencia al dispositivo de aprendizaje que se encuentra cimentado en la explicación de

conductas de otros sujetos y a su posterior práctica por parte del observador, dicha información proviene de los trabajos de Bandura y su tesis del adiestramiento social.

El capítulo número cuatro abarca la metodología, se describen los objetivos, participantes, análisis e interpretación de los datos obtenidos durante el estudio.

Los resultados del estudio mostraron un nivel considerable en cuanto a la relación que existe entre sintomatología depresiva y el consumo de sustancias; de igual manera entre el consumo de sustancias y la ideación suicida.

# **CAPÍTULO 1**

## **La adolescencia**

En el presente capítulo, se procederá a describir la etapa del ciclo vital correspondiente a la adolescencia, se analizará desde un enfoque biopsicosocial, el cual resulta relevante para el desarrollo de nuestra investigación. Indicaremos conceptos básicos, la manera en la que se van desarrollando y enfrentando los conflictos que dicho período conlleva; la forma en la que estos individuos se vinculan y relacionan con su entorno.

### **1.1 Adolescencia**

La OMS (2016) define la adolescencia como el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y cambios. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos; los más obvios son los cambios físicos, como el aumento de altura, la adquisición de masa muscular, la distribución de grasa corporal y el desarrollo de características sexuales. En este aspecto, las hormonas cumplen funciones importantes que determinarán el crecimiento y la madurez sexual de los individuos. Este largo proceso comienza con un incremento en la producción de hormonas de crecimiento y sexuales que promoverán estos cambios biológicos.

En este período surge la aparición de los caracteres sexuales primarios, que son básicamente los órganos sexuales con los que nace una persona. Estos maduran a lo largo de la adolescencia hasta convertir a sus poseedores en individuos capaces de reproducirse.

En las féminas los cambios en las características sexuales primarias implican el crecimiento del útero, la vagina y otros aspectos del sistema reproductivo. Los efectos de las hormonas sexuales promueven el comienzo de la menstruación, conocida como menarquia. En general, una niña no es totalmente fértil hasta varios años después de la menarquia. En los varones, las primeras etapas de la pubertad implican el crecimiento de los testículos, el escroto y el pene. A medida que se desarrolla el pene, las vesículas seminales, la próstata y la glándula bulbo uretral también se agrandan. La primera eyaculación de líquido seminal se llama espermarquia, y ocurre generalmente entre los 12 y los 14 años. Los niños generalmente son fértiles antes de tener una apariencia adulta. (Diz, 2013, pág. 89)

Acompañando a estos, aparecen también los caracteres sexuales secundarios, que son rasgos que aparecen en la pubertad de manera diferente para cada sexo. En las mujeres, los cambios sexuales secundarios incluyen el desarrollo del vello púbico y axilar, de las glándulas sudoríparas y el ensanchamiento de las caderas. También, hay un aumento en el volumen de los senos, el oscurecimiento de las areolas y la elevación de los pezones. En los hombres, estos cambios implican la aparición de vello púbico, facial y corporal, el desarrollo de una voz grave, el endurecimiento de la piel, y un mayor desarrollo de los músculos y glándulas sudoríparas.

En cuanto al aspecto psicológico y social, la adolescencia es un período de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer

relaciones de adulto, asumir funciones y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

Gran cantidad de adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales. Muchos de ellos también experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o medidas de protección pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo. De todo ello se deduce que este proceso representa para los adultos una oportunidad única para influir en los jóvenes (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Los adolescentes son diferentes de los niños pequeños y también de los adultos; un adolescente no es plenamente capaz de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud.

Esta incapacidad puede hacerlo particularmente vulnerable a la práctica de conductas de alto riesgo. Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones

sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas.

En la adolescencia las personas nacen para la sociedad más amplia y por lo tanto se inicia un desprendimiento del sistema familiar que lleva a una resignificación de las relaciones (Krauskopf, 1999). La construcción de la individuación desata duelos importantes para las figuras parentales: el duelo por la pérdida de su hijo (niño), el duelo por el adolescente que fantasearon, el duelo por su rol de padres incuestionados. Se conforman nuevas condiciones para el desarrollo social que contribuyen a la diferenciación del grupo familiar y la autonomía. Se desencadenan procesos que van concretando las bases para la construcción de los roles y perspectivas de la vida en el contexto de las demandas, recursos y limitaciones que ofrecen las sociedades en sus entornos específicos en un momento histórico y político dado. Las preocupaciones psicológicas giran prioritariamente en torno a la afirmación tanto personal como social y afloran las vivencias del amor. La búsqueda de canalización de los emergentes impulsos sexuales, la exploración de las capacidades sociales y el apoyo en la aceptación por el grupo de pares dinamizan la afirmación personal y social en la adolescencia. Es importante reconocer que para los y las adolescentes el amor, el goce y la amistad son preocupaciones muy valiosas, que los adultos tienden a suprimir cuando enfocan su sexualidad desde el ángulo exclusivo de la moral o de la salud reproductiva. Para Krauskopf (2011) las capacidades de autocuidado y de cuidado mutuo tienen la posibilidad de despegarse eficazmente, en la medida que los y las adolescentes hayan contado con la asesoría y atribuciones requeridas.

El desarrollo intelectual durante la adolescencia trae nuevos recursos para la diferenciación identitaria y para el replanteamiento de las relaciones con el mundo. Es parte del empuje de insertarse en el mundo de una nueva forma. La simbolización, la

generalización y la abstracción introducen visiones más amplias y diversas de los acontecimientos. De la posición infantil de estar "en" el mundo, pasa a situarse en "perspectiva" frente a él y a sí mismo. Esto es, puede "reflexionar", volver la mirada sobre su propia forma de pensar y de ser, así como sobre la de los demás. Estos logros, junto a la necesidad de diferenciación, conducen al característico cuestionamiento de aspectos comportamentales y posiciones que se habían aceptado durante la socialización previa. La confrontación que se desencadena amenaza las necesidades de control y autoestima de los mayores involucrados (padres, maestros, etc.). Un desafío importante es hacer coincidir los elementos identitarios asumidos con acciones que promuevan el desarrollo y con la adquisición de instrumentos que favorezcan la consolidación de roles satisfactorios y su aporte a la vida colectiva. Los sistemas de ideas congruentes, aunque parciales, van procurando zonas de seguridad; la posibilidad de ponerlas en práctica y acompañarlas de reflexión y asesoría permite enriquecer sus conceptualizaciones. De lo contrario, como lo plantea Aberastury (1971), al adolescente "se le priva de la capacidad de acción, se le mantiene en la impotencia y, por lo tanto, en la omnipotencia del pensamiento".

Las acciones juveniles procuran actualmente cambiar en el presente las actitudes individuales con autonomía e identidad para derivar de allí el cambio social. Se prioriza la acción inmediata, la búsqueda de la efectividad palpable de su acción. El respeto a la diversidad y las individualidades se constituye en el centro de las prácticas (Serna, 1998). Las relaciones intrageneracionales permiten afirmar la identidad y refuerzan los procesos de independización y diferenciación. La identidad grupal condiciona y trasciende la identidad de cada uno de los miembros y brinda un espacio diferenciador de la familia. Las relaciones intergeneracionales sufren cambios. Las tensiones

específicas se resuelven cuando las figuras parentales asumen su nuevo rol como un firme trampolín desde donde los hijos pasan a la sociedad más amplia.

A medida que los hijos avanzan en la adolescencia es necesaria una buena relación afectiva y un replanteamiento de las relaciones generacionales, para contribuir a su diferenciación, autonomía y capacidad de enfrentamiento de la vida actual. Son el respeto y la escucha mutua los que facilitan el desarrollo de destrezas de negociación y la interlocución constructiva con los adultos, necesarios para la incorporación social moderna. En los casos en que existen fracturas en el desarrollo y en el reconocimiento social, los grupos adolescentes enfatizan el poder frente al entorno que los margina o niega, y pueden llegar a mostrar una visibilidad aterrante (Krauskopf, 1996). El no reconocimiento de las nuevas necesidades adolescentes es factor de numerosos conflictos y agravamiento de problemas.

La exclusión social acompañada de privaciones emocionales y la falta de opciones tangibles, puede llevar a la desesperanza. Así se establecen convicciones negativas que favorecen salidas sustitutivas, refugio en gratificaciones efímeras, acciones impulsivas que denuncian sus conflictos, reacciones depresivas, etc. Es importante construir espacios de reconocimiento y esperanza, para impulsar el desarrollo y el sentido positivo de vida (Krauskopf, 2003).

Al concluir la adolescencia temprana el joven realiza un avance importante en el logro de la autonomía. Aún no está en condiciones de manejarse solo, pero ha hecho progresos que le permiten un buen reconocimiento de su cuerpo, ha comenzado a diferenciarse de sus adultos, ha realizado planes pensando en un futuro relacionado con el trabajo y, en algunos casos, ha realizado un aprendizaje escolar con mayor independencia del medio familiar que durante la escolaridad primaria. Para tomar la mayoría de sus decisiones el adolescente precisa que un adulto lo acompañe: para

recibir información, escuchar una opinión, conocer a alguien que haya tenido que optar como él en situaciones semejantes, etc. Disentir, opinar de manera original en la escuela, la familia o el trabajo y fundamentar dicha opinión con tolerancia para con otros puntos de vista, son manifestaciones de la independencia y autonomía de juicios y razonamientos alcanzada por el adolescente (Krauskopf, 2011).

La autonomía le permite integrarse en las instituciones y cumplir con las tareas en que se ha comprometido, sin necesidad de controles externos, pero con la orientación que deben dar los adultos de su entorno. Numerosos estudios han demostrado que la forma en que los adolescentes conectan con su mundo social influye en su salud y desarrollo y les protege frente a conductas de alto riesgo. Al establecer lazos coherentes, positivos y emocionales con adultos responsables, los jóvenes pueden sentirse seguros y a salvo, y obtener la resistencia que les permita confrontar y resolver los problemas que les depara la vida. La UNICEF (2002) en un estudio llevado a cabo con niños de 14 años de Estados Unidos, Australia, Colombia, la India, Palestina y Sudáfrica descubrió, por ejemplo, que en todas las culturas los adolescentes que tienen relaciones estrechas con sus padres y madres (es decir, que se sienten entendidos, reciben buenos cuidados y se llevan bien con ellos) tienen mayor iniciativa social, abrigan menos ideas de suicidio y sufren menos depresión. Cuando los progenitores no tienen la capacidad de atender a las necesidades de sus hijos, las familias ampliadas, los barrios, las escuelas y los homólogos cobran una gran importancia y son la fuente de este tipo de vínculos.

Cuando los adolescentes tienen relaciones estrechas con personas con las que pueden contar, ganan más confianza en sí mismos. Cuando sienten que forman parte de un grupo, tienen más posibilidades de beneficiarse de otros “factores de protección” que pueden ayudarles a crear estrategias para la resolución de problemas y a desarrollar una autoestima positiva. Establecer lazos es fundamental para crear un entorno seguro.

La adolescencia posee sus propias tareas del desarrollo. Estas constituyen tareas que «surgen en cierto período de la vida del individuo cuya debida realización lo conduce a la felicidad y al éxito en las tareas posteriores, y cuyo fracaso conduce a la infelicidad del individuo, a la desaprobación de la sociedad, y a dificultades en el logro de tareas posteriores». El progreso del desarrollo se visualiza en la medida en que estas tareas se logran e integran con competencias que emergen posteriormente, llevando finalmente a un funcionamiento adaptativo durante la madurez (Gaete, 2015).

La tarea central de este período fue definida por Erikson (2000) como la búsqueda de la identidad. Dicha identidad (el ¿quién soy yo?, un sentido coherente y estable de quién se es, que no cambia significativamente de una situación a otra) hace a la persona diferente tanto de su familia, como de sus pares y del resto de los seres humanos. El logro de una identidad personal hacia fines de la adolescencia y comienzos de la adultez involucra varios aspectos: la aceptación del propio cuerpo, el conocimiento objetivo y la aceptación de la propia personalidad, la identidad sexual, la identidad vocacional, y que el joven defina una ideología personal (filosofía de vida), que incluya valores propios (identidad moral). Este autoconocimiento, que no aparece como consecuencia inexorable del desarrollo, sino que es producto de un proceso activo de búsqueda, hace necesario que el adolescente distinga entre quién es de verdad y quién desea ser, y se haga cargo tanto de sus potencialidades como de sus limitaciones. Lo logra solo después de que ha considerado seria y cuidadosamente varias alternativas en los diversos aspectos involucrados en la identidad y ha llegado a conclusiones por sí mismo. Los jóvenes pueden experimentar con distintas conductas, estilos y grupos de pares como una forma de buscar su identidad, proceso que también involucra algún grado de rebeldía respecto de la imagen familiar.

Las personas que logran una identidad se sienten en armonía consigo mismas, aceptan sus capacidades y limitaciones. Así también, una vez establecida esta identidad personal, adquieren una buena disposición para la intimidad y para comprometerse con una pareja y una vocación (además pueden hacerlo con una ideología política y creencia espiritual). La extensión actual del período adolescente impacta en el desarrollo de la identidad, que puede tardar más en consolidarse.

Profundizando en el tema de socialización en la adolescencia, según Musitu y Allatt (1994), es un proceso por medio del cual se aprenden una serie de conocimientos, actitudes, valores, aspectos culturales, costumbres, necesidades y sentimientos que marcarán de manera estable las pautas de adaptación a un comportamiento social considerado correcto. La tarea de socializar es algo complejo que requiere años de aprendizaje, y que comienza muy probablemente desde el nacimiento.

Aunque en la vida de un adolescente son varios los agentes que influyen en su proceso de socialización, se ha demostrado que es la familia la principal responsable de esta labor. Es reconocido, al menos por el momento, que cuando se dan casos de conducta antisocial, las causas que provocan dicho problema de adaptación son diversas y podemos afirmar que nunca es debido a una sola razón.

Muchos autores definen la socialización como el proceso de influjo entre una persona y sus semejantes, proceso que resulta de “aceptar” las pautas de comportamiento social y de adaptarse a ellas. La socialización se puede describir desde dos puntos de vista: objetivamente, a partir del influjo que la sociedad ejerce en el individuo, y subjetivamente, a partir de la respuesta o reacción del individuo a la sociedad (Silva, 2007). El proceso de socialización propiamente dicho, sería entonces, la manera con que los miembros de una colectividad aprenden los modelos culturales de

su sociedad, los asimilan y los convierten en sus propias reglas personales de vida. Esto se complica más en sociedades multiculturales.

Otro aspecto que vale la pena analizar en los adolescentes, es su tiempo de ocio, sus dimensiones que dependerán de la situación específica de cada individuo, en la que la persona no tiene que realizar ninguna actividad de forma obligatoria y se encuentra en disposición de elegir libremente lo que desea realizar. Se define entonces como el hecho de realizar actividades satisfactorias y gratificantes que posibilita el tiempo liberado, de forma libre, decididas por el mismo sujeto y gestionadas autónomamente.

En la adolescencia del problema del tiempo libre y su uso es de suma importancia ya que es en esta etapa donde se cimienta la personalidad de él o la joven. El uso del tiempo por los y las adolescentes es una variable que adquiere y facilita o pone trabas a su integración social. El ocio permite al adolescente, entre otras cosas, disponer a placer de sí mismo y asumiendo así su propia libertad, posibilitándole lograr su autonomía y crecimiento. Serrano (2005), sostiene que en la adolescencia se va anticipando el tiempo y ensanchando el espacio reservado para las gratificaciones sensoriales y relacionales y la libertad de decisión sobre el uso del tiempo libre, por lo tanto, el efecto del uso de dicho tiempo libre generará un impacto directo en la salud mental del adolescente y el manejo de situaciones estresantes a los que se ven expuesto constantemente durante esta etapa del ciclo vital.

## **1.2 La Identidad del adolescente**

Se puede afirmar que el hito o meta más importante de la adolescencia es el desarrollo o construcción de la identidad. Todo adolescente necesita saber quién es, pues necesita sentirse respetado y amado como todo ser humano y para ello necesita saber quién es (Ives, 2014).

Erikson (2000) propone que el ser humano atraviesa ocho etapas a lo largo del desarrollo, donde se presentan crisis dentro de cada una:

1. Confianza versus desconfianza (0-2 años)
2. Autonomía versus vergüenza (2-4 años)
3. Iniciativa versus culpa (4-6 años)
4. Laboriosidad versus inferioridad (6-12 años)
5. Identidad versus confusión de roles (12-25 años)
6. Intimidad versus aislamiento (25-45 años)
7. Generatividad versus estancamiento (45-60 años)
8. Integridad versus desesperación (60 años en adelante)

Cada etapa tiene su crisis la cual tiene una parte positiva y una negativa. La etapa correspondiente a la adolescencia es identidad versus confusión de roles. La crisis positiva se refiere al sentido claro y firme de lo que es uno y el lugar que ocupa en el mundo, mientras que el negativo hace referencia a la confusión de la identidad relacionado con la incapacidad de formar una identidad estable y segura.

Hay que considerar que el desarrollo de la identidad se verá influenciado por la superación de las crisis de posteriores etapas. De igual manera, la superación de la crisis de identidad versus confusión de roles marcará como se desarrolle posteriormente el adolescente ya en su vida adulta.

Son varios los factores que influyen en el desarrollo psicosocial de las diferentes etapas (Erikson, 2004):

1. Dimensión comunitaria. Para que un joven se encuentre a sí mismo es necesario que haya encontrado su dimensión comunitaria. Se creará una unión entre lo que más o menos le viene dado (fenotipo, temperamento, talento, vulnerabilidad) y determinadas decisiones o elecciones que toma (opción de estudio, de trabajo, valores éticos, amistades, encuentros sexuales), y todo ello dentro de unas pautas culturales e históricas.
2. Dinámica del conflicto. El adolescente suele tener sentimientos contradictorios, pasando de sentimientos de vulnerabilidad exacerbado a tener grandes perspectivas individuales.
3. Período evolutivo personal. Cada individuo tiene su propio período evolutivo que dependerá tanto de factores biológicos, psicológicos, como sociales.
4. Modelos recibidos. Ningún yo se construye de forma aislada. Primero recibirá el apoyo de modelos parentales, y posteriormente de modelos comunitarios.
5. Aspectos psichistóricos. Toda biografía está inexorablemente entrelazada por la historia que a uno le toca vivir. Sin duda no es lo mismo vivir en época de paz que en época de guerra. Según Erikson hay períodos en la historia vacíos de identidad debido a tres formas básicas de aprensión humana:
  - Miedos despertados por hechos nuevos, tales como descubrimientos e inventos que cambian radicalmente la imagen del mundo, la forma de interactuar, trabajar, pensar, etc.
  - Ansiedades despertadas por peligros simbólicos percibidos como consecuencia de la desintegración de las ideologías anteriormente existentes.
  - Temor a un abismo existencial desprovisto de significado espiritual.
6. Historia personal: diferentes situaciones personales estresantes pueden tener una influencia negativa en la construcción de la identidad, como por ejemplo tener

que emigrar a otro país, sobre todo si ocurre en la adolescencia, pero también en la infancia; pérdida de un ser querido referente en la vida del adolescente; dificultades económicas importantes; sufrir maltrato, abusos o abandono.

Marcia redefine las teorías de Erikson y delimita la identidad como una organización interna, autoconstruida, dinámica de impulsos, habilidades, creencias e historia individual, estableciendo cuatro estados de identidad (Marcia, Waterman, Matteson, Archer, & Orlofsky, 1993):

1. Identidad difusa. El adolescente situado en este estatus no ha hecho un proceso de exploración significativa para encontrar una identidad ni se ha comprometido a nivel vocacional ni ideológico (Rice, 1997).
2. Identidad hipotecada. El adolescente con este tipo de identidad ha asumido un compromiso sin exploración, mediante la adopción de los roles y valores de figuras de identificación precoz como por ejemplo los padres (Zacarés, Iborra, Tomás, & Serra, 2009). Es decir, no ha experimentado una crisis de identidad ni ha hecho una exploración significativa y permanece arraigado y comprometido a los valores aprendidos durante su infancia.
3. Identidad moratoria. El adolescente, en este caso, está en una fase de exploración activa, busca su identidad, pero aún no ha podido establecer compromisos claros. Necesita experimentar un tiempo para encontrar una identidad y unos roles socialmente aceptables. La identidad moratoria suele ser previa a la alcanzada.
4. Identidad alcanzada. El adolescente con esta identidad ha finalizado el período de exploración, superando una fase de moratoria, y adopta una serie de compromisos relativamente estables y firmes.

En conclusión, la adolescencia es un período complejo por el cual una persona atraviesa para llegar a la etapa de la adultez, cabe destacar que el futuro de un adolescente se encuentra estrechamente relacionado con el apoyo brindado por su entorno social y núcleo familiar. Por lo tanto, es indispensable conocer los cambios que experimenta este grupo social para poder ofrecer una guía y orientación adecuadas en el momento que se presente una crisis en cualquiera de las áreas de la vida del adolescente, recordando que todas las personas se encuentran en cambio constante y desarrollo por lo que experimentar dificultades no es propio de los adolescentes únicamente.

Resulta de vital importancia promover que la población adolescente asuma y cumpla los roles que le corresponde para que construyan una identidad basada en la autonomía, con el fin de alcanzar un nivel de madurez óptimo que les facilite el hecho de tomar sus propias decisiones, ser independientes y hacer frente de forma saludable a las posibles problemáticas que puedan atravesar a lo largo de su vida.

## **CAPÍTULO 2**

### **Sintomatología depresiva e ideación suicida**

En el presente capítulo se describe desde diversos enfoques psicológicos qué es y cómo se manifiesta la sintomatología depresiva y la ideación suicida. Mediante esquemas teóricos del modelo cognitivo y teoría del procesamiento de información se analizará los conceptos, causas y consecuencias que tienen la presencia de estos fenómenos psíquicos en la mente y en el comportamiento humano.

#### **2.1 Sintomatología depresiva**

La depresión representa un problema de salud pública. Montes (2004) indica que, según estudios recientes, 5% de la población mundial sufre de algún trastorno depresivo. Su permanencia en el curso de la vida oscila entre el 2 y el 25% aproximadamente, ésta puede evolucionar desfavorablemente, trayendo consecuencias graves como el suicidio y la disfunción sociofamiliar. Se estima que para el 2020 la depresión mayor se convertirá en la segunda afección más incapacitante.

Por lo anterior, su comprensión integral permitirá encontrar mejores herramientas terapéuticas que puedan prevenir las consecuencias de la depresión mayor, aumentando la calidad de vida de los pacientes y haciendo su pronóstico más favorable.

Ya desde el siglo V la enfermedad fue objeto de interés para los primeros clínicos (Montes, 2004). Fue descrita por Hipócrates, para quien los estados de ánimo dependían del equilibrio entre cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, se pensaba que la depresión era causada por un exceso de bilis negra (Murphy, y otros, 2002). Actualmente, esta explicación puede parecer descabellada, sin embargo, la idea de que los trastornos psicológicos reflejan procesos físicos es correcta.

La depresión es un síndrome caracterizado por los siguientes síntomas cardinales: estado de ánimo decaído la mayor parte del día y casi todos los días, y disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer. Además, comprende un espectro de variantes clínicas de acuerdo con la evolución, respuesta al tratamiento, tendencia a la cronicidad, recurrencia, y gravedad, que puede aparecer en forma de trastorno leve hasta alteraciones graves con síntomas psicóticos.

Los trastornos depresivos corresponden a una categoría taxonómica de los trastornos afectivos. A su vez, se subdividen en tres grupos: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. De éstos, la depresión mayor (también llamada depresión unipolar) y la distimia son las categorías más frecuentes.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) define al trastorno depresivo mayor como:

“Presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Un episodio depresivo mayor debe durar al menos dos semanas, y se caracteriza por la aparición de síntomas como estado de ánimo decaído la mayor parte del día o casi todos los días; disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades; alteraciones de peso (pérdida o aumento del mismo); alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias); fatiga o pérdida de energía; agitación o enlentecimiento psicomotores; sentimientos de minusvalía y/o de culpa excesivos; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; pensamientos de muerte o ideación suicida recurrente”. (Diagnostic and statistical manual of mental disorders , 2013, págs. 160-161)

Nos centraremos principalmente en los aportes que nos brinda uno de los mayores representantes de este tema, Aaron Beck; quien fue el que desarrolló la terapia cognitiva, la cual está basada en una teoría de la personalidad que sostiene que la manera en que se piensa está determinada en gran parte por la forma en que el individuo siente y se comporta. Similar en muchos aspectos a la teoría y terapia racional emotiva, las cuales precedieron, pero se desarrollaron en forma paralela a la teoría y terapia cognitiva de Beck, el sistema de Beck adquirió un apoyo empírico fuerte por sus fundamentos teóricos. Tanto Ellis como Beck creen que las personas pueden adaptar en forma consciente la razón, y ambos perciben a las suposiciones subyacentes del cliente como blancos de la intervención. Mientras Ellis desconcertaba y persuadía a los clientes de que las filosofías con las que vivían eran irracionales, Beck “convertía al cliente en un colega que investigaba la realidad verificable” (Beck, 1983).

Aunque se podría desear argumentar que la terapia cognitiva de Beck es sólo una terapia y no una teoría de la personalidad, existe un concepto subyacente de la personalidad. Beck percibe a la personalidad como un reflejo de la organización y estructura cognoscitivas del individuo, las cuales son influidas tanto biológica, como socialmente.

Beck propuso también una “Teoría Integradora” que se basa en la premisa de que la depresión representa una adaptación a la percepción de una pérdida de los recursos humanos esenciales, que proporcionan acceso a las necesidades básicas de la vida del individuo (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Esto quiere decir que la pérdida -no necesariamente una muerte- de un miembro de la familia, una pareja, o un amigo acentúa el riesgo de depresión, especialmente en personas que tienen otros factores de riesgo para desarrollar la enfermedad. Así, esta pérdida, para estas personas, es más probable que sea vista como una pérdida devastadora e insuperable. Después de esta

pérdida, la elevada reactividad fisiológica y los sesgos cognitivos llevan a estos individuos, generalmente en riesgo de depresión, a activar las creencias negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro, es decir, lo que se conoce clásicamente como «tríada cognitiva negativa». Estas creencias desencadenan emociones tales como la tristeza, anhedonia, y la culpa. Todas ellas características de la depresión, así como las respuestas fisiológicas y de comportamiento que incluyen la retirada y la inactividad.

Con el tiempo, se forma el programa de la depresión que consiste en guardar la energía y el refuerzo de las creencias negativas. Es el propio sujeto el que se aísla, haciendo que las pérdidas se multipliquen y disminuyendo la cantidad de refuerzos cotidianos. Es importante destacar que se puede detener este programa cuando se restablecen los recursos vitales, ya sea debido a que nueva información surge y «corrige» los sesgos negativos o porque la propia situación cambia. Factores externos como el apoyo de amigos y familiares, la orientación de un psicoterapeuta, y el tratamiento biológico (por ejemplo, antidepresivos) pueden ayudar a detener el ciclo de la depresión (Beck & Wenzel, 2008).

La tríada cognitiva consiste en tres patrones principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, a su futuro y a sus experiencias de un modo idiosincrático (Beck, 1983). El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente piensa que es inútil y carece de valor porque tiende a sentirse defectuoso psíquica, moral o físicamente. El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. El paciente interpreta sus interacciones con el mundo externo y con su mundo interno en términos de derrota o frustración. El tercer componente se centra en la visión negativa del futuro. La persona deprimida espera del futuro frustraciones, privaciones y

penas interminables. Sus expectativas son de fracaso ante alguna tarea planteada para el futuro inmediato, o lejano.

Por otro lado, los síntomas motivacionales (poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.) también pueden explicarse como una consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Los deseos de suicidio incluso pueden entenderse como la expresión extrema del deseo de escapar de problemas que parecen irresolubles o de una situación que parece intolerable (Montalbán, 1997). La creciente dependencia de la persona deprimida se explica como el hecho de que, al pensarse inútil, torpe y sobreestimar la dificultad de las tareas de la vida, el paciente deprimido da por hecho que va a fracasar en todo lo que emprenda. Por ello, en el peor de los casos va a dejar de intentarlo o tenderá a buscar desesperadamente la ayuda y la seguridad en otros a los que él considera más fuertes y competentes.

Los síntomas físicos de la depresión (apatía y falta de energía) se explican por la presencia de una visión negativa del futuro, lo cual lleva a que el paciente experimente una sensación de inutilidad, que a su vez causa una “inhibición psicomotriz”.

Usando el concepto de modelo de esquemas se puede explicar por qué el paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes para el mejoramiento de su estado de ánimo, aún a pesar de la existencia de hechos positivos en su vida. Lo anterior cobra sentido cuando se entiende que cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos y cada persona atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza dicha situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar de maneras diferentes una situación, una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas hacia tipos de fenómenos similares.

Ciertos patrones cognitivos relativamente estables, llamados “esquemas”, constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, sus esquemas cognoscitivos son la base para transformar los datos en cogniciones. Cada individuo emplea determinados tipos de esquemas que le harán estructurar sus distintas experiencias de un modo muy particular. Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan con la finalidad de ajustarse a los esquemas inadecuados precedentes. El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas se van haciendo más activos, contaminan a una serie de estímulos cada vez mayor, aunque haya una escasa relación lógica con ellos. A medida que la depresión se agrava, el pensamiento del paciente está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. En pacientes gravemente deprimidos su organización cognitiva puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responde a los cambios que se producen en su entorno inmediato, ya que está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos.

Desde el modelo cognitivo de la depresión se dice que el paciente deprimido tiene errores sistemáticos de pensamiento, también llamados errores en el procesamiento de la información, que lo mantienen en la creencia de que sus conceptos negativos tienen validez incluso a pesar de la evidencia contraria.

Los errores en el procesamiento de la información (Clark, Alford, & Beck, 1999) son los siguientes:

- Inferencia arbitraria: Adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que lo apoye, o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- Abstracción selectiva: Centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia con base a ese fragmento.
- Generalización excesiva: Elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- Maximización y minimización: Errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento.
- Personalización: Tendencia del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos.
- Pensamiento absolutista, dicotómico: Tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas donde el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Desde el marco del modelo cognitivo se propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos pueden permanecer latentes y activarse ante determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas. Las situaciones desagradables de la vida (aún las extremadamente adversas) no conducen necesariamente a una depresión a menos que la persona que las enfrente esté especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza de su organización cognitiva. En respuesta a

situaciones traumatizantes, la persona que no tiende a la depresión aún mantendría su interés por otros aspectos no traumáticos de su vida, valorándolos de forma realista. En cambio, el depresivo aparece bastante constreñido al trauma y desarrolla ideas negativas acerca de todos los aspectos de su vida.

Existe una evidencia empírica bastante considerable en cuanto a la existencia de la tríada cognitiva en la depresión (Beck, 1983). En pacientes depresivos o suicidas, mediante observaciones clínicas y estudios experimentales, se ha observado deterioro en el razonamiento abstracto y en la atención selectiva.

Es cierto que el modelo cognitivo se centra en el estudio de cómo el individuo construye la realidad en su mente, sin embargo, también incluye en su unidad de observación los aspectos relevantes en la vida de las personas (por ejemplo, la familia, los amigos, los compañeros, la pareja, el jefe, etc.).

Es muy importante saber que cuando una persona comienza a enfermar de depresión tiene una tendencia al aislamiento y suele alejarse de las personas que le rodean y le son significativas. Si aquellos que le rodean reaccionan a este alejamiento de manera hostil, el cuadro depresivo del paciente se agrava hasta el punto en que cuando al fin comprenden que era necesario apoyar y comprender al enfermo y comienzan a hacerlo ya no se logra efecto positivo en este último.

En cambio, si ante una depresión incipiente el sistema de apoyo social es sólido y ofrece al individuo muestras de aceptación, respeto y afecto que neutralicen la tendencia del paciente a subestimarse esto sirve como un amortiguador ante el desarrollo de la depresión. Es más, el tratamiento del paciente depresivo suele verse beneficiado en gran medida si se cuenta con un familiar o amigo que sirva como una

representación de la realidad social para ayudar al paciente a someter a prueba la validez de sus pensamientos negativos.

Es importante recalcar que los fenómenos de la depresión se caracterizan por una inversión o distorsión de muchos principios acerca de la naturaleza humana que son aceptados masivamente: el “instinto de supervivencia”, los impulsos sexuales, la necesidad de sueño y alimento, el “principio de placer”, e incluso el “instinto maternal”. Estas paradojas se han llegado a comprender gracias a lo que los psicólogos contemporáneos llaman “revolución cognitiva en psicología” (Beck, 1983).

## **2.2 Ideación suicida**

Anualmente, cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La OMS define el acto suicida como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño con independencia del grado de intención y de que conozcamos los verdaderos motivos, y el suicidio como la muerte que resulta de un acto suicida, es decir, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Para Emile Durkheim (1989) el suicidio es todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado.

El comportamiento suicida es un proceso gradual que se manifiesta desde el deseo de morir, la ideación suicida, el intento suicida hasta el suicidio consumado. Estas dimensiones no tienen un orden específico o secuencia por lo que requieren diferentes

aproximaciones terapéuticas y tratamientos. Generalmente, se establece que en el comportamiento suicida existen tres momentos: el deseo de morir, la representación suicida y la ideación suicida (Salazar, 2012).

La ideación suicida es un marcador de vulnerabilidad y puede desencadenar el intento de suicidio, lo que lleva a la consumación de la idea; son los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método (Alonso & Mas, 2012). La amenaza suicida se considera la expresión verbal o no verbal, que manifiesta la posibilidad de una conducta suicida en un futuro próximo.

Para Pérez (1999), la ideación suicida se puede clasificar dentro de cuatro tipologías:

1. Idea suicida sin método específico: La persona desea suicidarse, pero no sabe cómo proceder.
2. Idea suicida con método indeterminado: La persona desea suicidarse de cualquier manera, no de una manera específica.
3. Idea suicida con método específico no planificado: La persona expresa su deseo de acabar con su vida y el medio por el cual lo va a realizar, aunque no haya pensado en el momento, lugar o tiempo.
4. Plan suicida o idea suicida planificada: La persona elige el medio con el cual acabar con su vida, el lugar y el tiempo oportunos. Es la etapa más peligrosa de todas y aparece comúnmente en estados de embotamiento afectivo y depresión.

Serfaty (1998) indica que en lo que corresponde a la conducta suicida se debe tener en cuenta que el 70% de los casos presentan depresión y es usual el aislamiento social. Se presentan también las ideas de suicidio, pensamientos que tienen relación con el deseo de terminar con la vida propia; planeamiento del suicidio que concierne la fase

en la que se comienza a pensar en el momento, lugar y tiempo en el que se quitará la vida. También se presenta el parasuicidio, actos dañinos contra uno mismo que aparentan suicidio, pero sin la determinación de morir.

Los motivos de suicidio en la población adolescente se basan en afirmaciones poco estructuradas de su realidad sociofamiliar, misma que les parece excluyente e innecesaria; es en estos momentos que el soporte emocional tambalea que la presencia de factores de riesgo, como son la presión social, dinámicas familiares negativas, crisis propias de la edad, consumo de sustancias, etc.) toman fuerza y rebasan las estrategias de contención.

En el Ecuador, los estudios del INEC (2012) muestran que en el 2005 el suicidio se sitúa en puesto número 14 como la causa de muerte a nivel nacional, en el 2008 las lesiones autoinflingidas fueron la tercera causa de muerte en adolescentes. El último sitúa los casos de suicidio a nivel provincia siendo las provincias con mayores números las de Pichincha con 291 muertes por suicidio, Guayas con 157 y Azuay con 126.

Podemos concluir entonces, que tanto la depresión como la ideación suicida son una realidad de las que muchas personas son víctimas hoy en día; existiendo muchos elementos determinantes de la salud mental en los adolescentes, por ello debemos tratar de disminuir los factores de riesgo a los que estén expuestos y así reducir las posibles repercusiones en su salud y estabilidad mental.

Por lo general la población joven apenas expresa sus problemas emocionales, lo que contribuye para que la depresión y pensamientos suicidas pasen con frecuencia desapercibidos; los adolescentes deprimidos son poco identificados por sus padres o las personas a cargo, no buscan ayuda en ellos y se resisten a consultar a un profesional de la salud.

Como resultado, este grupo se torna vulnerable al no tener sus problemas emocionales identificados, los cuales, posteriormente dificultarán el desarrollo psicológico saludable mientras cursan la etapa de su adolescencia y posteriormente en su vida adulta. Por ello es importante conocer de qué se tratan ya que el desconocimiento al intentar ayudar a alguien que se encuentre vulnerable ante estas situaciones puede resultar perjudicial.

## **CAPÍTULO 3**

### **El consumo de sustancias**

En el presente capítulo, se procederá a describir puntos básicos para entender el aspecto psicológico y fisiológico que gira en torno al uso excesivo de sustancias psicoactivas; pues resulta de vital importancia conocer cómo responde el cerebro humano ante dicha estimulación para entender el motivo por el cual los individuos generan un patrón de consumo adictivo. Analizaremos el sistema de recompensa cerebral, puesto que las drogas interfieren con la forma en que las neuronas envían, reciben y procesan las señales que transmiten los neurotransmisores.

Los seres humanos tendemos a imitar conductas observadas en el medio en el que nos desarrollamos, el aprendizaje vicario tiene gran impacto en el consumo de sustancias como veremos a continuación.

#### **3.1 Adicción y el sistema nervioso**

La adicción se define como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas (Fernández & Nuñez, 2019).

El cerebro está cableado para aumentar las probabilidades de que repitamos las actividades placenteras, el neurotransmisor llamado dopamina es un componente esencial de este proceso. Cada vez que el circuito de recompensa se activa a raíz de una experiencia sana y placentera, una ráfaga de dopamina envía la señal de que está

sucediendo algo importante y es necesario recordarlo. Esta señal de la dopamina crea cambios en la conectividad de las neuronas que hacen que resulte más fácil repetir la actividad una y otra vez sin pensar en ello, lo que lleva a la formación de hábitos. De la misma manera en que las drogas producen una euforia intensa, también producen oleadas de dopamina mucho más grandes, lo que refuerza poderosamente la conexión entre el consumo de la droga, el placer resultante y todas las señales externas relacionadas con la experiencia. Las grandes oleadas de dopamina le "enseñan" al cerebro a buscar drogas y a dejar de lado otras actividades y fines más sanos (Corbin, 2019).

Los factores que se presentan en la rutina diaria o el ambiente de una persona que han sido asociados con el consumo de drogas debido a los cambios que producen en el circuito de recompensa pueden desencadenar deseos incontrolables de consumir drogas cuando la persona se encuentra con esos factores, aun si la droga no está disponible. Este "reflejo" aprendido puede durar mucho tiempo, incluso en personas que no han consumido drogas en muchos años, ya que el cerebro recuerda (Corbin, 2019).

Las drogas pueden alterar zonas importantes del cerebro que son necesarias para funciones vitales y pueden impulsar el consumo compulsivo que identifica a la drogadicción (Volkow, 2014). Las zonas del cerebro afectadas por las drogas incluyen:

- Los ganglios basales, que cumplen una función importante en las formas positivas de motivación, incluidos los efectos placenteros de actividades saludables como comer, interactuar socialmente o tener actividad sexual, y también participan en la formación de hábitos y rutinas. Estas zonas constituyen un nodo clave en lo que a veces se denomina el "circuito de recompensas" del cerebro. Las drogas generan hiperactividad en este circuito, lo que produce la

euforia que se siente al consumirlas; pero cuando la presencia de la droga se repite, el circuito se adapta y disminuye su sensibilidad, lo que hace que a la persona le resulte difícil sentir placer con nada que no sea la droga.

- La amígdala extendida cumple una función en las sensaciones estresantes como la ansiedad, la irritabilidad y la inquietud, las cuales son características de la abstinencia una vez que la droga desaparece del sistema y motivan a la persona a volver a consumir la droga. A medida que aumenta el consumo, este circuito se vuelve cada vez más sensible. Con el tiempo, una persona con un trastorno por el consumo de drogas no las consume para lograr un estado de euforia sino para aliviar temporalmente ese malestar.
- La corteza prefrontal dirige la capacidad de pensar, planificar, resolver problemas, tomar decisiones y controlar los propios impulsos. Esta es también la última parte del cerebro en alcanzar la madurez, lo que hace que los adolescentes sean los más vulnerables. Los cambios en el equilibrio entre este circuito y los circuitos de recompensa y de estrés de los ganglios basales y la amígdala extendida hacen que una persona que sufre de un trastorno por el consumo de drogas las busque en forma compulsiva y tenga menos control de sus impulsos.

Los científicos estiman que los factores genéticos explican entre el 40 y el 60 por ciento de la vulnerabilidad de una persona a la adicción. Esto incluye los efectos de los factores ambientales en el funcionamiento y la expresión de los genes de una persona. Otros factores incluyen la etapa de desarrollo y otras condiciones médicas que pueda tener una persona, los adolescentes y las personas con trastornos mentales tienen un mayor riesgo de abuso y adicción a las drogas que la población general.

Aunque consumir drogas a cualquier edad puede desencadenar una adicción, las investigaciones muestran que cuanto más temprana es la edad de iniciación a las drogas,

más probable es que la persona desarrolle problemas graves. Esto puede reflejar el efecto nocivo que tienen las drogas sobre el cerebro en desarrollo, también puede ser el resultado de una combinación de factores de vulnerabilidad social y biológica a una edad temprana que incluye las relaciones familiares inestables, la exposición al abuso físico o sexual, la susceptibilidad genética o las enfermedades mentales.

Una de las áreas del cerebro que continúa madurando durante la adolescencia es la corteza prefrontal—, la parte del cerebro que nos permite evaluar situaciones, tomar decisiones acertadas y mantener nuestras emociones y deseos bajo control. El hecho de que esta parte crítica del cerebro de los adolescentes esté todavía en progreso los expone a un mayor riesgo de tomar malas decisiones (como probar drogas o seguir consumiéndolas). Además, la introducción de drogas durante este período de desarrollo puede causar cambios en el cerebro que tienen consecuencias profundas y duraderas (Gogtay, y otros, 2004).

El abuso de drogas y la enfermedad mental a menudo coexisten. En algunos casos, los trastornos mentales como la ansiedad, la depresión o la esquizofrenia pueden preceder a la adicción; en otros casos, el abuso de drogas puede desencadenar o exacerbar los trastornos mentales, particularmente en personas con vulnerabilidades específicas.

### **3.2 Aprendizaje social**

El modelamiento hace referencia al dispositivo de aprendizaje que se encuentra cimentado en la explicación de conductas de otros sujetos y a su posterior práctica por parte del observador. Este mecanismo es en gran medida eficaz, por cuanto conductas complejas pueden ser aprendidas por un sujeto luego de una o pocas revelaciones. La idea de modelamiento proviene de los trabajos de Bandura y su tesis del adiestramiento social.

El modelamiento comprendía dos subprocesos: uno de observación y otro de desempeño. En el primero, el sujeto almacena la información captada interiormente de un mapa cognitivo propio. Mientras más modalidades sensoriales participan en la observación, la nueva conducta es aprendida más eficientemente. En el segundo subproceso, la eficacia del desempeño se encuentra determinada enormemente por las expectativas de refuerzo de la nueva conducta. En cuanto al rol de este proceso en la creación de las conductas adictivas, el modelamiento interviene y explica la transmisión transgeneracional del consumo de sustancias y asimismo en la iniciación del consumo de sustancias en adolescentes, una vez que son expuestos al consumo de sus pares.

En consecuencia, Bandura (1977) define la adicción a sustancias como una conducta aprendida socialmente a través de la secuencia de aprendizajes:

1. Técnica de autoadministración de la droga en cuestión:
2. Percepción de los efectos, sensación y experiencia placentera de los efectos.
3. Lugares y personas de donde puede recabarse la droga.
4. Cómo mantener en secreto el consumo.
5. Justificación para el consumo continuado.

Por su eficiencia como proceso de aprendizaje, el modelamiento ha sido frecuentemente utilizado como estrategia terapéutica en programas de prevención de recaídas. Los pacientes que cuentan con falta de asertividad o pobres habilidades de rechazo de oferta de sustancias se ven muy beneficiados de conocer las estrategias de enfrentamiento desarrolladas por otros pacientes, siendo el role-playing una técnica altamente valiosa en este sentido (Acuña, 2009).

### 3.3 Tratamiento

El problema de consumo de sustancias puede ser abordado desde varias perspectivas, nuestra investigación se basará en el modelo transteórico planteado por Prochaska y DiClemente (1992), según su experiencia en psicoterapia, observaron que la gente pasaba por estados de cambio similares sin importar el tipo de psicoterapia aplicada. Dicho modelo intenta describir los cambios por los cuales una persona atraviesa en el proceso de cambio de una conducta problema a una que no lo es, considerando a la motivación como un factor importante en la modificación conductual y atribuyéndole al sujeto el rol activo y concibiéndolo como un auto-cambiador del comportamiento.

El modelo transteórico (MT) concibe el cambio conductual como un proceso en el cual cada persona tiene diversos niveles de motivación, de intención de cambio, y dichos cambios se presentan como una secuencia de etapas (Cabrera, 2000). El proceso de cambio es un trabajo individual que requiere como principal factor la voluntad, el objetivo es generar en las personas conciencia de su enfermedad para conseguir las metas deseadas y mantener dichos resultados positivos a lo largo de su vida. A través del trabajo en las diferentes etapas propuestas por esta teoría lo que se intenta es un abordaje integral de las conductas problema que posee el individuo, ya que se enfoca en dificultades presentes en las diferentes esferas de su vida como son: el área social, familiar, personal y emocional, que han sido consideradas como factores desencadenantes y predisponentes para generar conductas desadaptativas.

Cabe recalcar que todo proceso de cambio requiere de un arduo trabajo, emplear mucho tiempo y energía ya que los altibajos están presentes como en cualquier situación, pues todo proceso de transición implica dificultades. En este modelo, las

etapas de cambio se representan mediante una rueda para simbolizar el hecho de que la persona “gira” varias veces alrededor del proceso antes de conseguir un cambio estable.

Considera las recaídas como un suceso normal en el proceso de cambio, incluso suele decirse a los pacientes que cada recaída “acerca un paso más hacia la recuperación completa”. Con esta visión no se intenta fomentar las recaídas, sino motivar al paciente a que siga con su proceso de cambio.

De esta forma Alonso (2012) destaca cinco niveles de cambio:

1. Síntoma/situacional (patrón de hábitos nocivos, síntomas, etc.).
2. Cogniciones desadaptadas (expectativas, creencias, autoevaluaciones, etc.).
3. Conflictos interpersonales actuales (interacciones diádicas, hostilidad, asertividad, etc.).
4. Conflictos sistémicos/familiares (familia de origen, problemas legales, red de apoyo social, empleo, etc.).
5. Conflictos intrapersonales (autoestima, autoconcepto, personalidad, etc.)

Estos niveles de cambio se abordan a través de las siguientes etapas (Miller & Rollnick, 1999):

#### **a) Precontemplación**

Etapa en la cual las personas no presentan conciencia de su problemática, razón por la que no existe una intención de cambio en su comportamiento ya sea debido a la falta de conocimiento de las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de mantener la conducta desadaptativa o a causa de no haber conseguido resultados satisfactorios en intentos anteriores, generando así una disminución en su capacidad de llevarlo a cabo.

Están a la defensiva por las presiones sociales para cambiar y, principalmente, no están ni motivados ni interesados en participar en intervenciones.

### **b) Contemplación**

La persona tiene una intención de cambio, trata de modificar su comportamiento, existe un mínimo despertar de conciencia de la problemática ya que aún no logran una clara identificación de las ventajas de cambiar su conducta desadaptativa, pues el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy grande.

### **c) Determinación**

Fase caracterizada por la presencia de decisión y compromiso de cambio propios del sujeto; realizan pequeñas modificaciones en su presente y futuro inmediato, existe conciencia sobre los pros de cambiar su comportamiento. Estas personas se han adaptado al plan para actuar, existe una clara identificación de las consecuencias negativas desencadenadas de la conducta problema y los pros de generar un cambio a nivel integral.

### **c) Acción**

En esta etapa los cambios son observables en actitudes, vinculación social y familiar, en la expresión de ideas, pensamientos, más concretamente son exteriorizados a través de sus comportamientos, la consecución de dichos cambios se logra regularmente en un período de tiempo que varía de uno a seis meses. El cambio de comportamiento es realmente observable, en general, las personas en esta etapa tienen una valoración muy grande de los pros de cambiar y demuestran un nivel mayor de autoeficacia, es una fase reconocida como inestable por el potencial de recaída o la rápida progresión a la siguiente etapa.

#### **d) Mantenimiento**

Se caracteriza por las tentativas de estabilización del cambio comportamental ya manifestado, es un período de por lo menos seis meses después del cambio observable, en el que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída. En esta etapa las personas experimentan cada vez menos tentación de volver al comportamiento modificado y aumentan progresivamente su autoconfianza para mantener el cambio comportamental. Esta etapa dura regularmente de seis meses a dos años.

#### **3.4 Duración del tratamiento**

La duración mínima del tratamiento residencial es de 6 meses que comprenden las cinco fases de recuperación integral, acompañadas de una fase final de mantenimiento que comprende alrededor de 180 días; el tiempo establecido será referencial debido a la particularidad de cada caso y a la individualidad del tratamiento de cada usuaria (CETAD, 2018).

Para alcanzar el éxito en el cambio, es necesario consolidar dos aspectos fundamentales; el primero es el balance decisional, es decir la valoración de las ventajas versus las desventajas de llevar a cabo un comportamiento preventivo. Es importante señalar, que dicho balance depende de la etapa en que se ubica la persona, es decir que debe de existir una evaluación por fase, la cual tendrá por objetivo analizar los pros y contras de pasar a una etapa posterior.

El segundo de los componentes clave del MT (Modelo Transteórico) es la autoeficacia, se refiere a la percepción que tienen las personas sobre su capacidad para responder a un evento específico; incorporada específicamente de la teoría cognitivo social de Albert Bandura (1977). En el proceso de cambio, la autoeficacia demostró ser un factor predictor altamente confiable de la progresión en las etapas de acción y

mantenimiento. Durante el cambio, la autoeficacia aumenta linealmente y los niveles de tentación disminuyen. La tentación refleja la intensidad o urgencia experimentada por el individuo para realizar o practicar un comportamiento específico, particularmente en la presencia de factores o estímulos condicionantes o contextos emocionalmente complejos. Se considera que conforme los individuos avanzan en sus etapas de cambio, la autoeficacia en ellos será mayor (Velicer, Prochaska, Fava, Norman, & Redding, 1998).

Con el fin de diseñar procedimientos específicos que se adecuen a cada sujeto, resulta fundamental saber en qué etapa se encuentra la persona con relación a su problema. En otras palabras, lo que se busca es la relación terapéutica y el tipo de intervención adecuados para cada persona dependiendo del estadio en que se encuentre.

Por lo tanto, podemos afirmar que el consumo de sustancias por parte de los adolescentes puede tener un gran impacto en su salud y bienestar psicológico. Cuanto más temprano empiecen a consumir sustancias, mayores serán las probabilidades de que continúen haciéndolo y que más adelante presenten problemas relacionados con este consumo. Cuando los adolescentes empiezan a beber alcohol a una edad temprana se vuelven más propensos a desarrollar una adicción y a abusar de varias sustancias más adelante.

Los padres tienen un rol fundamental en la vida de sus hijos, a medida que van creciendo y pasan por la preadolescencia y adolescencia, se presentan nuevos riesgos que enfrentar, el mundo de las adicciones puede ser uno de ellos. Es por esto que la búsqueda de una guía profesional a tiempo por parte de los mismos, puede marcar una diferencia en el futuro que desean para los hijos.

## **CAPÍTULO 4**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1 Tipo de estudio**

Se trata de un estudio mixto, cuasiexperimental, descriptivo, transversal y prospectivo.

En el presente estudio se analizarán los datos cuantitativos a través de la descripción de los mismos, obtenidos en un tiempo determinado, la información se recopiló de fuentes primarias.

#### **4.2 Población**

La población de estudio pertenece al Centro Especializado de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) para mujeres adolescentes Hogar Victoria, este centro enfatiza su tratamiento integral para adolescentes mujeres que presenten uso nocivo de sustancias lícitas como ilícitas y las complicaciones comportamentales derivadas por la adicción, a través de un programa elaborado por profesionales con una misión y visión ética que velará por la integridad física, psicológica y espiritual de sus usuarias; el cual ofrece un ambiente diferenciado con trato digno y acorde las necesidades que presenta cada persona. Cuenta con 45 usuarias.

#### **4.3 Muestra**

La presente investigación se llevó a cabo con una muestra no probabilística, compuesta por el grupo de 45 adolescentes, con una media de edad de 15.6 años y una desviación estándar de 1.11600, todas mujeres, que cumplió con los criterios de inclusión planteados.

#### **4.4 Criterios de inclusión:**

- Mujeres adolescentes entre 12 y 18 años.
- Recibir tratamiento por consumo de sustancias en el CETAD.
- Constancia de diagnóstico basado en CIE-10 bajo el criterio de Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas (F10 a F19).

#### **4.5 Criterios de exclusión:**

- Tener una edad fuera del rango de 12 a 18 años de edad.
- No presentar diagnóstico de Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10 a F19).
- Discapacidad cognitiva.

### **5. INSTRUMENTOS**

**5.1 Ficha sociodemográfica:** La ficha sociodemográfica es un instrumento de recolección de datos donde generalmente se describen las características sociales y demográficas de un grupo encuestado. Para esta aplicación se ha adaptado y se indagan los datos de: edad, estado civil, ocupación, lugar de procedencia, con quién vive, años de estudio, tipo de sustancia que consume, número y tiempo de internamiento (anexo 1).

**5.1.1. Inventario de Orientación suicida (ISO 30):** La escala ISO 30 es una importante herramienta técnica de screening que permite evaluar el riesgo suicida. Dicha técnica es una adaptación del inventario de Orientaciones Suicidas de King & Kowalchuk (1994- USA). La prueba puede ser administrada de forma individual o colectiva. El inventario consta de 30 ítems que deben ser respondidos con una escala de cuatro opciones. Las opciones se evalúan de 0 a 3 puntos. La escala permite evaluar los niveles de cinco factores asociados al riesgo suicida: Desesperanza, Baja autoestima, Incapacidad para afrontar emociones, Aislamiento social, Ideación suicida. La suma de

las respuestas numéricas se expresa en un índice global de la Orientación Suicida. El análisis del puntaje bruto con especial consideración de los ítems críticos (que aluden directamente a la ideación suicida) permite llegar a la clasificación del riesgo suicida en tres niveles: Bajo ( $< 30$ ), moderado ( $= o > 30$ ) y alto ( $= o > 45$ ). La validez interna de la variable estudiada fue realizada a través de un análisis factorial exploratorio donde el análisis KaiserMeyer-Olkin (KMO) tuvo un resultado .897 y la prueba de Bartlett en el índice de esfericidad mostro que  $\chi^2 = 4383.486, 435$  gl;  $p = .000$  resultan óptimos; asimismo, la fiabilidad de la escala total se juzga adecuada ( $\text{Alpha} = .87$ ). Estos resultados brindan la validez del inventario para su aplicación. Con respecto a la confiabilidad de la escala de orientación suicida, se calculó mediante el coeficiente de alfa de Cronbach: 0.83 el cual demuestra que cuenta con alta confiabilidad interna del instrumento y posee consistencia interna. (anexo 2).

**5.1.2. Inventario de Depresión de Beck:** Es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas a partir de 12 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). la versión en español utilizada del Inventario de Depresión de Beck posee un alto coeficiente alfa ( $\text{alfa} = 0,889$ ) por lo que su fiabilidad se juzga adecuada y una elevada capacidad para discriminar entre sujetos con y sin depresión mayor (validez). (anexo 3).

## **6. PROCEDIMIENTO**

Se trata de un estudio mixto, dentro del campo de los estudios sobre consumo de sustancias, el tipo de muestreo fue no probabilístico y resultó útil debido a las dificultades que plantea identificar a la población entrevistada y localizarla en los ambientes de consumo habitual, que muchas veces están ocultos.

Se realizó la aplicación de test que miden el nivel de ideación suicida y depresión, las usuarias emplearon un tiempo aproximado de 30 minutos en responder cada uno y fueron aplicados por los estudiantes responsables del proyecto investigativo.

Posteriormente se elaboró una base de datos con todos los resultados y fue procesada estadísticamente.

Se utilizó la entrevista semiestructurada para enriquecer la información sobre ideación suicida.

Los datos propiciados fueron anónimos, usados con fines académicos e investigativos. Se presentan datos descriptivos que fueron analizados en el programa estadístico SPSS 23.

## 7. RESULTADOS

Tabla 1

*Nivel de escolaridad alcanzado.*

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	10	22.2
Secundaria	4	8.9
Bachiller	31	68.9
Total	45	100.0

En la tabla 1 se observa que la mayoría de las adolescentes evaluadas, el 68.9% de la muestra, se encuentran cursando el nivel de educación de bachillerato. El 22.2% ha alcanzado un nivel de educación básica-primaria y el 8.9% se encuentra en un nivel académico de secundaria.

Tabla 2

*Lugar de procedencia*

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Azuay	23	51.1
Cañar	7	15.6
Orellana	1	2.2
Machala	2	4.4
Tungurahua	2	4.4
Los Ríos	1	2.2
Loja	2	4.4
España	2	4.4
Zamora Chinchipe	2	4.4
Morona Santiago	1	2.2
Pastaza	1	2.2
Galápagos	1	2.2
Total	45	100.0

En la tabla 2 se observa el lugar de procedencia de las evaluadas. La mayoría la constituyen mujeres adolescentes de la provincia del Azuay con el 51.1% de la muestra, seguidas por la provincia de Cañar con el 15.6%. Mujeres de las provincias de Machala, Tungurahua, Loja, Zamora Chinchipe y nacidas en otro país (España) representan porcentajes del 4.4%. Finalmente, las provincias de Morona Santiago, Pastaza, Orellana, Los Ríos y Galápagos representan cada una un 2.2% de la muestra.

Tabla 3

*Estructura familiar.*

Estructura Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Familia Monoparental (Madre)	17	37.8
Familia Biparental	9	20.0
Otros Familiares	6	13.3
Familia de Madre y Padrastro	5	11.1
Familia Monoparental (Padre)	2	4.4
Familia Adoptiva	2	4.4
Aldea Infantil	1	2.2
Familia Extensa	1	2.2
Familia de Padre y Madrastra	1	2.2
Pareja	1	2.2
Total	45	100.0

En la tabla 3 se evidencia que el 37.8%, es parte de una estructura familiar monoparental materna. El 20% de la muestra evaluada vive con sus dos progenitores. 13.3% viven con otros familiares. 11.1% de la muestra forman parte de un hogar integrado por la madre y el padrastro.

Tabla 4

*Sustancias de consumo problemático.*

Sustancias de consumo	Número de pacientes que consumen	Porcentaje de casos
Alcohol	37	82.2%
Marihuana	36	80.0%
Cocaína	8	17.8%
Base de cocaína	8	17.8%
LSD	2	4.4%
Tabaco	2	4.4%
Fármacos	1	2.2%
Heroína	1	2.2%
Cemento de contacto	1	2.2%

En la tabla 4 se observa las sustancias de consumo problemático por el cual fueron internadas las evaluadas. El 82.2% de la muestra presenta un problema de consumo de alcohol. El 80% problemas con el consumo de marihuana. 17.8% de la muestra presenta consumo de cocaína y base respectivamente. 4.4% presentan problemas de consumo relacionados con el tabaco y a los ácidos (LSD). El 2,2% de la muestra presenta problemas con el consumo de heroína, fármacos varios y cemento de contacto.

Tabla 5

*Nivel de depresión en la Escala de Beck*

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Leve perturbación del estado de ánimo	12	26.7
Estados de depresión intermitentes	10	22.2
Normal	9	20.0
Depresión moderada	7	15.6
Depresión grave	6	13.3
Depresión extrema	1	2.2
Total	45	100.0

En la tabla 5 se observa el nivel de depresión obtenido en la aplicación de la escala de Beck. El 26.7% de la muestra presenta leve perturbación del estado de ánimo. 22.2% de las evaluadas manifiestan estados de depresión intermitentes y 20% se encuentra en un estado normal.

Tabla 6

*Riesgo suicida evaluado por test ISO 30*

Riesgo Suicida	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	19	42.2
Moderado	16	35.6
Alto	10	22.2
Total	45	100.0

En la tabla 6 se presentan los resultados obtenidos del test ISO 30. El 42.2% de la muestra se encontró con un riesgo suicida bajo. El 35.6% presentó riesgo suicida moderado y un 22.2% presentó riesgo suicida elevado.

Tabla 7

*Relación entre Riesgo Suicida y el consumo de Alcohol*

		Alcohol		Total	
		Sin Consumo	Alcohol		
Riesgo Suicida	Bajo	Recuento	3	16	19
		% del total	6,7%	35,6%	42,2%
	Moderado	Recuento	4	12	16
		% del total	8,9%	26,7%	35,6%
	Alto	Recuento	1	9	10
		% del total	2,2%	20,0%	22,2%
Total		Recuento	8	37	45
		% del total	17,8%	82,2%	100,0%

En la tabla 7 se presentan los resultados de la relación entre el consumo del alcohol y el riesgo suicida. 16 de las evaluadas que tienen consumo problemático de alcohol se encuentran en un nivel bajo, 12 en un nivel moderado y 9 con un riesgo alto de suicidio.

Tabla 8

*Relación entre el Riesgo Suicida y el consumo de Marihuana*

			Marihuana		Total
			Sin Consumo	Marihuana	
Riesgo Suicida	Bajo	Recuento	3	16	19
		% del total	6,7%	35,6%	42,2%
	Moderado	Recuento	6	10	16
		% del total	13,3%	22,2%	35,6%
	Alto	Recuento	0	10	10
		% del total	0,0%	22,2%	22,2%
Total		Recuento	9	36	45
		% del total	20,0%	80,0%	100,0%

En la tabla 8 se presentan los resultados de la relación entre el consumo de marihuana y el riesgo suicida. 35,6% de las evaluadas con consumo problemático de marihuana presentan un riesgo bajo de suicidio, 22,2% presentan un riesgo moderado y otro 22,2% un riesgo alto de suicidio.

Tabla 9

*Relación entre el Riesgo Suicida y el consumo de Base de cocaína*

			Base de cocaína		Total
			Sin Consumo	Base de cocaína	
Riesgo Suicida	Bajo	Recuento	16	3	19
		% del total	35,6%	6,7%	42,2%
	Moderado	Recuento	14	2	16
		% del total	31,1%	4,4%	35,6%
	Alto	Recuento	7	3	10
		% del total	15,6%	6,7%	22,2%
Total		Recuento	37	8	45
		% del total	82,2%	17,8%	100,0%

En la tabla 9 se presentan los resultados de la relación entre el consumo de base de cocaína y el riesgo suicida. El 6,7% de las evaluadas que consumen base de cocaína se encuentran en riesgo bajo de suicidio, 4,4% en moderado y 6,7% en riesgo alto de suicidio.

Tabla 10

*Relación entre el Riesgo Suicida y el consumo de Cocaína*

		Cocaína			Total	
		0	Cocaína	55		
Riesgo Suicida	Bajo	Recuento	13	5	1	19
		% del total	28,9%	11,1%	2,2%	42,2%
	Moderado	Recuento	15	1	0	16
		% del total	33,3%	2,2%	0,0%	35,6%
	Alto	Recuento	8	2	0	10
		% del total	17,8%	4,4%	0,0%	22,2%
Total		Recuento	36	8	1	45
		% del total	80,0%	17,8%	2,2%	100,0%

En la tabla 10 se presentan los resultados de la relación entre el consumo de cocaína y el riesgo suicida. 11,1% de las evaluadas que consumen cocaína presentan un riesgo bajo de suicidio, 2,2% presenta riesgo moderado y 4,4% de las evaluadas que consumen presentan riesgo alto de suicidio.

Tabla 11

*Relación entre el Nivel de Depresión y el consumo de Alcohol*

			Alcohol		Total
			Sin Consumo	Alcohol	
Nivel de Depresión	Normal	Recuento	2	7	9
		% del total	4,4%	15,6%	20,0%
	Leve perturbación del estado de ánimo	Recuento	2	10	12
		% del total	4,4%	22,2%	26,7%
	Estados de depresión intermitentes	Recuento	0	10	10
		% del total	0,0%	22,2%	22,2%
	Depresión moderada	Recuento	2	5	7
		% del total	4,4%	11,1%	15,6%
	Depresión grave	Recuento	2	4	6
		% del total	4,4%	8,9%	13,3%
	Depresión extrema	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	2,2%	2,2%
Total		Recuento	8	37	45
		% del total	17,8%	82,2%	100,0%

En la tabla 11 se presentan los niveles de depresión relacionados con el consumo de alcohol. 22,2% de las evaluadas presentan estados de depresión intermitentes, otro 22,2% presentan leve perturbación del estado de ánimo. 2,2% de las evaluadas se encuentra en depresión extrema.

Tabla 12

*Relación entre el Nivel de Depresión y el consumo de Marihuana*

		Marihuana		Total	
		Sin Consumo	Marihuana		
Nivel de Depresión	Normal	Recuento	1	8	9
		% del total	2,2%	17,8%	20,0%
Leve perturbación del estado de ánimo		Recuento	4	8	12
		% del total	8,9%	17,8%	26,7%
Estados de depresión intermitentes		Recuento	3	7	10
		% del total	6,7%	15,6%	22,2%
Depresión moderada		Recuento	0	7	7
		% del total	0,0%	15,6%	15,6%
Depresión grave		Recuento	1	5	6
		% del total	2,2%	11,1%	13,3%
Depresión extrema		Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	2,2%	2,2%
Total		Recuento	9	36	45
		% del total	20,0%	80,0%	100,0%

En la tabla 12 se presentan los niveles de depresión relacionados con el consumo de marihuana. 17,8% de las evaluadas presentan leves perturbaciones en el estado de ánimo, otro 17,8% se encuentran en un estado de normalidad anímica y 15,6% se encuentran en un estado de depresión moderada, con otro 15,6% en estados de depresión intermitentes.

Tabla 13

*Relación entre el Nivel de Depresión y el consumo de Base de cocaína*

			Base de cocaína		Total
			Sin Consumo	Base de cocaína	
Nivel de Depresión	Normal	Recuento	8	1	9
		% del total	17,8%	2,2%	20,0%
Leve perturbación del estado de ánimo		Recuento	10	2	12
		% del total	22,2%	4,4%	26,7%
Estados de depresión intermitentes		Recuento	9	1	10
		% del total	20,0%	2,2%	22,2%
Depresión moderada		Recuento	6	1	7
		% del total	13,3%	2,2%	15,6%
Depresión grave		Recuento	4	2	6
		% del total	8,9%	4,4%	13,3%
Depresión extrema		Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	2,2%	2,2%
Total		Recuento	37	8	45
		% del total	82,2%	17,8%	100,0%

En la tabla 13 se presentan los niveles de depresión relacionados con el consumo de base de cocaína. 4,4% de las evaluadas se encuentran en un nivel de depresión grave, otro 4,4% con leves perturbaciones en el estado de ánimo. 2,2% de las evaluadas se encuentra en un nivel de depresión extrema.

Tabla 14

*Relación entre el Nivel de Depresión y el consumo de Cocaína*

			Cocaína		55
			Sin Consumo	Cocaína	
Nivel de Depresión	Normal	Recuento	7	1	1
		% del total	15,6%	2,2%	2,2%
	Leve perturbación del estado de ánimo	Recuento	10	2	0
		% del total	22,2%	4,4%	0,0%
	Estados de depresión intermitentes	Recuento	9	1	0
		% del total	20,0%	2,2%	0,0%
	Depresión moderada	Recuento	5	2	0
		% del total	11,1%	4,4%	0,0%
	Depresión grave	Recuento	4	2	0
		% del total	8,9%	4,4%	0,0%
	Depresión extrema	Recuento	1	0	0
		% del total	2,2%	0,0%	0,0%
Total		Recuento	36	8	1
		% del total	80,0%	17,8%	2,2%

En la tabla 14 se observa los niveles de depresión relacionados con el consumo de cocaína. 4,4% de las evaluadas se encuentran en un estado de depresión grave, y otro 4,4% en un estado de depresión moderada. 2,2% de las evaluadas presentan estados de depresión intermitentes.

## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo identificar la relación entre la ideación suicida, la sintomatología depresiva y el consumo de sustancias en mujeres adolescentes del CETAD “Hogar Victoria”. La muestra consta de 45 mujeres con una edad media de 15.6 años y una desviación estándar de 1.11600, internadas por consumo problemático de sustancias.

Los resultados del estudio mostraron relación entre la sintomatología depresiva y el consumo de sustancias ya que un 80% muestra algún grado de síntomas depresivos. La relación es importante entre el consumo de sustancias y la ideación suicida donde se obtuvo que el 35.6% de las evaluadas presentan un riesgo suicida moderado y el 22.2% un riesgo suicida alto.

Con respecto al consumo de sustancias, Vinet, Faúndez y Larraguibel (2009) en un estudio realizado en Chile a hombres y mujeres adolescentes entre 13 y 19 años, todos los consumidores, hombres y mujeres, presentaron policonsumo. El 40% de los hombres y 31% de las mujeres recibió el diagnóstico de abuso de al menos una sustancia; el resto recibió el diagnóstico de dependencia, también de al menos una sustancia. En el presente estudio se evidenció la misma tendencia al policonsumo, el 85% de las evaluadas presentó consumo problemático de más de una sustancia.

La encuesta Española del Plan Nacional sobre Drogas dirigida a estudiantes de secundaria entre 14 y 18 años pone de relieve las tendencias del consumo adolescente de alcohol y otras drogas, destacando que las sustancias más consumidas son el alcohol y el tabaco, con tasas de adolescentes que las han probado del 76% y 34% respectivamente (Espada, Méndez, Griffin, & Botvin, 2003). De acuerdo con la encuesta del Observatorio Español sobre Drogas (2000), el 76% y el 89% de los

escolares que habían probado el alcohol o el tabaco volvieron a consumir estas sustancias en los últimos treinta días. Esta información coincide con la obtenida en los resultados de la investigación presente donde el consumo problemático de alcohol es la causa más frecuente de internamiento.

Podemos observar en el estudio realizado por Rey, García, Icaza y Sainz (2007) indica que la presencia del alcohol, así como los antecedentes de violencia familiar incrementan el riesgo de depresión en 4.872 y 0.697 veces, respectivamente. Asimismo, este estudio sugiere que experiencias de violencia en la familia de origen pueden conducir al problema del consumo de sustancias y a una revictimización en la vida posterior adulta. Posiblemente, una de las limitaciones del estudio es que no se conoce si el consumo de alcohol contribuye indirectamente en la sintomatología depresiva al aumentar los niveles de conflicto familiar, o si el uso de alcohol de la mujer es una respuesta a la violencia de pareja y/o a una depresión anterior, mismas limitaciones que se presentan en la investigación realizada.

Carvajal y Caro (2011) realizaron una investigación donde los resultados indicaron que, las variables que tienen un efecto más fuerte sobre la ideación suicida son depresión severa y familia poco saludable.

En nuestro estudio esto no se comprueba pues se necesitaría ampliar la información recolectada para considerar las variables mencionadas. Sin embargo, los resultados obtenidos en nuestra investigación son similares, ya que como podemos observar existe estrecha relación entre el consumo de sustancias, la depresión e ideación suicida.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos trazados para determinar la presencia de sintomatología depresiva e ideación suicida en las mujeres adolescentes del CETAD Hogar Victoria podemos concluir que:

- Se evidencia la presencia de sintomatología depresiva y estados de depresión intermitentes en el 80% de la muestra de estudio
- Existe riesgo suicida en el 48% de los participantes del estudio.
- En la investigación realizada, se evidencia que las sustancias de mayor consumo son el alcohol, marihuana, la cocaína y la base de cocaína.
- La relación entre la ideación suicida y el consumo de sustancias en mujeres adolescentes se encuentra entre un riesgo suicida moderado a alto.
- Existe prevalencia de sintomatología depresiva ante el riesgo suicida, pues los porcentajes obtenidos son mucho mayores en cuanto a depresión se refiere dentro de la población examinada.

## RECOMENDACIONES

Con el fin de profundizar la problemática del consumo de sustancias y su impacto en la salud mental de las adolescentes, se recomienda:

- Realizar más estudios en diferentes centros de adicciones en otras regiones del país con la misma población investigada.
- Entrevistar individualmente a las evaluadas para obtener mayor información acerca de la problemática: su experiencia, tiempo de consumo, intentos previos de suicidio y acceder a la historia clínica que proporciona el centro o institución.
- Ampliar la muestra para obtener resultados más significativos.
- Psicoeducar a las adolescentes del CETAD sobre depresión e ideación suicida con el fin de que reconozcan como se manifiesta y puedan buscar ayuda.
- Realizar un seguimiento de los casos con mayor riesgo suicida y sintomatología depresiva grave.
- Reevaluar a las adolescentes para corroborar la información obtenida inicialmente debido a que los datos proporcionados pudieron haber sido alterados voluntariamente por las evaluadas con el fin de reducir su tiempo de internamiento.

## Referencias bibliográficas

- Aberastury, A. (1971). *Adolescencia*. Buenos Aires: Kargieman.
- Acuña, G. (2009). *Comprendiendo las adicciones: La teoría del aprendizaje y su aplicación en prevención de caídas*. Recuperado el 21 de Septiembre de 2019, de [https://untradid.files.wordpress.com/2017/06/dr\\_acuna21.pdf](https://untradid.files.wordpress.com/2017/06/dr_acuna21.pdf)
- Alonso, A. (2012). *El modelo de Prochaska y Diclemente: un modelo de cambio*. Recuperado el 21 de Septiembre de 2019, de <https://www.psyciencia.com/el-modelo-de-prochaska-y-diclemente-un-modelo-de-cambio/>
- Alonso, Á., & Mas, M. (2012). La selección de contenidos para enseñar naturaleza de la ciencia y tecnología (parte 1): Una revisión de las aportaciones de la investigación didáctica. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*, 2-31.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Filadelfia: American Psychiatric Pub.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-192.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A., & Wenzel, A. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 189-201.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guildford Press.
- Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 129-138.
- Carvajal, G., & Caro, C. (2011). Ideación Suicida en la Adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá. *Colombia Médica*, 45-56.
- CETAD. (2018). *Modelo de Prochaska y DiClemente*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2019, de <http://www.cetadhogarvictoria.com/tratamiento-para-adicciones.html>
- Clark, D., Alford, B., & Beck, A. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Corbin, J. (2019). *15 consecuencias del consumo de drogas (en tu mente y en tu organismo)*. Recuperado el 1 de Agosto de 2019, de <https://psicologiyamente.com/drogas/consecuencias-consumo-drogas>

- Diz, J. L. (2013). Desarrollo del adolescente: Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 88-93.
- Durkheim, É. (1989). *El Suicidio*. Madrid: Ediciones Akal.
- Erikson, E. (2000). *El Ciclo Vital Completado*. Barcelona: Paidós.
- Erikson, E. (2004). *Sociedad y Adolescencia*. Madrid: Siglo XXI editores.
- Espada, J., Méndez, X., Griffin, K., & Botvin, G. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 84(9), 17.
- Fernández, E., & Nuñez, L. (2019). La plasticidad sináptica mediada por endocannabinoides y trastornos por consumo de drogas. *Sociedad Española de Neurología*.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2002). *Adolescencia: una etapa fundamental*. Nueva York: División de Comunicaciones.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443.
- Gogtay, N., Giedd, J., Lusk, L., Hayashi, K., Greenstein, D., Vaituzis, C., . . . Thompson, P. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101(21), 8174-8179.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2012). *Ecuador en cifras*. Recuperado el 28 de Agosto de 2019, de [http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/main.html?TB\\_iframe=true&height=530&width=1100](http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/main.html?TB_iframe=true&height=530&width=1100)
- Ives, E. (2014). La identidad del Adolescente: Como se Construye. *Adolescere*, 2(2), 14-18.
- Krauskopf, D. (1996). Violencia juvenil: Alerta social. *Revista Parlamentaria*, 4(3).
- Krauskopf, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31.
- Krauskopf, D. (2003). *Juventud, riesgo y adolescencia*. El Salvador: Programa de las Naciones Unidas.
- Krauskopf, D. (2011). El desarrollo en la adolescencia: las transformaciones psicosociales y los derechos en una época de cambios. *Psicología.com*, 15-51. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10401/4562>
- Marcia, J., Waterman, A., Matteson, D., Archer, S., & Orlofsky, J. (1993). *Ego identity: A handbook for psychological research*. New York: Springer Science & Business Media.
- Miller, W., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Madrid: Paidós.
- Montalbán, R. (1997). *La conducta suicida*. Madrid: Aran Ediciones.

- Montes, C. (2004). La depresión y su etiología: Una patología compleja. *Vitae: Academia Biomédica Digital*, 1-15.
- Murphy, J., Nierenberg, A., Laird, N., Monson, R., Sobol, A., & Leighton, A. (2002). Incidence of major depression: prediction from subthreshold categories in the Stirling County Study. *Journal of Affective Disorders*, 68(2-3), 251-259.
- Musitu, G., & Allatt, P. (1994). *Psicosociología de la familia*. Valencia: Albatros.
- Observatorio Español sobre Drogas. (2000). *Encuesta sobre drogas a población escolar*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado el 22 de Agosto de 2019, de [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Suicidio*. Recuperado el 27 de Agosto de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 15(2), 196-217.
- Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 1102-1114.
- Rey, G., García, F., Icaza, M., & Sainz, M. (2007). La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 165-173.
- Rice, F. P. (1997). *Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital*. México: Prentice Hall.
- Salazar, J. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 688.
- Serfaty, E. (1998). Suicidio en la adolescencia. *Adolescencia Latinoamericana*, 1(2), 105-106.
- Serna, L. (1998). Globalización y participación juvenil. *Jóvenes: Revista sobre estudios de Juventud*, 4(5).
- Serrano, M. (2005). Adolescencia producida y adolescencia vivida: Las contradicciones de la socialización. *Congreso Ser Adolescente Hoy*. Madrid: FAD y MTAS.
- Silva, I. (2007). *La adolescencia y su interrelación con el entorno*. Madrid: Instituto de la Juventud .
- Velicer, W., Prochaska, J., Fava, J., Norman, G., & Redding, C. (1998). Detailed Overview of the Transtheoretical Model. *Homeostasis*, 216-233.
- Vinet, E., Faúndez, X., & Larraguibel, M. (2009). Adolescentes con trastorno por consumo de sustancias: Una caracterización de la personalidad a través de las normas chilenas del MACI. *Revista médica de Chile*, 137(4), 466-474.

- Volkow, N. (2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. *National Institute on Drug Abuse*, 1-31.
- Zacarés, J., Iborra, A., Tomás, J., & Serra, E. (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: Una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de psicología*, 2(25), 316-329.

## **ANEXOS**

### **Anexo 1. Consentimiento**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO CON USUARIAS DE CETAD HOGAR VICTORIA**

#### **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN, IDEACIÓN SUICIDA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES MUJERES.**

El propósito de la información que usted leerá a continuación es ayudarle a tomar la decisión de permitir participar a su hija o representada – o no -, en una investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse y por favor lea cuidadosamente este documento.

Su representada ha sido invitada a participar de una investigación; el propósito es conocer el impacto del consumo de sustancias problemático en el nivel emocional en adolescentes mujeres.

Si usted acepta que su hija o representada participe, se le aplicará dos test en los que mantendrán el anonimato por cuestiones éticas y secreto profesional. Estas pruebas le tomarán a su hija un tiempo aproximado de 30 minutos y será aplicada por pasantes de último año de la carrera de psicología clínica de la Universidad del Azuay.

La profesional responsable de estas evaluaciones es la PhD. Ana Pacurucu.

El hecho que responda los test propuestos será un aporte para esta investigación, pues contribuirá con los resultados al desarrollo científico de la psicología de nuestro país. Los resultados de los test, serán entregados a los profesionales del Departamento de Educación y Conserjería Estudiantil, para que, en caso de ser necesario, sean utilizados con fines terapéuticos.

Esta investigación no tiene riesgos para la adolescente o su proceso de recuperación.

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad. Se utilizarán exclusivamente con fines de investigación. Todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

### **Voluntariedad de la participación**

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted puede autorizar la participación de su hija o representada si es su voluntad hacerlo. También podrá retirarse del estudio en el momento en que estime conveniente.

Las autoridades de la institución tienen conocimiento y han autorizado la participación de su hija o representada en este estudio.

### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que tengo por participar. También se me ha indicado que me puedo retirar en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado (a) a hacerlo.

Al momento de la firma, me entregan una copia firmada de este documento.

Nombre participante menor de edad: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Investigadora responsable

05 de mayo de 2019

**Anexo 2. Ficha sociodemográfica.**

**INFORMACIÓN GENERAL**

**Nombre del entrevistador/a**.....

**Nombre del entrevistado/a**.....

Por favor responda con letra imprenta las preguntas que se encuentran a continuación:

**Edad:** \_\_\_\_ (años cumplidos)

**Estado civil:** \_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Lugar de procedencia:** \_\_\_\_\_

**Con quién vive:** \_\_\_\_\_

**Años de estudio:** \_\_\_\_ **Curso:** \_\_\_\_

**Sustancia (s) que consume:** \_\_\_\_\_

### Anexo 3. Inventario de depresión de Beck

#### Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1)

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

2)

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

3)

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

4)

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

5)

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

6)

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14)

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

15)

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

16)

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

17)

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

18)

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

19)

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

20)

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

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

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

21)

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

**Puntuación Nivel de depresión\***

1-10 .....Estos altibajos son considerados normales.

11-16 .....Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20 .....Estados de depresión intermitentes.

21-30 .....Depresión moderada.

31-40 .....Depresión grave.

+ 40 .....Depresión extrema.

\* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

## Anexo 4. Inventario de Orientación suicida:

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

Instrucciones: el propósito de este cuestionario es poder tener una idea proximal de cómo ves ciertas áreas importantes de tu vida. Trata contestar con la mejor sinceridad pensando en cómo te sentiste estos últimos seis meses. Ahora lee cuidadosamente cada frase y contesta con sinceridad. Usa una birome o lápiz para circular la respuesta, por ejemplo: 0 1 2 3. con una cruz la respuesta original y circular la nueva respuesta, por ejemplo: 0 1 2 3.

las opciones de respuestas son: 0: totalmente en desacuerdo 1: en parte en desacuerdo 2: en parte de acuerdo 3: totalmente de acuerdo

1)	0	1	2	3	no dabo ser un soñador/a, yo soy activo/activa esperando cosas que no realicen
2)	0	1	2	3	hay posibilidades para mí de ser feliz en el futuro
3)	0	1	2	3	generalmente pienso un año las pocas necesidades/expectaciones
4)	0	1	2	3	trato un hombre, confío en que las personas en las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí
5)	0	1	2	3	aprecio personas con las que me relaciono, no me necesita en absoluto
6)	0	1	2	3	siéntame cerca me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me entendieron, ya que no se trata de absoluto
7)	0	1	2	3	mi vida se a desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí
8)	0	1	2	3	yo debería ser capaz de hacer que dieran las buenas momentos, pero no puedo
9)	0	1	2	3	creo que causo problemas a la gente que está al mi alrededor
10)	0	1	2	3	creo que sera incapaz de encontrar suficiente ayuda como para enfrentar a la vida
11)	0	1	2	3	tengo las cualidades personales que necesito para que me gusten hacer una vida feliz
12)	0	1	2	3	siento me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales
13)	0	1	2	3	sea cuando estoy muy angustiada/o por algo, puedo forzarme en mí misma a pensar claramente, si lo necesito
14)	0	1	2	3	generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien
15)	0	1	2	3	para impedir que los cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución
16)	0	1	2	3	cuando me a alguien que ignora lo que yo me siento. Siento que es injusto
17)	0	1	2	3	siempre cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar
18)	0	1	2	3	cuando mi vida no funciona finalmente estoy confundido por una cantidad de sentimientos
19)	0	1	2	3	siento que no pertenezco a ningún lado
20)	0	1	2	3	pienso en muerte como una forma de resolver todas mis problemas
21)	0	1	2	3	esta pensar que podría ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad
22)	0	1	2	3	Siento que tengo control sobre mi vida
23)	0	1	2	3	cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control, donde mi corazón y no puedo pensar
24)	0	1	2	3	cuando fracaso, quiero escondirme, desaparecer
25)	0	1	2	3	pero no sentirse mal a sol/a, pienso que la solución es morir
26)	0	1	2	3	siempre me siento al momento me siento bien
27)	0	1	2	3	es posible que me convertiré en la clase de persona que que quiero ser
28)	0	1	2	3	cuando voy que estacion a punto de hacerme pedazos (quedarme)
29)	0	1	2	3	los buenos sentimientos que le gusta tiene acerca de mí son sin horror, se quedan de tiempo, la voy a disfrutar
30)	0	1	2	3	si me cosas empeoran, creo que me mataría

Nombre: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_ edad: \_\_\_\_\_

Lugar en donde vive: \_\_\_\_\_

Lugar en donde nació: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nivel de Educación alcanzado: \_\_\_\_\_

Trabaja: SI - NO (TACHE LA QUE NO CORRESPONDA)

ADOLESCENTES RESPONDER, TAMBIÉN

Colegio / Facultad: \_\_\_\_\_ Año que cursa: \_\_\_\_\_

Nivel de Educación adulto o cargo: \_\_\_\_\_

Ocupación adulto o cargo: \_\_\_\_\_