

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



Facultad de Psicología

**CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE
LA CIUDAD DE CAJAMARCA**

Autores:

Bach. León Alva, Yuliana Elizabeth

Bach. Vigo Fernández, Milagros Liliana

Asesor:

Mg. Carlos Alberto, Quispe Molocho

Cajamarca - Perú

Mayo -2019

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



Facultad de Psicología

**CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE
LA CIUDAD DE CAJAMARCA**

Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para
el Título Profesional de Licenciada en Psicología.

Autores:

Bach. León Alva, Yuliana Elizabeth

Bach. Vigo Fernández, Milagros Liliana

Asesor:

Mg. Carlos Alberto, Quispe Molocho

Cajamarca- Perú

Mayo-2019

COPYRYGHT © 2019 by

LEÓN ALVA, YULIANA ELIZABETH

VIGO FERNÁNDEZ, MILAGROS LILIANA

Todos los Derechos Reservados

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y NO PLAGIO

Por el presente documento, las bachilleres en Psicología: León Alva, Yuliana Elizabeth y Vigo Fernández, Milagros Liliana, quienes han elaborado la tesis denominada: Consumo de alcohol y depresión en adolescentes de una Institución Educativa de Cajamarca, como medio para recibir el grado de Licenciadas en Psicología otorgada por la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo.

Declaran, bajo juramento, que el presente trabajo de tesis ha sido elaborado por ellas y en el mismo no existe plagio de ninguna naturaleza, en especial copia de otro trabajo de tesis.

Dejan expresa constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo, por lo que no han asumido como suyas las opiniones vertidas por terceros, y ha fuentes encontradas en medios escritos o del internet.

Asimismo, asumen la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento y son conscientes que este compromiso de fidelidad de las tesis tiene connotaciones éticas, pero también de carácter legal.

En caso de incumplimiento de esta declaración, nos sometemos a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo.

Cajamarca, abril 2019.

.....
León Alva, Yuliana Elizabeth

DNI: 46641871

.....
Vigo Fernández, Milagros Liliana

DNI: 40387121

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**APROBACIÓN DE TESIS PARA OPTAR POR EL
TÍTULO PROFESIONAL**

**Consumo de alcohol y depresión en adolescentes de una
Institución Educativa de la ciudad de Cajamarca**

Presidente: Mg. Jessica, Bustamante Linares.

Secretaria: Mg. Liz Veronica, Alvarez Cabanillas.

Asesor: Mg. Carlos Alberto, Quispe Molocho.

A:

Dios, a mis padres, hermanos y personas que me brindaron su apoyo incondicional, consejos, cariño y comprensión.

Yuliana

A Dios, a mis padres y esposo por su apoyo incondicional en toda la trayectoria de mi carrera, a mi hijo por ser, quien me motivo a salir adelante en la vida, asimismo a mi hermano por estar siempre a mi lado, y apoyarme con sus sabios consejos.

Milagros

AGRADECIMIENTO

- A Dios, por iluminar y bendecir cada paso que hemos recorrido en el camino de nuestra vida y profesión.
- A los miembros de nuestra familia por ser nuestra guía y fortaleza para seguir adelante.
- A nuestra querida Alma Máter, “Universidad Antonio Guillermo Urrelo de Cajamarca”, que gracias a la Facultad de psicología, nos permitió adquirir conocimientos básicos para desarrollarnos profesionalmente y personalmente.
- A los docentes de nuestra Facultad, por sus conocimientos impartidos en cada momento de nuestra carrera.
- A los docentes y alumnos de una Institución Educativa de la ciudad de Cajamarca, quienes nos brindaron su tiempo y apoyo.
- A nuestros asesores, Mg. Mirella Jaqueline, Soriano Novoa y Mg. Carlos Alberto, Quispe Molocho por sus conocimientos brindados; por su profesionalismo para orientarnos en cada etapa de la investigación y por su apoyo constante.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre consumo de alcohol y depresión en adolescentes de una institución educativa de la ciudad de Cajamarca, el tipo de investigación fue correlacional descriptivo, la muestra estuvo conformada por 130 adolescentes, cuyas edades fueron de 14 a 18 años de edad, de ambos sexos. Los instrumentos que se utilizaron para dicha investigación fueron: el test de identificación de desórdenes en el uso de alcohol (AUDIT) y el inventario para la depresión de Beck, donde se llegó a las siguientes conclusiones: no existe relación entre las dos variables de estudio, porque se obtuvo 0,360 utilizando la prueba estadística de Spearman, el cual indico que la significancia es menos al 0,05 requerido.

Palabras claves: alcoholismo, depresión y adolescentes

ABSTRACT

The main objective of this research was to determine the relationship between alcohol consumption and depression in adolescents from an educational institution in the city of Cajamarca. The type of research was correlational descriptive, the sample consisted of 130 adolescents, whose ages were 14 18 years old, of both sexes. The instruments that were used for this investigation were: the test of identification of disorders in the use of alcohol (AUDIT) and the inventory for Beck's depression, where the following conclusions were reached: there is no relationship between the two study variables, because 0,360 was obtained using Spearman's statistical test, which indicated that the significance is less than the 0.05 required.

Keywords: alcoholism, depression, adolescents.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	VI
AGRADECIMIENTO.....	VII
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
ÍNDICE	X
LISTA DE TABLAS	XIII
LISTA DE FIGURAS.....	XIV
INTRODUCCIÓN.....	XV
CAPÍTULO I.....	16
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	16
1.1 Planteamiento del problema.....	17
1.2 Formulación del problema.....	20
1.3 Objetivo	20
1.3.1 General.....	20
1.3.2 Específicos.....	21
1.4 Justificación e Importancia	21
CAPÍTULO II.	23
MARCO TEÓRICO.....	23
2.1 Antecedentes de investigación.....	24
2.1.1 Internacionales	24
2.1.2 Nacional	27
2.1.3 Local	28
2.2 Bases teóricas.....	30
2.2.1 La adolescencia.....	30
2.2.2. Entornos que estimulan al adolescente al consumo de alcohol.....	33
2.2.3. Factores sociales o culturales.....	34
2.2.4 Depresión	36
2.2.5 El modelo de Beck.....	39

2.2.6	Clasificación de la depresión	39
2.2.7	Causas de la depresión	42
2.2.8	Síntomas de la depresión	43
2.2.9	Depresión en la adolescencia	44
2.2.10	Teorías de la depresión	51
2.3	Definición de términos básicos	54
2.4	Hipótesis de investigación.	56
2.5	Operacionalización de las variables	57
CAPÍTULO III.		59
MÉTODO DE INVESTIGACIÓN		59
3.1	Tipo de investigación	60
3.3	Población, muestra y unidad de análisis	60
3.3.1	Población	60
3.3.2	Muestra	60
3.3.3	Unidad de análisis	62
3.4	Instrumento de recolección de datos	63
3.6	Análisis de datos	69
-	Consideraciones éticas	69
CAPÍTULO IV		71
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS		71
4.1	Análisis de resultados	72
4.2	Discusión de resultados	75
CAPÍTULO V		77
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		77
5.1	Conclusiones	78
5.2	Recomendaciones	79
REFERENCIAS		80
LISTA DE ABREVIATURAS		86
GLOSARIO		87
ANEXOS		88

INTRODUCCIÓN

En la sociedad peruana actual se está presentando una creciente ola de consumo de alcohol en los adolescentes según estudios de Delgado (2014), quien menciona que el inicio del consumo de alcohol se da entre las edades de 12 a 15 años y que la mayoría son hombres (72.9%), seguido de las mujeres con un (27.1%), por otro lado Gálvez y Alva (2016), manifiestan que la sintomatología de la depresión, los mayores porcentajes se ubican a partir de los 12 años de edad.

Según la Dirección Regional de Salud [DIRESA] (2018), encontró que desde el mes de agosto del 2017 hasta marzo del 2018, de 1068 encuestados de sexo masculino el 19% dio positivo en relación al tamizaje sobre depresión y el 28% dio positivo en relación al sexo femenino. Y además se observó las vivencias de los adolescentes en su entorno.

El objetivo de esta investigación, tuvo como finalidad que los resultados obtenidos, sean de utilidad para los profesionales de la salud mental, así mismo para profesores, padres, adolescentes y/o personas interesadas en dicho tema. Además de ello, se puede realizar programas de prevención para mejorar la calidad de vida de los adolescentes de la ciudad de Cajamarca.

Capítulo I, se aborda el problema de investigación, donde se explica la problemática de las dos variables mencionadas anteriormente, la formulación del problema, los objetivos y la justificación. Se ha creído conveniente abordar la problemática a nivel mundial, nacional y local, permitiendo conocer dicho problema, con respecto al consumo de alcohol y depresión. Dichos objetivos

estuvieron enfocados a conocer la relación que existe entre consumo de alcohol y depresión.

En el Capítulo II, se abordara el marco teórico; conformado por antecedentes de investigación, bases teóricas, definición de términos básicos, hipótesis de investigación y operacionalización de variables. En este capítulo se puntualiza las investigaciones realizadas a nivel internacional, nacional y local. Así también se detalla los conceptos y teorías que fundamentan nuestra investigación. Por otro lado, se define los términos como consumo de alcohol, depresión y adolescencia. En cuanto a las hipótesis se describe los posibles resultados de nuestra investigación.

En el Capítulo III, se detalla el método de investigación, señalando el tipo y diseño de investigación; población, muestra y unidad de análisis, instrumentos utilizados, y procedimiento de recolección, análisis de datos, y consideraciones éticas. Se menciona que el tipo de investigación, el diseño, muestra y población y finalmente los resultados.

En el Capítulo IV, se presenta el análisis y discusión de resultados, en el cual se grafican las tablas y se explica cada una de ellas para poder analizar los resultados obtenidos.

Por último, en el capítulo V, se analizará las conclusiones de los resultados encontrados en el proceso de investigación; así también las recomendaciones que pueda favorecer y ser utilizadas por otros estudios realizados sobre este tema.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

El problema de la Salud Mental a nivel mundial se ha ido incrementando en estos últimos años, esta problemática engloba un estado de completo bienestar físico, mental y social en la persona. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012), recomienda unificar la salud mental en la atención primaria para garantizar a los niños y adolescentes un inicio saludable en la vida para evitar trastornos mentales en su desarrollo evolutivo. Según datos estadísticos de OMS (2012), los trastornos depresivos presentan una alta prevalencia en la adolescencia, se calcula que afecta a más de tres millones de personas en el mundo, siendo la segunda causa de muerte, entre las edades de 15 a 29 años, alcanzando un aproximado de 800. 000, personas que se suicidan cada año.

En el estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi [INSM HD- HN] (2013), en adolescentes de Lima metropolitana, se señala que la prevalencia de la depresión es de 70,0 % y se presenta una mayor probabilidad en el sexo femenino. La depresión que presentan los adolescentes se refleja por la alteración en su estado de ánimo, tensión, angustia, irritabilidad o aburrimiento, y al parecer las causas, más relevantes son: problemas de salud, problemas familiares los estudios. Por tal motivo, se debe de considerar la aplicación de evaluaciones en nuestras instituciones educativas, tanto públicas como privadas, para una detección de la depresión con el fin de evitar conductas suicidas.

El INSM HD-HN (2013), realizó un estudio de la situación de la salud mental en el Perú del 2002 al 2010. Se enfocó la prevalencia del episodio depresivo en adolescentes según la OMS (2012). Los resultados señalaron que en **Lima ciudad** la prevalencia fue de 8.6 %, en comparación con **Lima rural** que presentó el 1.1%. La misma Institución realizó otro estudio epidemiológico en Lima Metropolitana y Callao (2012), donde se menciona que la prevalencia de los episodios depresivos alcanzó un 7%, evidenciándose diferencias según el sexo. De igual manera, se determinó la prevalencia de esta enfermedad según los conos; en el distrito de Ate se encontró una prevalencia de 4 %.

En tanto, Cerna (2015), manifiesta que la depresión, es considerada una enfermedad que interfiere a nivel biopsicosocial en diferentes grupos etarios, y considerando a la adolescencia una etapa de cambios importantes, se debe impartir una orientación preventiva y promocional sobre problemas en los adolescentes.

Según la OMS (2012) y la Oficina de las Naciones Unidas [ONU] (2010), mencionan que el consumo de alcohol representa uno de los principales factores de riesgo para la salud a nivel global de la población (Telumbre y Sánchez, 2015).

Así mismo Quispe (2017), menciona que el consumo de alcohol se describe como una enfermedad crónica, progresiva y mortal, que puede alcanzar a cualquier tipo de persona, presentándose con mayor frecuencia en adolescentes por los cambios que se dan durante esta etapa de desarrollo, ya que son vulnerables e influenciables.

Colqui y Ortega (2015), en su investigación realizada nos dice que el consumo de alcohol provoca daños en la salud física y psíquica y también origina 2.5 millones de muertes cada año en quienes lo consumen. Se consideran que un consumidor de alcohol, puede afectar a su entorno como: compañeros de trabajo, estudios, familiares y amigos. El consumo de alcohol comienzan en la adolescencia podría ser para sentir emociones diferentes que llevan a olvidar momentos desagradables, puede darse estos acontecimientos en familia, instituciones educativas, y la necesidad de aprobación de su grupo de pares; esto al principio se da como una forma de experimentar o por curiosidad, conllevando luego a un hábito, provocando de esta manera dependencia. El inicio de consumo al alcohol, en el Perú, se da entre los 11 y 13 años de edad.

Para Gómez y Londoño (2013), en su estudio realizado sobre depresión y consumo de sustancias, encontraron que consumir bebidas alcohólicas puede causar el aumento de atracción hacia el sexo opuesto llevando a tener relaciones sexuales sin ninguna medida de protección, esto lleva al aumento de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, por otro lado están los accidentes de tránsito y la depresión, encontraron que a mayor depresión del adolescente mayor consumo de alcohol, finalmente llegaron a la conclusión que existe mayor depresión en mujeres.

DIRESA (2018), menciona que el consumo de alcohol y depresión en adolescentes es un problema que afecta a toda la sociedad en cualquier edad,

género y nivel económico, por ello en el año 2017 al 2018, según DIRESA (2018), hace referencia que en Cajamarca se ha incrementado en un 40%.

Ahora bien, considerando que ante esta problemática, la no presencia de apoyo psicológico, así también no existe soporte por parte de los integrantes de la familia, amigos y/o compañeros, esto permite que los adolescentes entren con más facilidad al consumo de alcohol y a un estado depresivo; además es importante resaltar que las conclusiones de esta investigación ayudaran para tomar medidas y conciencia de las dificultades que atraviesan nuestros adolescentes.

1.2. Formulación del Problema

¿Existe relación entre el consumo de alcohol y depresión en adolescentes de una Institución Educativa de la ciudad de Cajamarca?

1.3. Objetivos

1.3.1. General

Determinar la relación entre el consumo de alcohol y depresión en adolescentes de una Institución Educativa de la ciudad de Cajamarca.

1.3.2. Específicos

- Determinar el nivel del consumo de alcohol en adolescentes de una Institución Educativa de la ciudad de Cajamarca.
- Determinar el nivel del consumo de alcohol en adolescentes de una Institución Educativa de la ciudad de Cajamarca, según género.

- Determinar los niveles de depresión en adolescentes de una Institución Educativa de la ciudad de Cajamarca.

1.4. Justificación de la investigación

En la vida cotidiana se observa que el consumo de alcohol y la depresión han ido en aumento en los adolescentes, y esto se corrobora mediante la información obtenida en algunos estudios, es por eso que se estudió dichas variables con la intención de obtener información que nos servirá para prevenir y analizar esta información.

Esta investigación será útil porque los resultados y hallazgos que se obtuvieron favorecerán principalmente a la intervención psicológica y prevención, puesto que con los resultados se puede trabajar y tomar acciones preventivas hacia el consumo de alcohol y la depresión, factores que puede afectar a los adolescentes que la padecen; también fue útil para que otros profesionales de la salud, se interesen en el tema y sigan indagando sobre el contenido, generando información nueva y actualizada de la realidad presente en la sociedad, así mismo los resultados obtenidos aportara a DIRESA (2018).

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

2.1.1. A nivel internacional

Según la investigación realizada por Boden y Ferguson (2010), denominado: el alcohol y la depresión; tuvo como objetivo examinar la asociación entre los trastornos por uso de alcohol y depresión mayor, y evaluar la existencia de una relación causal de los trastornos entre las edades de 17 a 25 años; en los resultados se encontró que la presencia de cualquier trastorno duplica los riesgos del segundo trastorno; finalmente llegaron a la conclusión que el consumo de alcohol aumenta el riesgo de depresión.

El estudio realizado por García (2002), denominado: la influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México; teniendo como objetivo conocer la relación entre la sintomatología depresiva y el ambiente familiar en el consumo de drogas; en los resultados obtenidos indica que el consumo regular en los hombres (7%) es más alto que el de las mujeres (4%); en tanto que la experimentación es muy similar en los hombres (10,7%) y en las mujeres (10%), después se encuentran los de 16 años (12% para ambos sexos); seguidamente los de 17 años (11% para ambos sexos); así se llegó a la conclusión, con relación al sexo, ser

hombre implica un 64% más riesgo de consumir drogas que las mujeres.

Gómez, Gutiérrez y Londoño (2013), realizaron un estudio denominado: depresión y consumo de sustancia psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá, el objetivo fue determinar la relación entre depresión y consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de adolescentes entre las edades de 12 a 17 años; donde los resultados indica que el inicio de consumo por tipo de sustancia, edad y sexo, el 37%, ha consumido algún tipo de sustancia psicoactiva , de ellos 17 son mujeres y 16 hombres, la sustancia con la cual la mayoría de adolescentes inicia el consumo, es el cigarrillo, con el 45,4%, la segunda sustancia con la que se inicia el consumo es el alcohol, con un 39,3%, la edad en que se registra mayor inicio de consumo es a los 14 años, tanto en hombres como en mujeres, así también para las mujeres el porcentaje es de 54,5% y para los hombres 44,4%; llegando a la conclusión que las mujeres presentan mayor depresión que los hombres y que a mayor depresión hay mayor consumo.

Del mismo modo en el estudio realizado por Telumbre y Sánchez (2015), titulado: consumo de alcohol en adolescentes del estado de Guerrero México; su objetivo fue describir el tipo de consumo de alcohol en adolescentes en el estado de Guerrero, en preuniversitarios; obteniendo como resultado que 72, 1% de los adolescentes han consumido alcohol alguna vez en la vida y 46.9 %

en último año, la edad de inicio del consumo de alcohol fue a los 14.4 años; así la conclusión fue que el consumo de alcohol en los adolescentes representa un problema prioritario de salud.

Según el estudio realizado por Duran y Mora (2016), denominado: niveles de depresión y factores de riesgo en adolescentes de Casas de Acogida, Cuenca 2016, teniendo como objetivo identificar los niveles de depresión y factores de riesgo en adolescentes de 15 a 16 años, así en los resultados encontrados fue que el nivel de depresión leve es de 63%, moderada un 11% y depresión severa 3%; dando por conclusión que el 75% presentan depresión donde los factores psicológicos como la rebeldía, baja autoestima más los factores sociales con el consumo de sustancias son la principal causa del consumo de marihuana y alcohol convirtiéndose en los principales factores de riesgo.

Finalmente, Jadan (2017), llevo a cabo un estudio denominado depresión en adolescentes de 14 a 16 años del colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja, teniendo como objetivo conocer los factores de riesgo más relevantes que conllevan a la depresión en adolescentes de 14 a 16 años; cuyos resultados obtenidos son prevalencia de depresión 65.75% en cuanto al género tenemos una relación de 1.5% más en las mujeres que en los hombres, teniendo por conclusión que la depresión generalmente esta expresada por la falta de interés al realizar las actividades diarias y por su conducta.

2.1.2. A nivel nacional

En el estudio realizado por Colqui y Ortega (2015), denominado prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las instituciones educativas estatales del distrito de Ventanilla - Lima, el cual tuvo como objetivo determinar la prevalencia de consumo de alcohol en los adolescentes, entre las edades de 10 a 19 años, en cuanto a los resultados se encontró que la edad promedio de inicio de consumo de alcohol es a los 12 años, así mismo la prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de género masculino es mayor que la del género femenino, llegando a la conclusión que el consumo de alcohol es alto en este grupo de edad.

Así mismo, en el estudio realizado por Navarro y Calderón (2017), denominado depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática, donde tuvieron el objetivo de verificar una revisión sistemática de 21 artículos científicos publicados en revistas peruanas y no peruanas sobre depresión en adolescentes peruanos, obteniendo así como resultado que la depresión es el trastorno clínico más frecuente en adolescentes de Lima y Callao con un prevalencia de 70% (11% en varones y 30% en mujeres), así mismo en la selva amazónica peruana, reportaron una prevalencia de (1.6% en varones y 22% en mujeres).

2.1.3. A nivel local

Según la investigación realizada por Alcántara y Cieza (2016), denominado nivel de dependencia de alcohol en estudiantes universitarios de la ciudad de Cajamarca, el objetivo fue conocer el nivel de dependencia de alcohol en adolescentes de 16 a 19 años; en tanto los resultados fueron que el 76% no presentan problemas con el alcohol, solo el 14% son bebedores en riesgo y el 11% sufren un grave problema con el alcohol y que están iniciando ya una dependencia, ello muestra que el predominio del sexo femenino es 54% y el 46% de sexo masculino; con esto se llegó a la conclusión que el consumo de alcohol se inicia con una edad mínima de 17 años y la máxima de 19 años de edad.

Así mismo en la investigación realizada por Delgado (2014), denominado: prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes del Centro Poblado Cuyumalca- Chota, el objetivo fue determinar y analizar la prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 19 años, dando que la prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes es de 42.5% los adolescentes que consumen alcohol en su mayoría cursan el cuarto grado de educación secundaria con un 30.2% y un 22.9% que cursan el segundo grado, y el lugar donde consumen alcohol se da mayormente en fiestas y reuniones sociales con un 29.2 %; donde se llegó a la conclusión que la edad de inicio de consumo de alcohol en los adolescentes es de 12 a 15

años (66.7%), mayormente consumen los varones (72.9%) seguido de las mujeres con un (27.1%).

Finalmente en el estudio realizado por Gálvez y Alva (2016), denominado depresión y factores demográficos en escolares de una institución educativa estatal de Cajamarca; este tuvo como objetivo determinar el grado de relación entre sintomatología depresiva y las variables demográficas: edad (de 8 a 15 años) y sexo; obtenido como resultados una prevalencia del 23% de sintomatología depresiva alta, sin embargo son las mujeres las que presentan mayores porcentajes de 26.2 % en comparación con los varones 23.8%; a partir de entonces se llegó a la conclusión que la edad de 12 años presenta mayores porcentajes de sintomatología depresiva seguida del rango de edad 13-15, por lo que la sintomatología depresiva va incrementando de acuerdo a la etapa, y posiblemente ascienda paulatinamente hasta alcanzar las cifras más altas en la adolescencia.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. La adolescencia:

Papalia y Wendkos (1982), describe que la adolescencia es la metamorfosis del desarrollo entre la infancia y la adultez que implica cambios físicos, cognitivos y psicosociales, además en la adolescencia cambia la apariencia de los jóvenes debido a cambios

hormonales y pensamiento, son capaces de pensar en forma hipotética e indeterminada.

Papalia y Wendkos (1982), la adolescencia es una época de la vida que marca la transición entre la infancia y el estado adulto, por lo general comienza alrededor de los 12 o 13 años y finalizando a los 19 o 20 años, durante este periodo, se producen grandes cambios y el adolescente verá cómo se desarrollan en él, aspectos como: parte física, intelectual, social, etc., así mismo, la adolescencia es el momento de nuestras vidas en que realmente se aprende sobre el mundo que nos rodea y a encontrar nuestro lugar en él, este aprendizaje implica el intentar nuevas experiencias, algunas de las cuales pueden resultar arriesgadas o incluso peligrosas; por ello, los adolescentes en esta edad anhelan la excitación en una forma que la mayoría de los adultos encuentran difícil de comprender, sobre todo las actividades excitantes que pueden resultar peligrosas.

2.2.2. El alcoholismo en la adolescencia

Fidel de Garza (2001), en el libro la juventud y las drogas de los jóvenes, menciona que los adolescentes empiezan a beber desde los quince años de edad, teniendo más posibilidades en desarrollar dependencia al alcohol que aquellos que empiezan desde los veintiuno; por otro lado, la adolescencia según Fidel de Garza (2001), considera que es un período de inestabilidad, de

búsqueda y de cambios, oponiéndose a las normas, así también, sus modelos a seguir serán las personas que le despierten admiración, tomando rasgos que les agradan de ellos y van construyendo su propia personalidad e identidad, a las vez están convencidos de tener la razón en todo y que la realidad es tal y como ellos, lo perciben; además, la familia, pasa sólo para proporcionar lo único que necesitan adquirir dinero y satisfacer sus necesidades personales; por otra parte, en esta etapa, algunas redes neuronales no han terminado de desarrollarse, por tanto, no cumplen algunas funciones como: pensar antes de actuar, consecuencias de sus actos, planear su futuro, tener conciencia social, controlar sus emociones, inician la producción de hormonas y se presentan cambios en los órganos sexuales, por ello, sienten que ya son grandes para beber, están convencidos de que saben lo que hacen, teniendo como resultado jóvenes ebrios, conductas sexuales de riesgo, que fácilmente pasarán del uso al consumo abusivo de alcohol, pues ya sabemos que no piensan en las consecuencias de sus actos ni en el futuro e incrementarán sus probabilidades de acercarse a otras drogas.

2.2.3. Entornos que estimulan al adolescente al consumo de alcohol

Las investigaciones realizadas de Escobar (1992), en su libro el crimen de las drogas, nos explica que durante las últimas dos décadas han tratado de determinar cómo comienza y cómo progresa el abuso de alcohol en adolescentes; en efecto, hay

muchos factores que pueden aumentar el riesgo de una persona para el abuso de alcohol, uno de los factores de riesgo pueden aumentar la posibilidad de que una persona abuse del consumo de alcohol y las drogas, mientras que los factores de protección pueden disminuir este riesgo; es decir, que es importante notar, que la mayoría de las personas que tienen un riesgo para el abuso de las drogas no comienzan a usarlas ni se hacen adictos; además, los factores de riesgo y de protección pueden afectar a los adolescentes durante diferentes etapas de su vida; dado que, pueden cambiar o prevenir los riesgos de la adolescencia, tales como: conducta agresiva, fracaso escolar, si no son tratados, dichos comportamientos negativos pueden llevar a riesgos, tales como: relaciones sexuales tempranas, consumo de alcohol, consumo de drogas, etc.

Para Johnson (2001), los problemas ocasionados con el consumo de alcohol y las motivaciones que inducen a beber a los adolescentes son múltiples y complejos, tenemos: factores individuales, familiares y sociales o culturales.

2.2.4. Factores sociales o culturales:

Boscolo (1998), el consumo de alcohol está presente en la sociedad desde la antigüedad varía mucho de una cultura a otra, pero en todas ellas se puede observar que su consumo depende de muchas variables, entre ellas tenemos: status, la edad, el género, familia, sociedad, etc. La influencia que tiene el alcohol en la

socialización de muchos individuos, tanto para integrarse dentro de un grupo determinado, como para excluirse, se halla plasmada en lo siguiente:

- Para sentirse aceptado en el grupo amigos.
- Para olvidar el estrés, acompañado de amigos que compartan los mismos problemas.
- Para escapar de la rutina y sus problemas diarios.
- Porque les gusta el sabor de las bebidas alcohólicas.
- Para estar más a gusto en fiestas.
- Para ser parte del grupo y que no le excluyan por no beber.
- Por ser aceptado dentro de un grupo social.
- Condición socioeconómica baja, para los adolescentes el alcohol es una creencia errónea, por la falta de información como una quitapenas que permite esquivar los límites que la realidad impone y acceder a un mundo que ofrecería mejores condiciones y sensaciones.
- Búsqueda de efectos agradables.
- Búsqueda de una mayor capacidad de relación.
- Elementos de presión social, el bombardeo de la publicidad y la oferta, etc. Esta situación por una serie de variables como: crisis de valores, violencia intrafamiliar, cambios que vive el adolescente como: crisis de identidad, conformación de grupos, cuestionamiento de la autoridad, desarraigo de los padres y búsqueda de ideales, entre otros, los cuales

conducen al adolescente a actuar inadecuadamente, apropiándose de modelos que lo perjudican, por lo cual, se presentan altibajos por el estado de confusión que viven, conduciéndolos al consumo de alcohol, como medio de evasión de sus problemas, pensando que con este se encuentra la solución.

2.2.5. Depresión:

“La palabra Depresión data del siglo XVI, es el significado de hundimiento o abatimiento y proviene del verbo latino *deprimere* lo que quiere decir disminuir, caer dinámicamente, hundirse” (Fernández, 1997, p.26).

“El termino depresión se conoce como la destreza de un estado de ánimo generalizado de infelicidad”. (Rita y Allen, 1997, p.142).

Hernández (2014), define el concepto de depresión como un estado de ánimo polarizado hacia el lado negativo de las emociones; basándose así en que las emociones se colocarían en un continuo con dos polos contrarios, positivas (alegría, entusiasmo) y negativas (tristeza, desanimo); puede haber personas que experimenten a la vez muchas emociones positivas y negativas u otras que más bien no experimentan muchas emociones de ningún tipo, y precisamente estas últimas estarían siendo bastantes vulnerables a la depresión.

Aycardo, Moreno y de León (2006), definen a la depresión que etimológicamente proviene del latín *depressio*: hundimiento, en el cual el

individuo manifiesta una debilidad del temperamento de ánimo, minoración de la disposición de experimentar gozo y por ende su autoestima, con notorios sentimientos afectivos, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras. Estas se ven afectadas, estrictamente afectadas, además con serias repercusiones sobre la clase de vida y el descargo socio-ocupacional que puede, presentarse en semanas hasta meses, lo que la persona vive como un peso sobre su existencia y vital provocando el no poder vivir con plenitud viviendo constantemente con ideas de muerte recurrentes.

Según la OMS (2003), manifiesta que la depresión es un desorden mental, por los siguientes aspectos: desconsuelo, falta de afecto, carencia de autoestima, desorden del sueño y apetito, percepción de fatiga y concentración. Se dice que la depresión es un padecimiento singularizado por una actitud de energía afligido, con despiste de disposición o idoneidad para deplorar gozo por circunstancias que antes lo provocaban, falta de confianza en sí mismo y una sensación de inutilidad, esta depresión tiende a ser episódica , lo que significa que puede ocultarse y volver entre periodos de total recuperación, pero con exactitud se define un estado depresivo cuando la tristeza continua o se manifiesta de manera espontánea sin ninguna razón y es aquí donde produce un obstáculo en el vivir diario (Garza, 2004).

La depresión produce inquietud, nerviosismo, cansancio, desvelos en el sueño, sensación de temor y llena la cabeza de pensamiento negativos (Haye y Salesman, 1997).

Según Vicente (1999), la depresión aparece como un sentimiento de tristeza exagerado y presenta una notable baja en el ánimo respecto de un estado de ánimo anterior que para entonces presentaba la persona, así mismo se manifiesta en desiste de disposición o deleite por casi todas las cosas , por ello irrumpe en la vida cotidiana mediante la forma de abatimiento, desesperación y desánimo, se vuelve una tristeza persistente, incontrolable e inconsolable, es así que la depresión representa un sufrimiento y un malestar que vuelve extremadamente difíciles las actividades de la vida de todos los días e imposibilitan, a quienes la padecen.

Así mismo, Chinchilla (2008), señala que una depresión clínica es una enfermedad que nos afecta completamente, afecta la manera que se piensa y en que se siente, tanto física como psíquicamente; que se caracteriza como una enfermedad con una evolución tendente a la cronificación, sustancialmente incapacitante y, en ocasiones letal.

El paciente depresivo piensa que todo lo hace mal, se mide en función de las fuertes exigencias que impone la época, en ese sentido la época favorece la desvalorización por que desarrolla exigencias individuales muy altas, el depresivo se mira así mismo en función de lo que debería ser y por lo mismo es incapaz de valorar lo que es (Chinchilla, 2008).

2.2.6. El Modelo de Beck

Beck (1967), en el campo de las terapias cognitivo-conductuales ha llegado a ser ampliamente aprobado, los factores cognitivos pueden

conseguir tener un papel importante en el inicio y mantenimiento de los trastornos emocionales. En la teoría cognitiva de Beck la depresión se mantiene por medio de la presencia de esquemas de significado desadaptativo, protegidos y fortalecidos por cambios cognitivos en el modo de procesar la información, provocado por acción de dichos esquemas.

2.2.7. Clasificación de la depresión

Conforme a la OMS (2003), menciona que la depresión se manifiesta mediante los siguientes episodios: el episodio depresivo leve, este episodio afecta la actividad laboral y social de la persona que padece una depresión, dura al menos 2 semanas; el segundo episodio, es ciertamente más intenso que el anterior, a este le denominamos episodio depresivo moderado, el cual dura mínimamente dos semanas y se presenta en varios síntomas en un grado con angustia o agitación así mismo se revela olvido de aprecio de su semejante, aparecen sensación de ineficacia o de tropiezo, episodio depresivo grave durante este episodio el afectado no es capaz de proseguir con su tarea laboral, social o doméstica llegando al suicidio en casos particulares.

Además, Garza (2004), describe dos tipos de depresión el primero lo denomina Enfermedad Maniaco-Depresiva o Bipolar el cual se trata de una constante alteración entre estados depresivos y maníacos de exceso. Son estados contrarios que se alteran entre sí, en la manía aparece una euforia anormal excesiva o también una irritabilidad inusual, disminuye la necesidad de dormir, aparecen ideas de grandiosidad, necesidad de

conversación, pensamientos apresurados, mayor deseo sexual o falta de juicio y el segundo tipo lo describe como una Depresión Estacional la cual es la que aparece en invierno, cuando la exposición a la luz disminuye. El nombre científico es SAD por sus siglas en inglés y se conoce en español como TAE lo que quiere decir trastorno Afectivo Estacional, aparece sobre todo en altas latitudes, en los países nórdicos y las zonas de escasa luminosidad., define al trastorno afectivo estacional es un problema en los países con inviernos largos, pues aparece entre octubre y febrero y tiende a mejorar en la primavera, presentando los mismo síntomas que en la depresión, sin embargo los que tienen TAE tienden a dormir más, aumenta su apetito especialmente en los carbohidratos y suben de peso.

Por su parte Garza (2004), define la depresión bipolar en dos polos uno de tristeza y otro de alegría, el cerebro posee la disposición de resistir un estabilización en el ánimo de tal manera que si se sufre de depresión por algún acontecimiento, al poco tiempo volveremos a nuestro ánimo básico, por lo que el sujeto tolerara periodos de depresión y exaltación (manía), estos estados se alteran a lo largo del tiempo y también se le conoce como trastorno maniacodepresivo, estos periodos maniacos o de emoción pueden ser de dos modelos de euforia donde hay un ánimo dichoso o de disforia donde lo que prevalece es la cólera.

De igual manera Nathan y Salkind (1999), nos refiere que el trastorno bipolar es una anomalía importante del ánimo caracterizada por depresión moderada o severa que alterna con episodios de euforia muy exagerada, actividad física y una exaltación inmensa(irreal) del ánimo y un

optimismo casi constante, presenta las características de la depresión y de la manía como son la excitabilidad e ideas de grandeza, se distraen fácilmente no necesita dormir mucho su actividad es frenética y está centrado en las tareas pendiente de la escuela o del trabajo.

Así también Nathan y Salkind (1999), refieren que la distimia es una apariencia crónica de depresión, para la evaluación es imprescindible que este desorden tenga una perdurabilidad mínima de dos años, es más usual en las mujeres que en los hombres, se caracteriza por que son personas que van por la vida pensando negativamente sobre sí mismas, sin energía, con gran dificultad para tomar decisiones y concentrarse, manifestando también con frecuencia los trastornos de apetito y sueño, suelen mostrar síntomas físicos como fatiga o cefalea a los cuales no se le encuentra explicación, de igual modo el mismo también es conocida como Doble Depresión cuando un persona con distimia sufre de una condición adversa en la vida tiende a tener un trastorno depresivo mayor, que se incorpora al estado depresivo ya existente a esta orientación la llamamos doble depresión.

2.2.8. Causas de la depresión

Haye y Salesman (1997), la depresión estima casi siempre como motivo una experiencia externa, como las desilusiones que pueden ser causadas por diferentes motivos , es así que mientras más importante sea para nosotros la persona que nos hizo sufrir mayor será la desilusión, también está la soledad, también por muerte de un ser querido o por el abandono, se hunde en una depresión que lo lleva a la soledad , el dolor

psíquico aumenta en la soledad y solo puede ser curado si encuentra amor y comprensión; así mismo, la falta de autoestima para consigo mismo es un factor importante en los síntomas de la depresión, ya que ocurre que casi siempre intenta una excelencia tan elevada que les resulta irrealizable autoaprobarse y por eso viven engrandeciendo sus fallas, suele haber las comparaciones injustas aparece el descontento con los que somos, con lo que hacemos y con lo que tenemos, todo esto hacen que nuestros pensamientos se vuelvan tristes y pesimistas causando depresión.

2.2.9. Síntomas de la depresión

Haye y Salesman (1997), manifiesta que entre los síntomas más resaltantes de la depresión tenemos los siguientes: Los síntomas Anímicos. se manifiestan en alteraciones en el estado de ánimo, abatimiento, pesadumbre, tristeza, infelicidad, desesperanza e irritabilidad, pérdida de afecto, agresividad, locuacidad o exceso de palabras, el deseo de ser necesarios o de ser estimado, en algunos casos exhibicionismo, el joven que padece depresión en la adolescencia exhibe públicamente palabras ordinarias en su vocabulario.

Para Haye y Salesman (1997), los síntomas cognitivos se manifiestan con alteraciones en los procesos y contenidos del pensamiento, suele producirse la valoración negativa de uno mismo, aparece la baja autoestima, y sentimientos de inutilidad o culpa, del entorno y del futuro, disminuye la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, además los pensamientos repetidos de muerte o ideas de suicidio suelen ser constantes en las personas que lo padece.

Según Haye y Salesman (1997), los síntomas personales afectan las relaciones con los demás, disminución del interés social y se muestra un deterioro de las relaciones con otros, la persona se aísla o suele mostrar a veces excesiva dependencia de las personas más próximas; Así señalan que: “Los síntomas físicos se presentan con alteraciones en las funciones biológicas, alteraciones en el sueño y alimentación, fatiga o pérdida de energía, molestias corporales difusas, disminución de la actividad y deseos sexual” (p.24).

2.2.10. Depresión en la adolescencia

Durante este período de la vida hay muchas interrogantes, pocas respuestas y desconcierto ante los cambios en general, tal hecho provoca en ciertos adolescentes malestar emocional, como la sintomatología depresiva, que surge como resultado del propio proceso de la adolescencia.

Para Craig (2001), la depresión durante la adolescencia ocurre junto con otros trastornos como la ansiedad y conducta, en respuesta a tensiones internas y externas. Señala que es más probable que los varones se involucren en problemas cuando están deprimidos, en tanto que las mujeres suelen presentar trastornos alimentarios como la anorexia o la bulimia al deprimirse, además de que la depresión se interrelaciona con los pensamientos suicidas y el abuso de sustancias.

Craig (2001), añade que un funcionamiento social deficiente empeora a veces la relación entre el progenitor e hijo durante la adolescencia y puede también afectar las amistades y las relaciones amorosas. Entre los factores que exponen a los adolescentes a la depresión y a las reacciones al estrés se encuentran:

- Imagen corporal negativa, que puede producir depresión y trastornos alimentarios.
- Temor sobre sí mismo acerca del futuro, haciendo que el adolescente piense en las posibilidades negativas de su entorno y su futuro. Causándole depresión,

- Problemas familiares o de salud mental de los padres, que pueden originar reacciones de estrés y depresión, al igual que trastornos conductuales.
- Conflictos conyugales o divorcio y problemas económicos de la familia, que pueden ocasionar depresión y estrés.
- Poca popularidad entre los compañeros, la cual se relaciona con la depresión en la adolescencia y es uno de los principales indicadores de depresión en el adulto.
- Bajo aprovechamiento escolar, que produce depresión y conducta negativa en los hombres pero que no parece afectar a las mujeres.

Al respecto Conger (1980), considera que la depresión en los adolescentes suele manifestarse de una manera distinta a la que se encuentra entre los adultos que la padecen. Los adolescentes pueden mostrarse renuentes a expresar abiertamente sus sentimientos, de manera que la depresión en los adolescentes puede tomar una de las siguientes dos formas: En la primera, el adolescente puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío, más no es que el adolescente carezca de sentimientos, sino que no puede manejar o expresar los que ahora tiene. Un segundo tipo de depresión, se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota o fracaso, este tipo de depresión se acentúa ante la pérdida de una relación querida, como la de los padres o la de algún amigo.

En este mismo sentido, Musacchio (1992), destaca que el adolescente atraviesa necesariamente por momentos en los que se siente

vacío y teme esa sensación desagradable que se reitera sin que él tenga control de esta. En ocasiones, la sensación de vacío se liga a alguna razón conocida: la pérdida de algún amigo, o un novio(a), la muerte de algún ser querido, un fracaso escolar, etc. En otras ocasiones, la causa de este vacío es más subjetiva o difícil de precisar.

Además, Musacchio (1992), señala que, los afectos ligados al proceso mismo de la adolescencia, suelen tomar la forma de tristeza, pena y también preocupación por otros. La vivencia de vacío consiste en cambio en una experiencia dolorosa y perturbadora que los jóvenes a veces llaman *depresión*, pero que apenas se investiga con un poco de detenimiento aparece específicamente como sensación de vacío interior. No tristeza, más bien hastío, desinterés, sensación de futilidad ante la vida, así como pérdida de la normal capacidad para enfrentar la soledad y sobreponerse a ella.

De acuerdo con Musacchio (1992), las vivencias de vacío, son resultado de fenómenos de perturbaciones en los sectores de la personalidad que regulan el estado del sí-mismo y la valoración que el individuo hace de, su autoestima.

De manera que, un factor estrechamente relacionado con la depresión en adolescentes es la autoestima, Martín (1989), considera que uno de los componentes esenciales de la depresión es el bajo nivel de autoestima de los sujetos depresivos.

Según Martín (1989), la autoestima se desarrolla a partir de un conjunto de experiencias cuyo denominador común es la experiencia de la

suficiencia y validez del sujeto para dominar su entorno de manera que se sienta capaz de realizar sus propios proyectos y rechazar los elementos negativos que puedan contrariarle o amenazarle. Es este conjunto de experiencias, las que dan lugar a la autovaloración positiva del sujeto como principio determinante de su capacidad de acción y de respuesta frente al medio ambiente.

En cambio la depresión, indica Martín (1989), en general aparece en el sujeto a partir de la experiencia reiterada y generalizada de su incapacidad para influir en el medio ambiente de manera conforme con sus deseos. Esta experiencia de incapacidad da lugar a la “expectativa de incontrolabilidad”, es decir, a una autovaloración negativa de sí mismo, en virtud de la cual el sujeto tiende a sobrevalorar las dificultades y desistir de sus esfuerzos voluntarios para conseguir sus proyectos o resistir las agresiones y amenazas que le vienen del exterior.

Es importante no confundir la tristeza normal con la depresión o viceversa, Arieti (1990), considera que hay una estrecha relación entre la tristeza, una emoción normal, y la depresión, que es un síntoma o estado psiquiátrico. Acerca de la tristeza refiere que:

- La tristeza normal es el efecto emocional que se manifiesta en el ser humano cuando este reconoce una situación que habría preferido que no ocurriera y que considera no es favorable para su bienestar.
- Admite la capacidad de experimentar otras emociones y estados normales, como afecto, afinidad, amor, autorespeto y satisfacción.

De hecho, la ausencia o la pérdida de estas emociones positivas nos hacen vulnerables a la tristeza.

- Se le podría definir como un tipo especial de dolor, que no es físico sino mental. La tristeza retarda las acciones y su permanencia impide una respuesta motriz inmediata. Pero, favorece los procesos mentales lentos, que permiten reorganizar las ideas vinculadas con la dirección a seguir en la vida.
- En algunos casos, el estado de tristeza no se resuelve y se transforma en una vivencia de desdicha más intensa que se denomina depresión. Este afecto reemplaza con frecuencia a todos los demás, salvo a aquellos que, como la culpa y la autodesvalorización, están vinculados con la pena.
- Todos los pensamientos son negativos y refuerzan la depresión. Las ideas surgen con más lentitud y más espaciadas, quizá para disminuir el sufrimiento que causan.

Se puede observar, que son diversos los factores a considerar para detectar un estado depresivo en los adolescentes; es importante identificar y distinguir la presencia de una tristeza normal a un estado depresivo en el adolescente. Como indica, Dallal (2000), es necesario sistematizar el conocimiento del desarrollo adolescente, considerar la naturaleza del proceso y el ambiente en que se manifiestan sus conductas para después emitir un juicio objetivo.

Si se refiere a la adolescencia, Dallal (2000), señala que la presencia de la depresión es, a la vez, un fenómeno común y transitorio y

una enfermedad peligrosa que puede derivar en actuaciones autodestructivas:

- Como fenómeno transitorio, es común cuando se enfrentan algunas de las vicisitudes del propio proceso adolescente, antes de que el joven responda al desafío de ese momento de su vida.
- Como enfermedad psiquiátrica, se convierte en peligrosa debido a la tendencia adolescente hacia la escenificación de sus conflictos por medio de actuaciones impulsivas.

Asimismo, Arieti (1990), refiere que no todos los adolescentes pasan por los penosos traumas descritos por diversos autores, para algunos la adolescencia es una época no sólo apacible, sino además muy gratificante. Añade que ante este hecho, muchas de las depresiones en esta etapa se caracterizan por su brevedad, tanto como por su intensidad.

Para Martín (1989), la depresión tiene repercusiones en tres órdenes:

- En el orden cognitivo: la depresión dificulta la posibilidad de percibir o admitir las relaciones posibles entre la acción y la modificación de las circunstancias o acontecimientos exteriores; generaliza sus experiencias de incontrabilidad, magnifica la dificultad de vencer o dominar los acontecimientos, tiende a fijar definitivamente su juicio negativo sobre la posibilidad de influir en su medio ambiente.
- En el orden emotivo: el depresivo se siente incapaz e impotente frente a la magnitud de las dificultades externas. Cualquier esfuerzo le resulta imposible, tiende a infravalorarse considerándose una

persona inútil, incapaz, sometida al destino y sin posibilidad de afirmarse a sí misma a favor de lo que desea o en contra de lo que rechaza.

- En el orden comportamental: el depresivo es un ser pasivo, sin estímulo para la acción, sin esperanza para emprender ningún proyecto vital, hasta llegar al extremo de renunciar al esfuerzo fundamental de vivir.
- A partir de estos datos, se presenta un problema fundamental: diferenciar entre los adolescentes realmente depresivos y aquellos que en el contexto de su cambiante estado de ánimo presentan episodios pasajeros de abatimiento a modo de exagerada reacción ante frustraciones más o menos triviales.
- Esta medida es importante ya que los jóvenes que deciden experimentar con sustancias presentan un índice significativamente mayor de problemas emocionales. Los índices de ánimo displacenteros se presentan con frecuencia similar entre los experimentadores y entre los usuarios regulares de drogas y entre los monousuarios y poliusuarios. Así, los resultados indican que los jóvenes que experimentan con drogas tienen en conjunto más síntomas asociados con la depresión que aquellos que no usan sustancias (Medina-Mora et al., 1995).

2.2.11. Teorías de la depresión

A. Teorías conductuales de los trastornos depresivos

Charles (1995), la depresión se caracteriza por cambio inesperados, donde la persona no es consciente de sus sentimientos, pensamientos y de su comportamiento llegando a distorsionar la realidad, debido a que las conductas son reforzadas por pérdidas de los estímulos discriminativos como: ruptura de un noviazgo; interés en sus actividades cotidianas, presentando abulia e incapacidad para realizar una nueva tarea; así también la persona presenta pérdida de apetito, de interés en el sexo y aislamiento social, o escapa a estímulos aversivos ocasionando un deterioro tanto personal y social.

B. Teorías del procesamiento de información

Beck (1967), las personas con trastorno depresivo son afectadas en el procesamiento de información donde aparecen sentimientos de tristeza y abatimiento, los cuales pueden ser vistos como normales y se convierten en parte de la vida de las personas, éstos sentimientos se conocen como: triada cognitiva negativa donde abarca una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Por otra parte, para Beck (1967), los síntomas pueden ser afectivos, conductuales, motivacionales, fisiológicos, genéticos, evolutivos, hormonales y psicológicos; así mismo manifestó que la causa de depresión exógena se debe a tres factores los cuales son por creencias, experiencias y sucesos que influyen en su conducta del individuo.

Teasdale (1983), nos dice que en la teoría de la depresión la relación entre emoción y cognición también conocida como hipótesis de la activación diferencial el cual es un modelo vulnerable y estrés, en donde se puede producir un estado depresivo transitorio o leve; Teasdale (1983), explica que ante una experiencia se crea una emoción teniendo como resultado una respuesta automática, éstas emociones se almacena en nuestra memoria como resultado de experiencias tempranas de aprendizaje; así mismo explica que estas experiencias en la tristeza y en la depresión son negativas y que la depresión se da por factores ambientales, biológicos y psicológicos.

C. Teorías Cognitivas Sociales

Seligman (1975), a partir del condicionamiento clásico realizó un estudio en animales y descubrió que estos desarrollaban conductas similares a los de depresión, al cual denominado desamparo o indefensión aprendida; así mismo explica que estas conductas se desarrollan porque no se tiene la esperanza de poder controlar una situación del ambiente en la que encuentra, estos se dan a causa de una historia de fracasos en el manejo de situaciones y el de reforzamiento de la conducta que el sujeto aprende a dirigir el ambiente.

D. Teorías psicodinámicas de los trastornos depresivos

Freud (1917), el individuo con depresión se siente frustrado a causa de reprimir sus deseos libidinales hacia uno de los padres, lo que conlleva a perder interés por el deseo sexual; por otro lado,

también menciona que es normal que un individuo muestre sentimientos de melancolía ante la pérdida de algo o alguien que se ama, así también se puede presentar el duelo, llegando a originar síntomas como: falta de interés por realizar sus actividades diarias, profunda tristeza, pérdida de amor, sentido de la vida, crisis existencial, baja autoestima, y pérdida de la capacidad.

E. La teoría del aprendizaje social

Bandura (1986), todo individuo aprende por la influencia negativa de los compañeros y de los adultos (refuerzo social) los cuales actúan como modelado (imitación). Así mismo los individuos aprenden conductas de personas influyentes en su entorno mediante la imitación, las cuales pueden ser positivas o negativas, enfatizando que las conductas pueden producirse a través de un patrón aprendido y no por criterio propio.

Bandura (1986), en la teoría de socialización y aprendizaje social, menciona que la socialización es un proceso mediante el cual los seres humanos aprenden a pensar, sentir y actuar activamente según la comunidad en que se relacionan, asimismo los individuos son receptores pasivos e influyentes en el proceso de aprendizaje e interiorización.

2.3. Definición de términos

2.3.1. Consumo de alcohol:

Guardia (2000), un conjunto de manifestaciones cognoscitivas, fisiológicas y comportamentales en el cual el consumo de alcohol requiere la máxima prioridad para el individuo en su desarrollo de su vida.

2.3.2. Depresión:

Calderón (1984), es un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza) a menudo acompañado de ansiedad, en el que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío) agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio.

2.3.3. Adolescencia:

Papalia, et al., (2009), describe que la adolescencia es la metamorfosis del desarrollo entre la infancia y la adultez que implica cambios físicos, cognitivos y psicosociales, así mismo en la adolescencia cambia la apariencia de los jóvenes debido a cambios hormonales y pensamiento, son capaces de pensar en de forma hipotética e indeterminada.

2.4. Hipótesis de investigación

2.4.1. Hipótesis General

H_a. Existe relación entre consumo de alcohol y depresión en adolescentes de una Institución Educativa de la ciudad de Cajamarca.

H₀. No existe relación entre consumo de alcohol y depresión en adolescentes de una Institución Educativa de la ciudad de Cajamarca.

2.4.2. Hipótesis Específicos

Existe consumo de alcohol en los estudiantes de una Institución Educativa de la ciudad de Cajamarca, según género.

2.5. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Consumo de Alcohol	Es la ingestión de aquellas bebidas en cuya composición está presente el etanol en forma natural o adquirida, y cuya concentración sea igual o superior a 1 por ciento de su volumen. Bazán (2017)	Consumo de riesgo	Frecuencia de consumo	Test de identificación de trastornos relacionados con el uso del alcohol (AUDIT) 1992
			Cantidad típica	
			Frecuencia del consumo elevado	
		Síntomas de dependencia	Pérdida del control sobre el consumo	
			Aumento de relevancia del consumo	
			Consumo matutino	
			Sentimiento de culpa tras el consumo	
		Consumo perjudicial	Lagunas de memoria	

		Lesiones relacionadas con el consumo
		Otros se preocupan por el consumo
	Síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que	Área afectiva
Depresión	las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la	Área Motivacional
		Tristeza
		Sentimientos de Culpa
		Predisposición para el llanto
		Irritabilidad
		Insatisfacción
		Ideas Suicidas

información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes. Beck (1979)

Área Conductual

Área Físico

Pesimismo Frente al futuro

Sensación de Fracaso

Expectativa de Castigo

Auto disgusto

Indecisión

Auto imagen deformada

Preocupaciones Somáticas

Auto acusaciones

Alejamiento Social Retardo para trabajar

Fatigabilidad

Perdida de sueño

Pérdida de apetito

Pérdida de peso

Perdida de deseo sexual

CAPÍTULO III

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación será de tipo no experimental, donde las variables no serán manipuladas ni controladas, queriendo decir que no existieron estímulos o variables extrañas que alteraron la investigación (Hernández, Fernández y Bautista, 2014).

3.2. Diseño de investigación

El diseño de investigación que se utilizó fue cuantitativo-correlacional porque ayudo a conocer la relación o grado de asociación que existe entre las dos variables, así también permitió la predicción y cuantificación de las variables (Hernández, et al., 2014).

3.3. Población, muestra y unidad de análisis

3.3.1. Población

Estudiantes matriculados en una Institución Educativa de la ciudad de Cajamarca, en el año 2018, siendo un total de 162 estudiantes, 4° y 5° grado de educación secundaria.

3.3.2. Muestra

Para obtener la muestra de investigación, se utilizó el muestreo aleatorio estratificado simple, que consistió en clasificar a todos los elementos de la población en grupos y seleccionar a cada grupo, una muestra aleatoria simple, seleccionando una cierta cantidad de estudiantes de cada grupo (Hernández, et al., 2014).

Esa muestra estará constituida por 130 estudiantes de 4ª y 5ª año de educación secundaria, los cuales son escogidos aleatoriamente, que comprende entre las edades de 14 y 18 años cronológicamente. A continuación, se detalla:

Población	P _h	Q _h	P _h Q _h	P _h Q _h N _h
162	0.5	0.5	0.25	40.50
NIVEL CONFIANZA		Nc	99	
ERROR		DE E	0.05	
MUESTREO				
			Z	2.576

Para hallar la muestra

$$n = \frac{z^2 (p * q)}{e^2 + (\frac{z^2 (p * q)}{N})}$$

Donde:

Tamaño de la Población	N=162		
NIVEL DE CONFIANZA	Nc	99%	Z=2.576
MARGEN DE ERROR	e = 0.05		
proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio	P = 0.5		
proporción de individuos que no poseen esa característica	q = 1-0.5 = 0.5		

$$n = \frac{2.576^2(0.5 * 0.5)}{0.05^2 + (\frac{z^2(0.5 * 0.5)}{162})}$$

$$n = 130$$

Donde se tiene:

Institución educativa	Secciones	Grados	Población	Proporción	Muestra
Institución Educativa de la ciudad de Cajamarca	A	4°	27	0.17	22
	B		26	0.16	21
	C		26	0.16	21
	A	5°	28	0.17	22
	B		27	0.17	22
	C		28	0.17	22
Total			162	1.00	130

3.3.3. Unidad de análisis

Un estudiante matriculado en una institución educativa de la ciudad de Cajamarca, de la de 14 años, de género masculino.

Instrumentos de recolección de datos

FICHA TECNICA N° 1

(AUDIT)

Nombre:	Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso del Alcohol.
Nombre original:	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).
Autores:	Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M.
Año:	1992
Adaptación española:	Rubio, G. (1998).
Tipo de instrumento:	Cuestionario auto administrado o aplicado.
Población:	Varones y mujeres, a partir de los 12 años.
Número de ítems:	10 preguntas
Fiabilidad.	Consistencia interna: 0,80
Validez.	Posee un buen índice de correlación con el MAST ($r = 0,88$) y con índices biológicos como el examen de gamma (GGT) (“r” igual a 0,31 en varones y 0,46 en mujeres). Muestra correlaciones positivas con medidas de factores de riesgo, de consecuencias de la conducta de beber y de actitudes hacia la bebida. Siguiendo los criterios de la OMS sobre problemas relacionados con el consumo de alcohol, si se establece un punto de corte de 11 o más, la sensibilidad es de 0,84 y la

especificidad de 0,71. Un punto de corte de 13 o más proporciona una sensibilidad de 0,7 y una especificidad del 0,78.

Tiempo de aplicación: 2 a 3 minutos.

Momento de aplicación: Exploración inicial, evaluación pre-tratamiento

El Test De Depresión De Beck

Nombre	Inventario de depresión de Beck –II (BDI-II)
Autores	Aarón Beck
Año	1991
Adaptación	Marcelina Rosas UNMSM.
Tipo de instrumento	Es un cuestionario autoaplicado o aplicado.
Edad de aplicación	A partir de los 13 años
Población	Individual o grupal
Número de ítems	21 ítems
Descripción	Psicología clínica, forense y Neuropsicología
Fiabilidad	Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su

administración.

Validez

Muestra una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS.). En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6). Muestra también una buena sensibilidad al cambio, similar o algo inferior a la del HDRS, con una correlación alta con la mejoría clínica evaluada por expertos, tanto en terapias farmacológicas, como psicológicas. Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100 %, especificidad 99 %, valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo negativo 1 (punto de corte de 13). Anteriormente se había estudiado en distintos grupos de pacientes médicos con criterios dispares en cuanto al punto de corte, por lo que los resultados no eran homogéneos.

3.1 .Procedimiento de recolección de datos

En primera instancia, se investigó sobre la problemática de nuestro país, y posteriormente en la ciudad de Cajamarca, donde se encontró que el consumo de alcohol ha incrementado un 40% en menores de 15 años, por otro lado, la depresión desde el mes de agosto del 2017 a marzo del 2018, de 1068 adolescentes de sexo masculino 6 de ellos dieron positivo, y de 1381 adolescentes de sexo femenino 3 dio positivo en el tamizaje de depresión, siendo esto una problemática de salud pública (DIRESA, 2018).

Por estas razones se creyó conveniente estudiar la relación que existe entre la depresión y el consumo de alcohol en estudiantes de una institución educativa de la ciudad de Cajamarca.

Y para finalizar se realizó la búsqueda en libros, revistas en pdf, investigaciones y páginas web.

3.2 .Análisis de datos:

Para el análisis de resultados se utilizó el software estadístico SPSS versión 20, dentro de ellos el análisis de frecuencias y análisis de fiabilidad a través del coeficiente de Spearman.

3.3 .Consideraciones éticas

Tomando en cuenta las normas propuestas por los principios éticos de los psicólogos y código de conducta APA (2010); se informará a los alumnos de la Institución Educativa de la ciudad de Cajamarca, que se estará aplicando dos test

para la recolección de datos que nos ayude a elaborar la investigación; para la cual se considera pertinente utilizar las siguientes normas:

Beneficencia y no maleficencias, los psicólogos se esfuerzan por hacer el bien a aquellos con quienes interactúan profesionalmente y asumen la responsabilidad de no hacer daño.

Así mismo la integridad, los psicólogos buscan promover la exactitud, honestidad y veracidad en la ciencia y práctica de la psicología.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4. 1. Análisis de resultados

Tabla 1

Relación entre consumo de alcohol y depresión en adolescentes de una institución educativa de la ciudad de Cajamarca.

		Consumo de alcohol	Nivel de depresión	
Rho de Spearman	Consumo de alcohol	Coeficiente de correlación	1,000	0,081
		Sig. (bilateral)	.	0,360
		N	130	130
	Nivel de depresión	Coeficiente de correlación	0,081	1,000
		Sig. (bilateral)	0,360	.
		N	130	130

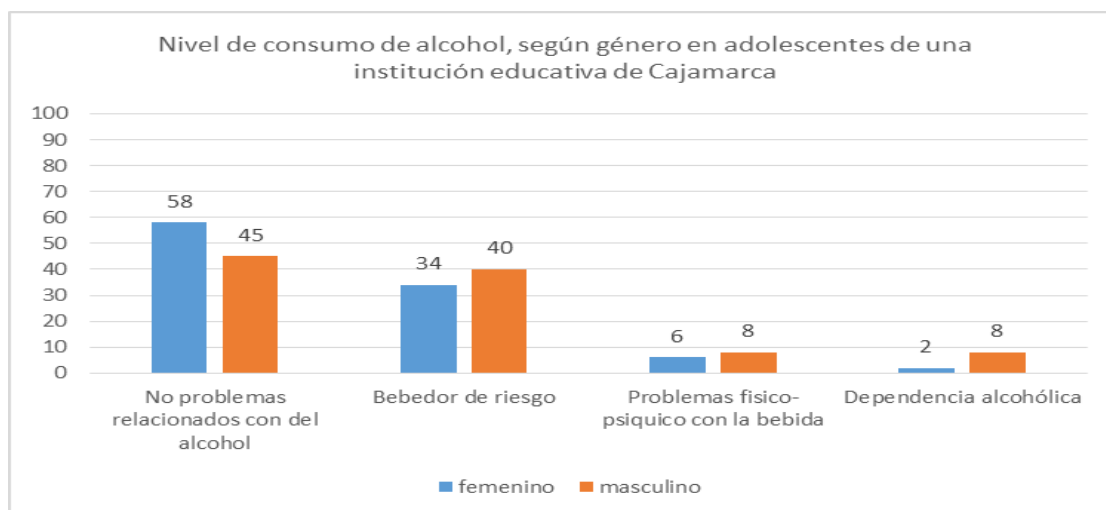
En la tabla 1 se evidencia la correlación entre consumo de alcohol y depresión en adolescentes de una institución educativa de la ciudad de Cajamarca, donde se obtuvo una significativa menor al 0,05 requerido, siendo este de 0,360; demostrando que no existe una relación significativa entre las dos variables.

Tabla 2

Nivel de consumo de alcohol, según género en adolescentes de una institución educativa de la ciudad de Cajamarca.

Consumo de alcohol	Género			
	Femenino	%	Masculino	%
No tiene problemas relacionados con del alcohol	38	58	29	45
Bebedor de riesgo	22	34	26	40
Problemas físico – psíquico con la bebida	4	6	5	8
Dependencia alcohólica	1	2	5	8
Total	65	100	65	100

Figura 1



Según la figura 1, respecto al consumo de alcohol según género, encontramos que en el sexo femenino 58% de las adolescentes no tienen problemas relacionados con el alcohol, mientras que el sexo masculino son 45% adolescentes; por otro lado 40% en

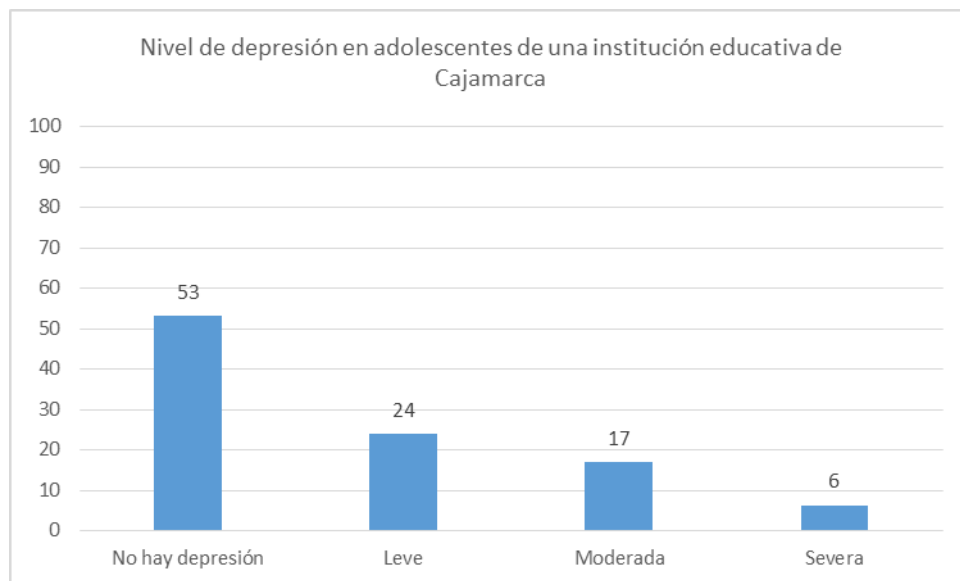
adolescentes de sexo masculino son bebedores en riesgo, y en el sexo femenino son 34%; en cuanto al nivel de problemas físico-psíquico con la bebida 8% son de sexo masculino y 6% del sexo femenino; finalmente en el nivel de dependencia alcohólica 8% son de sexo masculino y 2% del sexo femenino.

Tabla 3

Nivel de depresión en adolescentes de una institución educativa de la ciudad de Cajamarca.

Niveles de depresión	F	%
No hay depresión	69	53,1%
Leve	31	23,8%
Moderada	22	16,9%
Severa	8	6,2%
Total	130	100%

Figura 2



Según la figura 2, nos muestra que el 53,1% no hay depresión; el 23,8% presenta depresión leve; el 16,9% manifiesta depresión moderada; finalmente el 6,2% tiene depresión severa.

4. 2. Discusión de resultados

En primer lugar, con respecto al objetivo general que es determinar la relación entre consumo de alcohol y depresión en adolescentes de una institución educativa de la ciudad de Cajamarca, no se encontró relación entre las variables, porque se obtuvo una significancia de 0.360, y lo requerido es menor o igual al 0.05; esto se evidencia con lo que menciona Calderón (1984), que la depresión no siempre se relaciona con el consumo de alcohol, sino por el contrario puede ser por causas genéticas, psicológicas y sociales. En cuanto al consumo de alcohol, Belloch, Sandín y Ramos (1997), refieren que el consumo de alcohol es sin duda una conducta aprendida, y factores ambientales los cuales deben tener un importante papel, independientemente de cuales sean los factores biológicos que influyan al desarrollo del alcoholismo. Al no encontrar en la institución consumo de alcohol y depresión en la mayoría de sus estudiantes, los resultados obtenidos ayudan a las diferentes entidades y/o profesionales para estar informados que el consumo de alcohol no siempre se relaciona con la depresión y viceversa.

A continuación, en el consumo de alcohol según género, se observa que el 58% de adolescentes de sexo femenino no presentan problemas relacionados al alcohol y en el sexo masculino es de 45% adolescentes; lo que indica que el sexo masculino consume alcohol más que el sexo femenino; siendo corroborado por Colqui y Ortega (2015), quienes manifiestan que la prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de género masculino es mayor que la del género femenino, pero esto no implica que el problema sea pequeño en ellas, pues la trascendencia de su papel en la familia trae

probablemente consecuencias más negativas a la sociedad y a los daños en su organismo pues ser mayores por ser más vulnerable, y en los varones estaría relacionado por el machismo y necesitarían afirmar su identidad masculina consumiendo sustancias relacionadas con las conductas prohibidas.

Finalmente, en los niveles de depresión, 53,1% adolescentes no presentan depresión, 23,8% adolescentes tienen depresión leve, 16,9% depresión moderado y 6,2% depresión severa; encontrando que la mayoría no presenta depresión, pero existe una cantidad que debe ser considerada; a lo que Beck (1960), menciona que la depresión es a causa de tres factores como los sucesos que influyen en la conducta del individuo, creencias y experiencias.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

- No existe relación entre consumo de alcohol y depresión en los adolescentes de la Institución Educativa de la ciudad de Cajamarca. Esto demuestra que el consumo de alcohol no influye con la depresión; indicando además que el apoyo de los padres y/o persona favorecen al bienestar del adolescente y según Calderón, (1984) que la depresión no siempre se relaciona con el consumo de alcohol, sino por el contrario puede ser por causas genéticas, psicológicas y sociales; además de ello, esta investigación aporta para conocer que la depresión no siempre se relaciona directamente con el consumo de alcohol.
- En el nivel de consumo de alcohol por edad, revela que gran parte de los adolescentes de la edad de 16 años no presentan problemas relacionados con el alcohol; lo que indica que algunos adolescentes aún no han comenzado a consumir alcohol según nuestra cultura.
- En el nivel de consumo de alcohol según género, se observa que el porcentaje de no presentar problemas relacionados con el alcohol es más alto en las adolescentes del género femenino que en el masculino, lo cual muestra que el género masculino tiene a consumir más alcohol que el femenino, esto es por nuestra cultura machista.
- En el nivel de depresión, se obtuvo que la mayoría de adolescentes no presentan depresión; lo cual manifiesta que muestran estabilidad emocional. Esto es importante porque nuestros adolescentes manejan algunas habilidades para afrontar situaciones de frustración como el dialogo con amigos, amigas y sus padres.

5.2. Recomendaciones

- Sería importante que para las siguientes investigaciones acerca de estas variables, se indague más sobre este tema; así mismo realizar en otros colegios de la ciudad de Cajamarca evaluaciones para comparaciones entre instituciones y/o resultados.
- Se propone a los psicólogos que sigan promoviendo la prevención y tratamiento en los adolescentes de la ciudad de Cajamarca; así mismo brindar información sobre el consumo de alcohol y depresión; puesto que al estar informado sobre estos temas sabrán qué hacer si se presentará el caso, y a la vez incorporar a los docentes y padres en dicha información.
- Se recomienda a los directivos de la Institución de la ciudad de Cajamarca, que instalen un consultorio psicológico para la atención de los adolescentes, docentes y padres de familia, con el propósito de brindar bienestar psicológico y socioemocional en los adolescentes promoviendo la participación de todos, de esta manera obtener mejor calidad de vida.

REFERENCIAS

- Alcántara, T. y Cieza, M. (2016). *Nivel de dependencia de alcohol en estudiantes universitarios de la ciudad de Cajamarca* (Tesis pregrado). Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, Cajamarca.
- Arieti, S. (1990). *Psicoterapia de la depresión*. México: Paidós.
- Aycardo, Moreno y De León (2006). *Depresión, Adolescente y Familia*. México. Universidad Autónoma de México-Facultad de Psicología.
- Bandura, A. (1986). *Fundamentos sociales del pensamiento y la acción: una teoría sociocognitiva*. Barcelona. Prentice Hall.
- Beck, A. (1967). *Depresión: clínica, experimental y terapéutica*. Nueva York. Harper and Row.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). *Desarrollo y curso evolutivo del alcoholismo*: En C. Aragón y M. Miquel (Eds.), *Manual de psicopatología*. (pp.473) Volumen 1. Madrid. Ediciones Isabel Capella.
- Boden, J. y Ferguson, D., (2010). *El alcohol y la depresión*, Recuperado de https://contenidos.ceoe.es/PRL/var/pool/pdf/cms_content_documents-file-768-articulo-alcoholismo-y-depresion.pdf
- Boscolo, L. (1998). *La terapia familiar en transformación*. Buenos Aires, Edit. Mony Claim. 1998.
- Calderón, G. (1984). *Causas de la depresión, Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento*. México. Trillas. S.A. de C.V.

- Cerna, I. (2015). *Estudio comparativo de la prevalencia de la depresión en estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate. Rev Psicol Hered. 10 (1-2), 2015*. Ex – alumna de la Facultad de Psicología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima.
- Colqui, M. y Ortega, A., (2015). Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las Instituciones Educativas Estatales, distrito de Ventanilla. Recuperado de 28 de marzo del 2019.
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2687/2563>
- Conger, J. (1980). *Adolescencia: generación presionada*. México: Harper y Row. Latinoamericana, S.A. de C.V.
- Craig, G. y Baucum, D. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson Educación.
- Craig, G. y Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico*. (9na edición). México: Pearson
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras. Aspectos terapéuticos*. Ed. Madrid. Panamericana.
- Dallal, E. (2000). *Depresión el Adolescente*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Delgado, C. (2014). *Prevalencias el consumo de alcohol en adolescentes del centro poblado de Cuyumalca 2014*. (Tesis pregrado). Universidad Nacional de Cajamarca.

Dirección Regional de Salud [DIRESA] (2018), *Oficina Dirección de Servicios de Salud*.

Duran, N. y Mora, R. (2016). *Niveles de Depresión y Factores de Riesgo en adolescentes de casa de acogida, Cuenca 2016* (Tesis Pregrado). Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas carrera de Enfermería, Ecuador.

Escobar, R. (1992). *El crimen de la droga*. Buenos Aires, Edit. Universidad, 1992.

Fernández, F. (1997). *Nuevas aportaciones sobre la depresión*. Barcelona: Editorial Edika Med.

Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Fidel de Garza (2001). *Armando la Juventud y las drogas*. Monterrey, Editorial Trillas, 2001.

Gálvez, R. y Alva, R. (2016). *Depresión y factores demográficos en escolares de una Institución Educativa Estatal de Cajamarca* (Tesis pregrado). Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Cajamarca.

García, R. (2002). *La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México* (Tesis pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Garza, F. (2004). *Depresión, Angustia y Bipolaridad: Guía para pacientes y familiares*. México: Editorial Trillas.

- Gómez, D. Gutiérrez, H. y Londoño, S. (2013). *Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v7n1/v7n1a05.pdf>.
- González, C. y Medina, M. (1998). *Intento de suicidio en estudiantes e la ciudad de Pachuca, Hidalgo y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias*. Revista Mexicana de Psicología.
- Guardia, J. (2000). *Alcoholismo* (2ª edición). Socdrogaconol: Trada.
- Guía de Consulta de los Criterios Diagnostico del DSM V (2014). Trastornos depresivos (103). (pp. XVI).
- Haye, T. y Salesman, E. (1997). *¿Cómo vencer la depresión?* Perú: Editorial Salesiana.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México. Mcgraw-HILL/Interamericana Editores, S.S. DE C.V.
- Jadan, L. (2017). *Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja* (Tesis pregrado). Universidad Nacional de Loja Facultad de Salud Humana Carrera de Medicina, Ecuador.
- Johnson, J. (2001). *Terapia familiar de los trastornos neuroconductuales*. Bilbao, Editorial Desclee, 2001.
- León, J. y Barriga, S. (1998) *Psicología social: Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos: socialización y aprendizaje social*. España. Editorial Mc Graw Hill.

- León, J. y Barriga, S. (1998). *Psicología social: orientaciones teóricas y ejercicios prácticos: socialización como aprendizaje de secuencias de comportamiento*. España. Editorial Mc Graw Hill.
- Martín, M. (1989). *Depresión y autoestima*. En A. Ledesma y L. Melero (comp.). *Estudios sobre las depresiones*. España: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Martín, M. (1989). *Depresión y autoestima*. España: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Medina y Juárez, F. (1995). *Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos*. Gaceta Médica de México.
- Medina, (1995). *Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos*. Gaceta Médica de México, 131, 4, 383-393.
- Musacchio, A. (1992). *Drogadicción*. Argentina: Paidós.
- Nathan, P. y Salkind, J. (1999). *Tratamiento de trastornos mentales, una guía de Tratamiento que funcione*. Madrid: Alianza Editorial.S.A.
- Navarro, J. y Calderón, G. (2017). *La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática*. Recuperado el 18 de enero del 2019 de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272017000100005
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012).

- Papalia, D. y Wendros, S. (1982). *Psicología del desarrollo: Adolescencia una transición en el desarrollo*. Colombia. Editorial Emma Ariza Herrera.
- Philip, F. (1999). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Novena Edición: visión psicosocial sobre la adolescencia: Teoría del campo. Madrid. Editorial Isabel Capella.
- Philip, F. (1999). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Novena edición: teorías sobre el problema de la bebida. Madrid. Editorial Isabel Capella.
- Philip, F. (1999). *Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura*. Novena Edición: Visión psicosocial sobre la adolescencia: identidad del yo. Madrid. Editorial Isabel Capella.
- Quispe, D. (2017). Prevalencia de Consumo de Alcohol en estudiantes de Educación Secundaria de la Ciudad De Cajamarca”. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología. Cajamarca.
- Rita, N. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Prentice-Hall.
- Sánchez, H. (2006). *Metodología y diseño en investigación científica*. Editorial Visión Universitaria. Lima-Perú.
- Sopena y Casas. (2006). *Enciclopedia de la Psicología*. España. Editorial Océano.
- Seligman, M. (1975). *Ausencia: sobre la depresión, el desarrollo y la muerte*. Madrid. Editorial Debate.

- Teasdale, J. (1983). *Pensamiento negativo en la depresión; causa, efecto o relación recíproca: avances en la investigación del comportamiento y la terapia*. Barcelona. MacMillan.
- Telumbre, J. y Sánchez, B. (2015). *Consumo de Alcohol en adolescentes del estado de Guerrero, México*, 86. Recuperado el 20 de enero del 2019. <https://www.redalyc.org/html/839/83938758008/>
- Vicente, B. (1999). *Programa de Salud Mental*. Chile: Programa de Salud Mental. Zon, M. (2009). *¿Qué es la Depresión?: Guía para pacientes y familiares*. Buenos Aires: Editorial Lumen.

LISTA DE ABREVIATURA

- DIRESA: Dirección Regional de Salud
- DSM: Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales
- OMS: Organización Mundial de la Salud

GLOSARIO

- **Aleatoriamente:** Es asignar los sujetos a grupos diferentes de modo que cada uno de ellos tenga la misma posibilidad de ser asignado a cualquier grupo.
- **Prevalencia:** en la proporción de individuos de un grupo o población que presentan características determinada en momento o en un periodo determinado.
- **Oscila:** es la variación, perturbación o fluctuación en el tiempo de un medio o sistema.
- **Abstinencia:** el síndrome de abstinencia es la unión de reacciones físicas o corporales de ocurren cuando una persona deja de consumir sustancias a la que es adicto.
- **Benzodiacepina:** medicamento inhibidor de la ansiedad que se emplea en el tratamiento de ciertas neurosis obsesivas.
- **Inhibición:** en psicología, es aplicable a aquellas conductas, que dejan de aparecer en forma permanente o transitoria, luego de ser automatizadas o aprendidas por el individuo.
- **Desregulación:** es la alteración de la regulación y reactividad emocional.
- **Hipomaniaco:** es un periodo delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistente elevado, expansivo o irritable que dura al menos 4 días.
- **Abulia:** falta de voluntad o de energía para hacer algo o para moverse.
- **Aversiones:** es un rechazo o repugnancia hacia algo o alguien.

- **Depresión** Exógena: es aquella que nace como consecuencia de un factor externo.

ANEXOS

ANEXO A

Confiabilidad

Cuestionario Depresión

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,878	21

Cuestionario Consumo de Alcohol

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,802	10

ANEXO B

TEST AUDIT

1. ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0. Una o 2 1. Tres o 4 2. De 7 a 9 3. Diez a más
3. ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente

	3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
4. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. A diario o casi a diario
5. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
6. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes

	2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
7. ¿con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
8. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario a casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado heridos porque usted había bebido?	0. No 2. Sí, pero no en el

	curso del último 4.Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le dan sugerido que deje de beber?	0. No 2.Sí, pero no en el curso del último año 4.Sí, el último año

ANEXO C

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Instrucciones: este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente el enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambio en el apetito).

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo.

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de la que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de culpa

0 No me siento particularmente culpable

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo

3 Me siento culpable todo el tiempo

6. Sentimientos de castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado

2 Espero ser castigado

3 Siento que estoy siendo castigado

7. Disconformidad con uno mismo

0 siento acerca de mí lo mismo que siempre

1 He perdido la confianza en mí mismo

2 Estoy decepcionado conmigo mismo

3 No me gusto a mí mismo

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo adecuado

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

9. Pensamientos o deseos suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamiento de matarme, pero no lo haría.

2 Querría matarme.

3 me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo.

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

0 no he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucho más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso.

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarlo.

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1 Tengo menos energía que la que solía tener.

2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.

3 No tengo energía para hacer nada

16. Cambios en los hábitos de sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a Duermo un poco más que lo habitual.

1b Duermo un poco menos que lo habitual.

2ª Duermo mucho más que lo habitual.

2b Duermo mucho menos que lo habitual.

3ª Duermo la mayor parte del día.

3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable⁴ que lo habitual

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambio en el apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a Mi apetito es un poco menor que lo habitual

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual

2^a Mi apetito es mucho menor que antes

2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a No tengo apetito en absoluto.

3b Quiero comer todo el día.

19. Dificultad en la concentración

0 Puedo concentrarme también como siempre.

1 No puedo concentrarme también como habitualmente.

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer mucha de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

ANEXO D

CONSENTIMIENTO DE PADRE/ MADRE

Estimado padre o madre: Somos egresadas de la carrera profesional de Psicología de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo (UPAGU); y estamos llevando a cabo una investigación sobre “Consumo de alcohol y depresión en adolescentes de 14 a 18 años de una institución educativa de Cajamarca”; como requisito para obtener la Licenciatura en Psicología. El objetivo del estudio es determinar la relación entre el consumo de alcohol y las dimensiones de depresión en los adolescentes, para ello solicitamos su autorización para que su hijo(a) participe voluntariamente en dicha investigación.

El estudio consiste en llenar dos cuestionarios, uno de 21 preguntas y otro de 10 preguntas, que le tomará contestarlo aproximadamente en 20 minutos. El proceso será estrictamente confidencial y el nombre no será utilizado. La participación o no participación en la investigación no afectara en la nota del estudiante.

La participación es voluntaria. Usted y su hijo (a) tienen el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. La investigación no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. No recibirá ninguna recompensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la dirección de la institución educativa si así desea solicitarlo. Si tiene alguna pregunta sobre este estudio se puede comunicar con: Bachiller en Psicología Milagros Liliana, Vigo Fernández al 976133322 o Bachiller en Psicología Yuliana, León Alva al 975019574.

Si desea que su hijo participe favor de llenar el talonario de autorización y devolver a la maestra del estudiante.

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito teniendo en claro los puntos mencionados, por lo cual voluntariamente doy mi consentimiento para mi

hijo(a):.....

Participe en el estudio “Consumo de alcohol y depresión en adolescentes de una institución educativa de Cajamarca”.

.....

Padre/ Madre

.....

Fecha

ANEXO E

CARTA DE ASENTIMIENTO

Los estudiantes de la Institución Educativa Estatal de la ciudad de Cajamarca de 4° Y 5° grado de educación secundaria, estamos de acuerdo en participar en las actividades que realizarán las egresadas de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, de la Facultad de Psicología.

Estamos informados que se llenará dos cuestionarios, el primero AUDIT (10 preguntas) e Inventario de Depresión de Beck (21 preguntas); el objetivo es obtener información en relación al consumo de alcohol y depresión.

Nuestra decisión es completamente voluntaria, no habrá ninguna consecuencia que dañe a nuestra persona, o realizaremos ningún gasto ni recibiremos ningún pago por nuestra participación.

N°	Apellidos y Nombres	Firma
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		

08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		

27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		