

Relación entre consumo de spa y la ideación suicida

Ana Maryory Castaño Álvarez

María Fernanda Gaviria Puerta

Natalia Vásquez Torres

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Sede virtual y a distancia

programa de Psicología

Buga, valle, Colombia

año 2021

Relación entre consumo de spa y la ideación suicida

Ana Maryory Castaño Álvarez

María Fernanda Gaviria Puerta

Natalia Vásquez Torres

Documento resultado de trabajo de grado para optar el
título de Psicólogo

Director: José Álvaro Cruz Jaramillo

Psicólogo, Magister en Administración

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Sede virtual y a distancia

programa de Psicología

Buga, valle, Colombia

año 2021

PÁGINA DEDICATORIA

“Si me caí, es porque estaba caminando,

Y caminar vale la pena, aunque te caigas”.

E. Galeano.

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador de nuestras metas, por brindarnos sabiduría, perseverancia, responsabilidad y amor en este proceso de aprendizaje para la culminación de nuestra profesión como psicólogas.

A nuestros padres, por el ejemplo de honradez, sacrificio, gratitud, amor al esfuerzo intelectual y por el valoroso apoyo en momentos difíciles; a nuestros hermanos por el amor incondicional y a nuestra familia por darnos felicidad porque con sus oraciones, consejos y palabras nos hicieron dar motivación con nuestros sueños y metas.

Y a todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

PÁGINA DE AGRADECIMIENTO

Aprovechamos la oportunidad de tener este espacio en nuestro trabajo de grado, para dar agradecimiento y reconocimiento a todos aquellos que nos acompañaron a lo largo de este camino, nos alentaron en este proceso formativo como profesionales haciendo posible que nuestro sueño se hiciera realidad.

A nuestros compañeros de estudio y colegas que nos han ayudado durante este proceso de investigación y redacción en nuestro trabajo. A nuestro asesor de grado José Álvaro Cruz Jaramillo por las correcciones y orientaciones que nos brindó en cada espacio académico, por el grado de paciencia, responsabilidad, honestidad y gratitud como estudiantes.

Agradecemos a la Institución Educativa Jovita Santacoloma del corregimiento de Nariño del municipio de Tuluá Valle por brindarnos el apoyo incondicional gracias al comité interdisciplinario y a los estudiantes del grado décimo y once por colaborarnos con la investigación.

Finalmente, a la Universidad Uniminuto de Dios por ser nuestro pilar de conocimiento que fuimos adquiriendo durante estos cinco años los cuales nos prepararon como profesionales en psicología.

TABLA DE CONTENIDO

PÁGINA DEDICATORIA.....	3
PÁGINA DE AGRADECIMIENTO.....	4
TABLA DE CONTENIDO	5
INDICE DE TABLAS.....	7
Resumen	9
Abstract.....	10
Introducción	11
Planteamiento del Problema.....	12
Pregunta de Investigación	15
Objetivos	15
Objetivo General.....	15
Objetivos Específicos.....	15
Justificación	16
Hipótesis.....	18
Estado del Arte	18
Marco teórico.....	23
Desarrollo adolescente	23
Pensamiento y razonamiento en la adolescencia	26
Influencias contextuales durante la adolescencia	28
Salud mental durante la adolescencia	29
Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) en adolescentes.....	32
Evolución del consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) en adolescentes.	34

Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) y salud mental	35
Tendencias suicidas, consumo de drogas y salud mental	36
Marco conceptual.	40
Marco político y legal	43
Metodología.....	44
Tipo de investigación y enfoque.....	44
Variables	45
Población y muestra.....	47
Instrumentos de recolección de datos.....	47
Técnicas de análisis.....	49
Procedimiento y materiales	50
Resultados.....	51
Consumo de SPA.....	51
Ideación suicida	54
Análisis correlativo	55
Discusión	57
Conclusiones	62
Recomendaciones	63
Limitaciones	64
Referencias Bibliográficas	65
Anexos.....	73
Escala de clasificación de gravedad del suicidio de Columbia (C-SSRS.....	73

INDICE DE TABLAS

Tabla 2 Variables y subcategorías 2021.....	45
Tabla 3.....	54
Tabla 4.....	56

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfica 1	51
Gráfica 2	53
Gráfica 3	61

Resumen

En el trabajo investigativo se abordó la problemática del Consumo de SPA y la Ideación suicida en adolescentes del grado 10 y 11 de la Institución Educativa Jovita SantaColoma del corregimiento de Nariño, Tuluá Valle, con una muestra de 46 estudiantes.

En primera instancia, se les realizó el consentimiento informado para los estudiantes del colegio de Jovita Santacoloma, luego se le entregó a cada alumno la prueba de detección del consumo del alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) de manera online y también se les aplicó la Escala de calificación de gravedad del suicidio de Columbia (C-SSRS) previo a capacitación de los investigadores, anonimato y voluntariedad en la muestra.

Se utilizó una metodología mixta, abordaba desde un enfoque de la teoría cognitivo-conductual y metodológico de tipo correlativo. La recolección de datos fue realizada en el primer semestre del año 2021. Posteriormente, los datos fueron procesados y analizados mediante el programa estadístico Excel. Como resultados se obtuvo que en el test ASSIST, el 96% de los participantes del estudio reportó que no ha consumido cigarrillos ni derivados del tabaco. Sin embargo, el 43% reportó el consumo de bebidas alcohólicas tales como cerveza, vino y otros licores.

En el caso de la ideación suicida el 6% de la muestra afirmó haber tenido pensamientos generales y el 10% de los participantes reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación.

Palabras Clave: Ideación suicida, consumo de SPA, riesgo, muerte, vulnerabilidad.

Abstract

In the research work, the issue of SPA Consumption and Suicidal Ideation in adolescents of grade 10 and 11 of the Jovita Santa Coloma Educational Institution of the village of Nariño, Tuluá Valle, was addressed with a sample of 46 students.

In the first instance, the informed consent form for the students of Jovita Santacoloma's school was completed, then each student was given the online alcohol, tobacco and substance abuse screening test (ASSIST) and the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) was administered to them prior to the training of the researchers, anonymity and voluntariness of the sample.

A mixed methodology was used, approached from a cognitive-behavioral theory and a correlative methodological approach. The data collection was carried out in the first semester of the year 2021. Subsequently, the data were processed and analyzed using the Excel statistical program. As results, it was obtained that in the ASSIST test, 96% of the study participants reported that they had not consumed cigarettes or tobacco derivatives. However, 43% reported the consumption of alcoholic beverages such as beer, wine, and other spirits.

In the case of suicidal ideation, 6% of the sample stated that they had had general thoughts and 10% of the participants acknowledged having suicidal thoughts and had thought of at least one method during the evaluation period.

Key Words: Suicidal ideation, SPA consumption, risk, death, vulnerability

Introducción

El presente trabajo tiene como objeto de estudio indagar las problemáticas del consumo de SPA y la ideación suicida en los estudiantes del grado 10 y 11 de la Institución Educativa Jovita SantaColoma del corregimiento de Nariño del municipio de Tuluá Valle.

El interés por el consumo de Spa en los adolescentes desencadena desequilibrios a nivel mental y comportamental por lo que en muchas ocasiones presentan ideaciones suicidas, de esta manera, es importante indagar las variables, las causas y los efectos que afectan la salud física, mental y emocional del estudiante.

Estas dos variables de estudios son fenómenos complejos, en el que intervienen factores físicos, mentales y psicosociales. En la primera, los adolescentes son vulnerables a los efectos del consumo de sustancias y corren un mayor riesgo de desarrollar consecuencias a largo plazo, como trastornos de salud mental, bajo rendimiento en la escuela y trastorno por consumo de sustancias, de esta manera los adolescentes consumen regularmente el alcohol, marihuana, nicotina u otras drogas durante esa etapa de desarrollo (Manuales MSD, s. f.). Y en la segunda, en la ideación suicida surgen pensamientos y planes de suicidio, siendo estos actos auto lesivos que podrían provocar la muerte (Manuales MSD, 2019).

Cabe resaltar que, el tipo de investigación es un enfoque cognitivo-conductual con un diseño tipo correlativo utilizando una metodología mixta. Ahora bien, la investigación correlacional es un tipo de investigación no experimental en la que los investigadores miden dos variables y establecen una relación estadística entre las mismas (correlación), sin necesidad de incluir variables externas para llegar a conclusiones relevantes.

Cabe resaltar, que los instrumentos ejecutados en el trabajo investigativo como la prueba de detección del consumo del alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) y la Escala de

calificación de gravedad del suicidio de Columbia (C-SSRS) cuentan con validez y confiabilidad identificados en la aplicación de otras investigaciones que obtuvieron resultados pertinentes y exitosos.

Ahora bien, en la presente investigación se identifica una correlación entre los sujetos de estudio como lo es la variable independiente del Consumo de SPA y la variable dependiente de la ideación suicida donde más adelante se profundizará sobre el tema.

Planteamiento del Problema

En el estudio de Núñez (1998) el consumo de sustancias psicoactivas se remonta a miles de años en la historia. Su ingestión, ritual o para otros fines, como mitigar el hambre y la sed, encontrar el valor para el combate o acceder a paraísos artificiales, se acostumbró por indígenas de numerosas y alejadas regiones de los distintos continentes (pág. 1).

El consumo de sustancias psicoactivas en Colombia es un problema crítico, no solo por el aumento sistemático que señalan los estudios disponibles, sino porque sus características lo hacen un asunto complejo con serias repercusiones en la salud pública y en lo social, el consumo de drogas ilícitas está creciendo en el país no solo porque más personas las consumen sino porque el mercado de sustancias es cada vez más amplio y diverso. Es importante reconocer que muchas personas usan drogas (Varengo, 2016).

Se han encontrado antecedentes, de estudios e investigaciones que dan cuenta la relevancia de las ideas suicidas en adolescentes como una problemática que va en aumento en nuestra sociedad. Antecedentes que demuestran lo fundamental de poder evaluar y detectar estas ideas a tiempo, y poder intervenir adecuadamente en el caso de ser necesario, antes que el joven lleve a cabo las ideas suicidas, (Varengo, 2016).

Según en el estudio encontrado por J. Varengo (2016) en una investigación realizada en Medellín, Colombia: “Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio”, refieren que la OMS (Organización Mundial de la Salud), reporta que existen alrededor de un millón de suicidios al año en todo el mundo, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos, y que los jóvenes de 15 a 24 años son los grupos poblacionales de mayor riesgo suicida en el continente americano.

Con base a lo anterior se puede analizar que la población más afectada por el consumo de SPA son los adolescentes por causa de problemáticas psicoafectivas que les puede suceder a nivel personal, familiar o social. Por otro lado, existen los problemas de salud mental debido a la drogodependencia, esto se debe a que ciertas sustancias psicoactivas pueden causar una adicción en personas que experimentan uno o más síntomas de un problema de salud mental, entre esas afecciones se encuentran la depresión, los trastornos de ansiedad, la esquizofrenia y los trastornos de la personalidad (Mental Health, 2019).

Según el Boletín Epidemiológico Semanal (2020) se presenta una reducción en la incidencia del Intento del suicidio a nivel nacional a partir de la semana 12 del 2020, lo que coincide con las medidas de aislamiento preventivo por COVID-19 en todo el territorio. En ambos sexos se presenta reducción en la tasa de intento de suicidio en la población menor de 19 años, y aumentó los grupos de 40 a 44 años de edad. Los factores de riesgo, los factores desencadenantes y los mecanismos predominantes del intento de suicidio se comportan de la misma forma que durante el año anterior. La intoxicación por medicamentos y plaguicidas son el mecanismo y las sustancias implicadas de mayor uso en los casos de intento de suicidio.

De acuerdo a lo anterior, esta investigación va dirigida a la población estudiantil de los grados decimos y onces de la IE. Jovita Santacoloma del corregimiento de Nariño de Tuluá

Valle. En esta misma institución se han realizado análisis exploratorios en el contexto educativo donde se han presentado problemas generados por el consumo de SPA los cuales han desencadenado posibles enfermedades a nivel mental.

Estos análisis exploratorios han encontrado una relación entre la salud mental y el uso de SPA. En cuanto a la I.E Jovita Santacoloma, varios de los docentes han remitido al equipo psicosocial algunos casos de estudiantes por consumo e ideación suicida identificados por medio de interacciones pedagógicas, por lo que se han detectado que estos alumnos presentan bajo nivel de concentración y ansiedad generalizada, situaciones al parecer vinculadas con el uso de psicoactivos. Es importante aclarar que en el corregimiento de Nariño y la I.E Jovita Santacoloma en el municipio de Tuluá Valle, probablemente existan casos de intentos suicidios o suicidios consumados, pero no se logra acceder fácilmente a estos registros por parte del DANE y la fiscalía siendo casos confidenciales.

Esta investigación se realiza desde el enfoque cognitivo-conductual, donde se pretende desarrollar un análisis de tipo correlativo acerca del uso de SPA y la ideación suicida en la Institución Educativa. Los resultados dirigidos a la población adolescente de la presente investigación facilitarán el desarrollo de actividades de promoción y prevención para concientizarlos de los riesgos ocasionados por consumo de sustancias psicoactivas y a las enfermedades mentales que pueden generar, de tal manera que se busca generar un impacto positivo en la mejora de la calidad de vida de los estudiantes.

También se pretende estudiar los factores protectores y los factores de riesgo en los alumnos e identificar cuantos de la población elegida han consumido sustancias alucinógenas por lo menos una o más veces. Se busca fortalecer los procesos formativos para la prevención del consumo de SPA y la ideación suicida por medio del acompañamiento del comité interdisciplinario de la institución.

Finalmente, los docentes y la comunidad del contexto educativo han detectado en la Institución debilidades en el ambiente escolar, donde uno de los factores de mayor influencia y que cobra suma relevancia en el actual ejercicio de análisis, resultó ser el porte y consumo de sustancias psicoactivas y la ideación suicida, problema que afecta considerablemente la convivencia escolar en le IE.

De esta manera, la identificación temprana de los adolescentes que se encuentran en esta situación de vulnerabilidad, más el acompañamiento de las instituciones, el familiar y el profesional, son claves para poder disminuir estos factores riesgo en el consumo de SPA y la ideación suicida en los estudiantes de la IE. Jovita Santacoloma por medio de los resultados que se obtendrán a través de la investigación.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre consumo de SPA y la ideación suicida en estudiantes de Jovita Santacoloma del corregimiento de Nariño en Tuluá Valle?

Objetivos

Objetivo General

Identificar la relación entre consumo de SPA y la ideación suicida en estudiantes de Jovita Santacoloma del corregimiento de Nariño en Tuluá Valle.

Objetivos Específicos

Identificar los aspectos relevantes del consumo de SPA a través de la aplicación del Instrumento de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en los

estudiantes de décimo y undécimo grado de la IE. Jovita Santacoloma del corregimiento de Nariño en Tuluá Valle.

Evaluar el nivel de ideación suicida a través de la aplicación del Instrumento de la Escala de calificación de gravedad del suicidio de Columbia (C-SSRS) en los estudiantes de décimo y undécimo grado de la IE. Jovita Santacoloma del corregimiento de Nariño en Tuluá Valle.

Correlacionar los factores del consumo de sustancias psicoactivas con la ideación suicida en los estudiantes de décimo y undécimo grado de la IE. Jovita Santacoloma del corregimiento de Nariño en Tuluá Valle.

Justificación

El uso de sustancias adictivas durante la adolescencia interfiere con el desarrollo del cerebro y aumenta el riesgo de enfermedades graves y de salud mental, incluida la adicción (Winters & Arria, 2011). Sin embargo, los adolescentes viven en una cultura de influencias familiares, sociales, comunitarias y además los medios de comunicación distorsionan la información con mensajes a favor del consumo de SPA, creando un entorno en el que el abuso de sustancias se considera un comportamiento esperado, en lugar de un riesgo considerable para la salud.

En este sentido, si bien resulta valioso identificar las complejidades involucradas en la evaluación e intervención de los jóvenes con trastornos por abuso de sustancias, es importante comprender las perspectivas sobre sus dificultades y motivaciones para cambiar su comportamiento, además de prevenir situaciones como el suicidio para permitir que las sociedades implementen estrategias de prevención relevantes, reduciendo las muertes

prematuras por lo cual es necesario un mayor conocimiento sobre los patrones relacionados con el abuso de sustancias.

El suicidio también es considerado un problema de salud pública. En Colombia las cifras del Instituto Nacional de Salud (INS) registran 28.615 casos de intento de suicidio en 2018, esto es 78,4 casos al día. El 63,4% de estos intentos se presentó en mujeres, 80,5% en las cabeceras municipales y 73,5% en personas entre los 10 y los 29 años de edad (INS, 2019). Además, para el año 2019 el Instituto Nacional de Salud (INS) informó que se presentaron 30.539 casos de intento de suicidio en el país. Así, tanto el suicidio como las sobredosis constituyen dos de las principales causas de muerte prematura en la población joven, mientras que las sobredosis, en su mayoría de causa indeterminada, continúan suponiendo la principal causa de muerte entre los heroinómanos

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante caracterizar los factores psicosociales asociados a la ideación suicida en estudiantes de décimo y undécimo grados de la IE. Jovita Santacoloma del corregimiento de Nariño en Tuluá Valle, pues las personas con conducta suicida afrontan un gran sufrimiento emocional relacionado con factores estresantes; interacciones familiares, conyugales e interpersonales, estigmatización, y desigualdad social. Esta conducta puede afectar a personas de cualquier edad, religión, sexo, estrato social, o cultura y tiene consecuencias devastadoras para los familiares, amigos y entorno social ya sea laboral o educativo en caso de realizar el acto de suicidio consumado. Estos factores de riesgo asociados a la conducta suicida sobrepasan los recursos propios para afrontarlos, por ende, es tan importante fortalecer las capacidades de las personas, en este caso en los adolescentes, las familias y la comunidad educativa para hacer frente a los retos que impone la vida. Como se había mencionado en el planteamiento del problema, la comunidad educativa ha percibido el consumo de SPA y la presencia de ideación suicida en estudiantes de grados superiores como

décimo y undécimo de la Institución Educativa Jovita Santacoloma en el cual el colegio solo cuenta con programas de prevención para estas dos variables en grados inferiores siendo este un factor de riesgo para los grados superiores.

Hipótesis

Hay relación entre el consumo de SPA y la ideación suicida en los estudiantes de grado décimo y once de la IE. Jovita Santacoloma.

No hay relación entre el consumo de SPA y la ideación suicida en los estudiantes de grado décimo y once de la IE. Jovita Santacoloma.

Estado del Arte

En los antecedentes se expande aún más el objeto investigativo los cuales permiten entender la relación del consumo de SPA y la ideación suicida con diferentes tipos de poblaciones donde se identifica las diferencias y similitudes frente a los temas establecidos. De esta manera, se encuentra estudios internacionales, nacionales, regionales y locales.

Restrepo, et al. (2016) realizaron varias investigaciones sobre el uso de sustancias psicoactivas en Colombia en las que se identificó que el mayor consumo se encuentra en los jóvenes desde los 10 a los 24 años de edad; de tal manera que se observa que las sustancias más consumidas es el alcohol siendo este legal y la marihuana ilegal, este estudio tuvo como objetivo analizar las relaciones entre el consumo de estas dos sustancias y la depresión, el estrés académico y la ideación suicida en una muestra de 477 estudiantes universitarios colombianos de 18 a 25 años. Esta investigación tuvo un método cuantitativo transversal, con un diseño no experimental de nivel correlacional. Los resultados podrían respaldar la hipótesis

de la depresión como mediador entre el consumo de sustancias y el estrés académico y la ideación suicida. Analizaron y destacaron la importancia de establecer la causalidad entre el consumo de sustancias y la depresión y el estrés académico.

Malacas, et al. (2019) buscaron determinar si las actitudes, las normas subjetivas y la autoeficacia son factores predictores de la intención de consumo de marihuana en adolescentes escolares de nivel secundario de instituciones educativas públicas. Como mencionan Malacas, et al. (2019) se identificaron diferencias significativas de las variables de estudio según la edad y el grado académico. A través de la Regresión Logística se identificó que los adolescentes que tienen una actitud favorable al consumo de marihuana, es la norma subjetiva favorable al consumo de esta sustancia y los adolescentes que se perciben con una eficacia baja para abstenerse de consumirla en determinadas situaciones, estas tienen más probabilidades de tener una intención de consumo de marihuana, respectivamente. Estos hallazgos respaldan que la actitud favorable, la norma subjetiva favorable al consumo de marihuana y la baja percepción de eficacia para abstenerse al consumo en determinadas situaciones, predicen la intención de consumirla (p.2, pág. 1).

Por otro lado, Vera, et al. (2019) investigaron sobre los efectos del alcohol sobre el control inhibitorio, sensibilidad a las recompensas y toma de riesgos en estudiantes universitarios con elevada y baja impulsividad de rasgo donde determinaron que los riesgos se asocian positivamente al consumo del alcohol. Como mencionan Vera, et al. (2019) los resultados mostraron un aumento, inducido por el alcohol, en la toma de riesgos en mujeres y mayores fallas en el control inhibitorio tras la ingesta de alcohol, especialmente en hombres. La hipótesis sobre una mayor impulsividad conductual entre quienes exhibían mayor impulsividad de rasgo fue parcialmente corroborada; el principal hallazgo de este trabajo radica en el incremento, inducido por el alcohol, de la impulsividad y toma de riesgos.

Un antecedente importante para esta investigación refiere el trabajo efectuado por Rey, et al. (2018) abordaron desde la complejidad a las barreras en la prestación de servicios de salud en Colombia a consumidores de sustancias psicoactivas. El enfoque de esta investigación Rey, et al. (2018) es transdisciplinar y cualitativa, en la que participaron agentes del sistema de salud relacionados con el consumo de SPA, agrupados en tres regiones de Colombia. Se efectuó una asistencia técnica por región, aplicando cartografía social, grupo focal y cuestionario temático. Como resultados encontraron barreras en relación con aplicación de enfoque diferencial, reconocimiento y garantía de consumidores de SPA como sujetos de especial protección. De esta manera en los hallazgos, se requiere comprender el fenómeno del consumo de SPA desde una mirada transdisciplinar, que permita aunar esfuerzos en lo local, para efectivizar el enfoque de derechos en la prestación de servicios de salud hacia consumidores de SPA (p. 2, pág. 1).

Por otro lado, Quintana, et al. (2018) citan a Cottler et al, 2005, a Tobin et al, 2003 y Bartoli et al, en el 2015. Analizaron la relación entre sobredosis y suicidios en las muertes asociadas al consumo de drogas. La heterogeneidad de los estudios, el carácter mayoritariamente retrospectivo de los mismos y la escasez de publicaciones sobre adictos a sustancias distintas de los opiáceos constituyen las principales limitaciones del conocimiento actual. De tal manera, se ha encontrado asociación entre el abuso de sustancias, los Trastornos Depresivos y la ideación suicida. También se ha descrito una mayor frecuencia de episodios de sobredosis no letales en aquellos consumidores de sustancias con diagnóstico de Trastorno Depresivo.

Según estudios Bousoño, et al. (2018) citan a World Health Organization, 2012 y. Observaron que las conductas suicidas y el consumo de sustancias psicoactivas potencialmente adictivas, son dos de los problemas que mayor impacto causan en la salud

pública mundial, singularmente en los jóvenes. El suicidio es la segunda causa de muerte en personas con edades entre los 15 y los 29 años y la proporción de consumo de psicótrópos entre los jóvenes es alta. En 2014 el porcentaje de jóvenes que había consumido sustancias psicoactivas en el último año fue: alcohol un 76,8%; tabaco un 31,4%; cannabis un 25,4%; cocaína 2,8% y menos de un 1% otros tipos de drogas ilegales. Estudios, 2015 citan a Fioravanti et, al. 2012; Seybert, 2012; Smahel et, al. 2008. Considerando en uno de sus apartados conductas que pueden llegar a la consideración de adicciones no relacionadas con sustancias (adicciones comportamentales), el uso excesivo de internet es un fenómeno creciente de nuestro tiempo que se da, sobre todo, en los grupos de gente joven.

Del mismo modo, Ortega, et al. (2012) realiza un estudio en el municipio de Tuluá Valle siendo este descriptivo-cuantitativo transversal sobre ideación suicida en la población adolescente con edades entre 11 y 21 años, determinando la prevalencia y los factores de riesgo demográficos, familiares e individuales reportados para el suicidio. La muestra se seleccionó por muestreo no probabilístico por conveniencia y estuvo comprendida por 280 adolescentes, a esta población se les aplicó el Test de IRSA (Instrumento de riesgo suicida en adolescentes) con el propósito de medir y registrar los factores de riesgo. El análisis estadístico fue univariado y bivariado e incluyó descripción por variables, estimación de prevalencia para la población total, análisis de los factores de riesgo. Los resultados encontrados revelan que la prevalencia de ideación suicida en estos adolescentes es de 27%, además el 28% han pensado en hacerse daño en algún momento de su vida. Se pudo analizar que la mayor afectación se da en el género femenino y en edades entre 11 a 14 años, de los cuales proviene la mayoría de familias disfuncionales. En cuanto a los factores de riesgo los sentimientos de culpa, depresión, hostilidad, impulsividad, preocupación, baja autoestima; los antecedentes de

intento suicida, ausencia de apoyo familiar y social, tienen relación significativa de causalidad con la ideación suicida.

Por consiguiente, los autores Zambrano, et al (2014) refieren que los estudiantes de la Institución Educativa José Antonio Aguilera durante el presente año, tiene como objetivo describir los factores que influyen en el consumo entre edades de 10 a 19 años. Se realizó estudio observacional, descriptivo de tipo transversal, el cual las investigadoras se limitaron a observar durante un periodo determinado de tiempo, las características de la población, predisponente al consumo de sustancias psicoactivas. La población estuvo conformada por 844 estudiantes, los cuales se encontraban cursando de sexto a once de bachillerato; mediante el programa estadístico NETSQUEST online se estimó el tamaño de la muestra, con base de una proporción 50%, nivel de confianza 95%, efecto diseño 1,0, y precisión 5% el tamaño de la muestra fue 264 estudiantes. El muestreo utilizado consistió en dividir la muestra por el total de salones de la Institución y sacar un porcentaje representativo de cada salón, posteriormente con el total de alumnos por salón se sacó un porcentaje, los estudiantes que se escogieron para la investigación participaron por voluntad propia. Determinaron una gran asociación de factores psicoafectivos y psicosociales como el inicio de consumo, estrato socioeconómico, droga de consumo, frecuencia de salidas nocturnas, actitud frente al consumo en la familia, amigos y a nivel personal, relaciones y lazos familiares, pensamiento de auto superación y autoestima.

Según Huertas (2016) menciona que la demanda de consumo de sustancias psicoactivas (SPA), por medio de una muestra de corte transversal de los estudiantes de pregrado de la Universidad del Valle, sede Cali, entre primer y segundo año de estudio. Los datos corresponden a fuente primaria y fueron procesados por un análisis descriptivo detallado donde se encontró que más de la mitad de los estudiantes han llegado a consumir SPA alguna

vez en la vida, siendo el alcohol la sustancias que presenta la mayor prevalencia. Los patrones de consumo de las distintas SPA revelan que la mayoría de los estudiantes consumen con frecuencia anual y mensual, de noche y en calle. El entorno influye en la decisión de consumo en los estudiantes, además los enunciados de racionalidad de los agentes de la teoría económica se ajustan a los resultados de la encuesta.

Para finalizar, en Colombia Useche (2019) menciona que el comportamiento suicida son el mayor problema de salud pública la que reporta que anualmente, cerca de 800.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo, resultó oportuno realizar esta investigación con el objetivo de identificar la Prevalencia y factores familiares asociados al comportamiento suicida en dos colegios de la ciudad de Leticia Amazonas en estudiantes de 15 a 17 años. Como método emplearon el enfoque observacional analítico de corte transversal, en población estudiantil de Leticia amazonas. En las que fueron aplicadas escalas validadas previamente, se determinaron los factores asociados y la predicción de comportamiento suicida con un modelo multivariado.

Marco teórico

A continuación, se presenta el marco teórico de la investigación sobre la relación entre consumo de SPA e ideación suicida en adolescentes desde la perspectiva del enfoque Cognitivo Conductual y el área de la Psicología Educativa. De la misma forma, se evidencia seguidamente el orden de los temas claves para la comprensión y el desarrollo del marco teórico:

Desarrollo adolescente

La adolescencia es el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta (Steinberg & Morris, 2001). Los niños que entran en la adolescencia experimentan muchos cambios

(físicos, intelectuales, de personalidad y de desarrollo social); esta etapa comienza con la pubertad, que ahora se produce antes, en promedio, que en el pasado. El final de la adolescencia está ligado a factores sociales y emocionales y puede ser algo ambiguo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, hay tres cambios físicos principales que vienen con la adolescencia (OMS, 2015):

- a.** El crecimiento (un signo temprano de maduración).
- b.** Los caracteres sexuales primarios (cambios en los órganos directamente relacionados con la reproducción).
- c.** Características sexuales secundarias (signos corporales de madurez sexual que no implican directamente a los órganos reproductores).

Durante la adolescencia, el pensamiento y/o cognición de los adolescentes está en un nivel superior al de los niños. Los niños sólo son capaces de pensar lógicamente en lo concreto, en el aquí y ahora, mientras que los adolescentes van más allá de estos límites y pueden pensar en términos de lo que podría ser cierto, en lugar de sólo lo que ven que es cierto. Son capaces de tratar con abstracciones, probar hipótesis y ver infinitas posibilidades. Sin embargo, los adolescentes siguen mostrando a menudo comportamientos y actitudes egocéntricos.

El desarrollo cognitivo se refiere a los cambios en el cerebro que preparan a los niños para pensar y aprender. Al igual que en la primera infancia, el cerebro en la adolescencia experimenta un gran crecimiento y desarrollo. Estos cambios reforzarán la capacidad de los adolescentes para tomar y llevar a cabo decisiones que les ayudarán a prosperar ahora y en el futuro. De acuerdo con Griffin (2017), el cerebro de un adolescente crece y se fortalece de tres maneras:

- a. La adolescencia es uno de los pocos momentos en los que el cerebro produce un gran número de células a un ritmo muy rápido. De hecho, el cerebro crea muchas más células de las que se necesitan. Las células cerebrales adicionales proporcionan a los adolescentes más lugares para almacenar información, lo que les ayuda a aprender nuevas habilidades.
- b. La desventaja de tener células cerebrales adicionales es que también disminuye la eficiencia del cerebro. A medida que los adolescentes van a la escuela, viven y trabajan, el cerebro recorta el crecimiento extra en función de las partes del cerebro que el adolescente utiliza activamente. Este proceso de poda crea una estructura cerebral que permite a los adolescentes acceder fácilmente a la información que más utilizan.
- c. Las conexiones entre las células cerebrales son las que permiten utilizar la información almacenada en el cerebro en la vida diaria. El cerebro refuerza estas conexiones envolviendo las células con un tejido graso especial para protegerlas y aislarlas. Estos cambios ayudan a los adolescentes a recordar la información y a utilizarla eficazmente.

Por muy rápidos que sean los cambios, estos procesos llevan su tiempo. Las distintas secciones del cerebro se desarrollan en momentos diferentes, siendo la parte del cerebro responsable del pensamiento abstracto, la planificación y la toma de decisiones la última en desarrollarse. En general, el cerebro no está completamente desarrollado y protegido hasta que las personas tienen veinticinco años (Cortés-Cortés et al., 2019).

Sin embargo, el desarrollo cognitivo, al igual que el desarrollo físico, se produce a un ritmo diferente en cada adolescente. En consecuencia, los adolescentes de la misma edad pueden no tener las mismas habilidades de pensamiento y razonamiento. Además, el desarrollo del cerebro se produce a un ritmo diferente al del desarrollo físico, lo que significa que el pensamiento de un adolescente puede no coincidir con su apariencia.

Respecto a los cambios físicos, el crecimiento es el aumento del tamaño y la masa del cuerpo como resultado del aumento del número y el tamaño de las células. El desarrollo es la diferenciación y maduración de las funciones biológicas de los órganos; el crecimiento es un proceso dinámico y continúa hasta el final de la adolescencia, y este desarrollo se ven afectados por factores genéticos y ambientales tales como la nutrición, condiciones de vida, condiciones geográficas, condiciones socioeconómicas, etc. (Özdemir et al., 2016).

Los cambios físicos son el aumento de la altura y el peso, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el cambio en la cantidad y distribución de los tejidos grasos y musculares y los cambios en la circulación y el sistema respiratorio. Este periodo dura de 2 a 6 años. El desarrollo de los caracteres sexuales secundarios en los varones, por ejemplo, se traduce en el crecimiento de los testículos y el pene, el desarrollo del vello púbico, axilar y facial, el quiebre de la voz y la formación espermática (Lillo, 2004).

Pensamiento y razonamiento en la adolescencia

Como se mencionó anteriormente, la adolescencia es una época de rápido desarrollo cognitivo. Pero adicionalmente, los cambios biológicos en la estructura del cerebro y la conectividad en el cerebro interactúan con una mayor experiencia, conocimiento y demandas sociales cambiantes para producir un rápido crecimiento cognitivo. Estos cambios generalmente comienzan en la pubertad o poco después, y algunas habilidades continúan desarrollándose en la adolescencia.

El desarrollo de funciones ejecutivas, o habilidades cognitivas que permiten el control y la coordinación de pensamientos y comportamientos, generalmente se asocian con el área de la corteza prefrontal del cerebro (Cortés-Cortés et al., 2019). Los pensamientos, ideas y conceptos desarrollados en este período de la vida influyen en gran medida en la vida futura y juegan un papel importante en la formación del carácter y la personalidad.

De acuerdo con Rodríguez (2018), hay dos perspectivas sobre el pensamiento adolescente: constructivista y procesadora de información. La perspectiva constructivista, basada en el trabajo de Piaget, adopta un enfoque cuantitativo de teoría de etapas. Este punto de vista plantea la hipótesis de que la mejora cognitiva de los adolescentes es relativamente repentina y drástica. La perspectiva del procesamiento de la información se deriva del estudio de la inteligencia artificial y explica el desarrollo cognitivo en términos del crecimiento de componentes específicos del proceso general del pensamiento.

Sin embargo, en general, las mejoras en las habilidades básicas de pensamiento generalmente ocurren en cinco áreas durante la adolescencia:

- a.** Atención: se observan mejoras en la atención selectiva (el proceso mediante el cual uno se enfoca en un estímulo mientras se desconecta de otro), así como en la atención dividida (la capacidad de prestar atención a dos o más estímulos al mismo tiempo).
- b.** La memoria: se observan mejoras en la memoria de trabajo y la memoria a largo plazo.
- c.** Velocidad de procesamiento: los adolescentes piensan más rápido que los niños. La velocidad de procesamiento mejora drásticamente entre los cinco años y la adolescencia media, se estabiliza alrededor de los 15 y no parece cambiar entre la adolescencia tardía y la edad adulta.
- d.** Organización: los adolescentes son más conscientes de sus propios procesos de pensamiento y pueden usar dispositivos mnemotécnicos y otras estrategias para pensar y recordar información de manera más eficiente.
- e.** Metacognición: los adolescentes pueden pensar en sí mismos. Esto a menudo implica monitorear la propia actividad cognitiva durante el proceso de pensamiento. La metacognición proporciona la capacidad de planificar con anticipación, ver las

consecuencias futuras de una acción y proporcionar explicaciones alternativas de los eventos.

En la última de las etapas piagetianas, un niño se vuelve capaz de razonar no solo sobre objetos y eventos tangibles, sino también sobre hipotéticos o abstractos (Rodríguez, 2018). De ahí que tenga el nombre de etapa operativa formal: el período en el que el individuo puede "operar" sobre "formas" o representaciones (Flavell, 1976). Esto permite que un individuo piense y razone con una perspectiva más amplia. Esta etapa del desarrollo cognitivo, denominada por Piaget como pensamiento operacional formal (Cano De Faroh, 2007), marca un movimiento desde la capacidad de pensar y razonar a partir de eventos visibles concretos a la capacidad de pensar hipotéticamente y considerar posibilidades hipotéticas sobre el mundo. Un individuo puede resolver problemas a través de conceptos abstractos y utilizar razonamiento hipotético y deductivo; los adolescentes usan el método de prueba y error para resolver problemas, y surge la capacidad de resolver sistemáticamente un problema de una manera lógica y metódica.

En este sentido, muchos de estos factores cognitivos actúan como fuentes de protección y el fortalecimiento de la autoestima y el autocuidado, la autonomía, la tolerancia a la frustración, el proyecto de vida, los valores y el control de la ansiedad.

Influencias contextuales durante la adolescencia

La influencia social es un factor fundamental en la asunción de riesgos por parte de los adolescentes por lo que son más propensos a adoptar conductas de riesgo cuando están con sus compañeros que cuando están solos (Gardner & Steinberg, 2005), pasan más tiempo con sus compañeros que con sus familias (Brown, 1990) y son especialmente sensibles al rechazo de sus compañeros.

La influencia social es objeto de un gran número de investigaciones que han demostrado la facilidad con que los participantes se ven afectados por las opiniones, los juicios y el comportamiento de otras personas (Molina Campoverde & Toledo Naranjo, 2014). A pesar de la amplia investigación sobre la influencia social en los adultos, los patrones de desarrollo de la influencia social, especialmente la conformidad social en la adolescencia, no se entienden completamente.

Los compañeros influyen en casi todos los aspectos de la vida de los adolescentes, desde los más triviales, como el gusto por la música y la ropa, hasta los más graves, como el consumo de drogas ilícitas o las relaciones sexuales sin protección (Steinberg, 2008). Estas últimas elecciones, más arriesgadas, pueden tener consecuencias de por vida para el adolescente y suponen un coste importante para la sociedad.

Está bien establecido empíricamente que la presencia de los compañeros influye en el comportamiento de riesgo en la adolescencia (Gardner & Steinberg, 2005), pero los procesos de desarrollo subyacentes siguen siendo poco conocidos. Sin embargo, comprender estos procesos es importante por al menos dos razones. En primer lugar, capacitar a los adolescentes para que se conviertan en tomadores de decisiones más competentes será más eficaz si conseguimos adaptar las intervenciones a sus posibilidades de desarrollo. En segundo lugar, sólo se podrán identificar estas posibilidades si se consigue relacionar el desarrollo neuronal y cognitivo de los adolescentes con su comportamiento en diferentes contextos sociales.

Salud mental durante la adolescencia

Los padres, los profesionales y los responsables políticos están reconociendo la importancia de la salud mental de los adolescentes. Los jóvenes, con una mejor salud mental están más sanos físicamente, demuestran comportamientos socialmente más positivos y tienen

menos conductas de riesgo (Resnick, 2000). Por el contrario, los jóvenes con problemas de salud mental, como la depresión, son más propensos a tener conductas de riesgo para la salud (Ferrer, 1999) Además, los problemas de salud mental de los jóvenes suponen una importante carga económica y social para las familias y la sociedad en términos de angustia, coste del tratamiento y discapacidad.

Teniendo en cuenta que las características que surgen durante la adolescencia son: una tendencia a experimentar y a buscar experiencias novedosas, un mayor sentido de la vulnerabilidad, una baja percepción del riesgo, un intenso deseo de independencia y una búsqueda interior de la identidad propia que van conformando su personalidad a lo largo de los años de desarrollo, se trata de un periodo crítico caracterizado por la maduración neurobiológica y física que conduce a una mayor conciencia psicológica y a un mayor nivel de interacción social y emocional con los compañeros y los adultos.

Por un lado, es una fase de enorme crecimiento en la preparación de los roles y las habilidades de los adultos para soportar presiones y retos, mientras que, por otro, es una fase de transición que puede aumentar el riesgo de diversos trastornos psicológicos, problemas de adaptación y suicidio. Una salud mental positiva y promovedora en este periodo garantiza un progreso suave hacia la vida adulta posterior (Barra, 2009).

En todo el mundo, se calcula que entre el 10% y el 20% de los adolescentes padecen problemas de salud mental, pero la mayoría de las veces no se diagnostican ni se tratan (OMS, 2020). Los signos de una mala salud mental se pasan por alto por varias razones, como la falta de conocimiento o concienciación sobre la salud mental.

Existe un complejo marco biopsicosocial de factores de riesgo que operan en la vida de los adolescentes y que incluyen el yo, el hogar, la escuela, el grupo de pares y el vecindario que pueden estar asociados con el trastorno de salud mental. Los factores de riesgo incluyen

todas las variables que aumentan la probabilidad de que un adolescente determinado desarrolle psicopatología, mientras que los factores de protección disminuyen el riesgo de desarrollar psicopatología. En raras ocasiones, un único factor de riesgo explica la aparición y la inhibición de un trastorno psiquiátrico (Tizón et al., 2008).

Existe un efecto significativo de los siguientes factores sobre la salud mental de los adolescentes: los cambios socioculturales recientes, el escaso apoyo social, la ruptura de las familias extensas y conjuntas, la ambigüedad de los valores sociales y la creciente brecha entre las aspiraciones y los posibles logros, y especialmente, el abuso de sustancias psicoactivas (Gómez Rodríguez et al., 2013).

Componente neuropsicológico desde el consumo de SPA.

El consumo frecuente de sustancias psicoactivas afecta los sistemas de comunicación caracterizados por la regulación de neurotransmisores y receptores operados molecularmente, modificándose, eliminándose, inhibiendo y aumentando (como sucede con receptores de dopamina y serotonina). La eliminación o inhibición de receptores desconecta regiones cerebrales entre el sistema límbico y la corteza prefrontal. La desconexión inactiva la CPF y entrega el control a la corteza subcortical encargada de mecanismos y comportamientos automáticos, reflejos y no consientes. (AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, n.d.)

El consumo de cualquier droga genera múltiples consecuencias en los adolescentes afectando su sistema nervioso central, dopaminérgico, molecular y el buen desarrollo de la corteza prefrontal encargada de funciones cognitivas de alta complejidad y su consumo en la adolescencia es un indicador de dependencia y abuso en la juventud o adultez, esto permite inferir que en la elección y posterior acción de consumir una droga intervienen las representaciones mentales de las drogas y su consumo en donde este conocimiento es

procesado e interpretado según las formas del funcionamiento ejecutivo en planeación, inhibición y toma de decisiones.

Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) en adolescentes.

El consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) en la adolescencia es un grave problema social y de salud mental con su importante asociación con la morbilidad y la mortalidad. El abuso de sustancias ha pasado de los grupos más antisociales, arriesgados y marginales de la población a la corriente principal de la sociedad y, de forma dramática, a las poblaciones más jóvenes, reforzando y ampliando los límites de las poblaciones de riesgo.

La investigación en el área del consumo de sustancias en adolescentes se ha ampliado significativamente con el paso del tiempo, y aunque muchos estudios han contribuido al crecimiento del conocimiento en esta área, el estudio continuo sigue siendo importante. El uso de sustancias puede verse a través de una perspectiva de desarrollo que progresa a través de la adolescencia hasta la edad adulta joven.

La adolescencia, vista desde una perspectiva de desarrollo, representa un momento de convergencia de importantes cambios neurobiológicos, cognitivos, conductuales, emocionales y sociales con la continuidad del riesgo de etapas de desarrollo anteriores, lo que proporciona un período único de mayor vulnerabilidad y susceptibilidad para el consumo de SPA. La narración de los autores destaca la creciente evidencia de que los adolescentes son particularmente vulnerables a los efectos adversos del consumo excesivo de alcohol, tanto en el ámbito biológico como en el social, y que las consecuencias del consumo parecen diferir entre los adolescentes y los adultos (Góngora Gómez et al., 2019). También identifican que el consumo problemático de alcohol tiene el potencial de redirigir el curso normativo del desarrollo de los adolescentes de una manera que aumenta el riesgo no sólo de trastornos por consumo de alcohol, sino también de problemas sociales y de salud mental.

Se ha identificado un gran número de factores de riesgo en la predicción del consumo de SPA en la adolescencia. Estos factores de riesgo pueden conceptualizarse en cuatro ámbitos: (a) cultura y sociedad (por ejemplo, leyes y disponibilidad de sustancias), (b) interpersonal (por ejemplo, compañeros y familia, incluidas las actitudes), (c) psico-conductual (por ejemplo, problemas de conducta tempranos/persistentes, bajo rendimiento escolar, rebeldía, inicio temprano del consumo de sustancias, características de personalidad como el temperamento y el afecto), y (d) biogenético (por ejemplo, susceptibilidad heredada y vulnerabilidad psicofisiológica a los efectos de las sustancias) (Milin & Walker, 2015).

Paralelamente, los factores de protección son los que reducen la probabilidad y el nivel de consumo de sustancias. Se han identificado múltiples factores de protección, entre los que se incluyen (Resnick, 2000): (a) un temperamento positivo (ausencia de depresión)/autoaceptación, capacidad intelectual/rendimiento académico, (b) un entorno familiar de apoyo (c) una relación afectuosa con al menos un adulto, un sistema de apoyo externo (por ejemplo, religión/iglesia) que fomente los valores prosociales, y el cumplimiento de la ley/evitar las amistades de los compañeros delincuentes. Una vez más, no es un factor de protección en particular sino, más bien, el número de factores de protección lo que tiene la mayor influencia en la reducción de la probabilidad de desarrollar consumo de SPA en la adolescencia. Así, se ha demostrado que aquellos adolescentes con cinco o más factores de protección tienen más de 20 veces menos probabilidades de desarrollar el abuso de cannabis que la muestra general (Gobbi et al., 2019). Los factores de protección también parecen tener una influencia moderadora en el riesgo de implicación en el consumo de drogas, y se ha comprobado que los índices de protección elevados son los que tienen un mayor efecto en aquellos que tienen un riesgo elevado de implicación en las drogas.

Evolución del consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) en adolescentes.

Un concepto muy extendido razona que existen etapas de desarrollo en la progresión del consumo de sustancias a lo largo de la adolescencia hasta la juventud. La secuencia de etapas define una relación temporal que progresa del consumo de drogas legales a las ilegales y de las más suaves a las más duras, actuando cada etapa como una potencial "puerta de entrada" a la iniciación de la siguiente etapa.

El consumo de una sustancia aumenta la probabilidad de iniciarse en la segunda. Por ejemplo, muy pocos individuos que han probado la cocaína y la heroína no han probado ya la marihuana por lo que la mayoría han consumido previamente alcohol o cigarrillos. Sin embargo, el consumo de una sustancia no conduce invariablemente al consumo de otras (Tena-Suck et al., 2018).

Muchos jóvenes se detienen en una etapa específica y no progresan más o pueden volver a una etapa anterior de consumo de sustancias. Es relativamente común que el consumo de sustancias se prolongue de una etapa a la siguiente. Los adolescentes que consumen múltiples sustancias aumentan su riesgo de desarrollar síndrome por consumo de SPA en la edad adulta (Gray & Squeglia, 2018).

Si bien la aplicación causal de la hipótesis de la "puerta de entrada" está más abierta al debate y específicamente en lo que se refiere al consumo de cannabis y otras drogas, se ha establecido una fuerte asociación entre el consumo de cannabis y el de otras drogas ilícitas (Gray & Squeglia, 2018). Además, el consumo regular o intenso de cannabis se ha asociado significativamente con el consumo de otras drogas ilícitas y el abuso/dependencia.

La relación es especialmente fuerte durante la adolescencia y disminuye con la edad. Estos resultados apoyan el posible papel causal del consumo de cannabis en el desarrollo de

otros trastornos por consumo de drogas ilícitas, aunque los mecanismos causales reales, ya sean directos o indirectos, siguen sin estar claros (Morral & Mccaffrey, 2002).

Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) y salud mental

El término salud mental alude a la prosperidad cognitiva o entusiasta de una persona. Tiene que ver con la forma en que los individuos piensan, sienten y actúan. La salud mental es una condición de prosperidad en la que cada individuo comprende su propio potencial particular, puede adaptarse a las molestias típicas de la vida y puede comprometerse con su comunidad (Barra, 2009). La salud mental es el desarrollo entusiasta, conductual y social o la ordinariéz; la no aparición de un problema mental o conductual; una condición de prosperidad mental en la que uno ha logrado una mezcla aceptable de sus impulsos instintivos satisfactoria tanto para uno mismo como para su entorno social; una equiparación adecuada de los intereses afectivos, laborales y recreativos (Mebarak et al., 2009).

Una droga alude a cualquier sustancia que pueda lograr un ajuste en la función biológica a través de sus actividades sintéticas. La droga es una sustancia que altera las observaciones, la cognición, el estado de ánimo, el comportamiento y, en general, las capacidades corporales, por este motivo la adicción es uno de los problemas socio-psicológicos de la comunidad mundial actual.

La adicción es un estado interminable en el que un adolescente consume SPA una y otra vez lo que provoca cambios constantes en su comportamiento, sentimientos y pensamiento en los que el individuo pierde su control y se daña a sí mismo o a otros. La drogadicción alude a la compulsión fisiológica y a la dependencia psicológica. Es la utilización incesante y continua de cualquier medicamento o sustancia compuesta sin prescripción médica que altera los estados físicos y mentales (Lisset & Carmona, 2017).

Por este motivo, la adicción a las drogas causa diferentes problemas fisiológicos, orgánicos y también psicológicos, distintos tipos de drogas causan diversos problemas, como las drogas estimulantes y alucinógenas que producen enfermedades mentales con sospechas, temores, trastornos del estado de ánimo y depresión. Los estupefacientes y el alcohol dañan el hígado, el estómago, el cerebro y los nervios, lo que provoca pérdida de memoria, inquietud, etc. Los artículos de cannabis también provocan inestabilidad emocional o una pérdida general de entusiasmo entre los clientes. La drogodependencia es una problemática social que influye en el cliente y causa problemas físicos y emocionales en la familia (Organización de los Estados Americanos, 2013).

Tendencias suicidas, consumo de drogas y salud mental

La conducta suicida es un término amplio que consiste en una gran variedad de pensamientos y acciones, con al menos la intención de provocar la muerte, que van desde la ideación hasta la muerte activa autoinfligida (Echeburúa, 2015). Estudios anteriores han indicado que la ideación suicida está asociada con la planificación e intentos de suicidio y que la planificación suicida contribuye a la ocurrencia de intentos de suicidio (Kessler et al., 1999).

Es especialmente difícil diferenciar la ideación suicida de los intentos de suicidio entre los adolescentes (Kosky et al., 1990). Además, los estudios también han demostrado que la ideación, la planificación y los intentos de suicidio pueden ser el resultado de algunos genes candidatos o de desequilibrios en las interacciones entre los genes (Kosky et al., 1990), lo que indica que la ideación, la planificación y los intentos de suicidio están interrelacionados y que la conducta suicida puede considerarse un conjunto de fenómenos relacionados que son el resultado de una fuerza no observada.

La adolescencia es un período crítico en lo que respecta al consumo inicial de tabaco, alcohol y otras sustancias (Chambers et al., 2003), y la prevalencia del consumo de sustancias

en los adolescentes es elevada en muchos países. En Colombia, la tasa de consumo actual de tabaco en los adolescentes es del 10%, y la tasa de drogas ilícitas durante los últimos 12 meses es del 16% (Pérez-Gómez et al., 2018). En los Estados Unidos, el 14% de los adolescentes de 12 años han consumido tabaco, y la prevalencia del consumo de cannabis en adolescentes a lo largo de su vida es del 23% (Chong et al., 1999).

El consumo de sustancias en adolescentes puede dar lugar a muchos problemas relacionados con la salud, como la depresión y el funcionamiento anormal del cerebro y también es uno de los factores de riesgo que contribuyen al comportamiento suicida de los adolescentes.

Los estudios anteriores que examinaban la relación entre el consumo de sustancias y la conducta suicida entre los adolescentes se han centrado principalmente en los tipos de consumo de sustancias que aumentan el riesgo de conducta suicida y en los grados de asociación entre el consumo de diversos tipos de sustancias y la conducta suicida (Afifi et al., 2007).

Sin embargo, como se ha descrito anteriormente, el consumo de sustancias puede considerarse un conjunto de fenómenos conductuales relacionados. Además, el poli-consumo de sustancias es común en los adolescentes, y las investigaciones han demostrado que el uso combinado de múltiples sustancias aumenta el riesgo de conducta suicida (Bartolomé Pérez Gálvez, 2014).

Las investigaciones futuras sobre la relación entre el uso de sustancias y la conducta suicida en los adolescentes deben examinar múltiples dominios de sustancias y fenómenos conductuales suicidas porque ambos tienen un grupo de fenómenos conductuales relacionados. Una variable latente puede representar la fuerza no observada para dar lugar a varios comportamientos observables relacionados.

Aunque no hay pruebas específicas capaces de identificar a una persona suicida, existen factores de riesgo específicos. Sin embargo, el profesional de la salud debe tener cuidado al interpretar los factores de riesgo, porque éstos son comunes, mientras que el suicidio es infrecuente. Es importante destacar que la ausencia de la mayoría de los factores de riesgo no hace que un adolescente esté a salvo del suicidio. Los factores de riesgo fijos incluyen: antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio; antecedentes de adopción; sexo masculino; problemas de salud mental de los padres; orientación sexual lesbiana, gay, bisexual o cuestionadora; identificación transgénero; antecedentes de abuso físico o sexual; y un intento de suicidio anterior. Entre los problemas personales de salud mental que predisponen al suicidio se encuentran los trastornos del sueño, la depresión, el trastorno bipolar, la intoxicación y los trastornos por consumo de sustancias, la psicosis, el trastorno de estrés postraumático, los ataques de pánico, los antecedentes de agresividad, la impulsividad, la ira grave y el uso patológico de Internet.

En particular, los estudios de entrevistas mostraron una tasa notablemente mayor de comportamiento suicida con la presencia de síntomas psicóticos. Un estudio prospectivo encontró un aumento de 70 veces del comportamiento suicida agudo en adolescentes con psicopatología que incluía psicosis (Shain, 2016).

Los factores de riesgo sociales y ambientales incluyen el acoso escolar, el deterioro de la relación entre padres e hijos, el hecho de vivir fuera de casa, las dificultades en la escuela, el hecho de no trabajar ni asistir a la escuela, el aislamiento social y la presencia de acontecimientos vitales estresantes, como dificultades legales o románticas o una discusión con uno de los padres.

Así mismo, un entorno social sin apoyo para las adolescentes lesbianas, homosexuales, bisexuales y transexuales, por ejemplo, aumenta el riesgo de intentos de suicidio. Los factores

de protección incluyen la participación religiosa y la conexión entre el adolescente y los padres, la escuela y los compañeros.

Bases socios afectivas la autorregulación y muerte frente al consumo de SPA.

Según Newcomb (1995) reconoce la incidencia de factores socioculturales, interpersonales, psicoconductuales y biogenéticos, mientras otros mencionan el efecto de factores demográficos, socio ambientales, conductuales e individuales, agrupados según su carácter en socio-comunitarios, familiares, escolares, psicosociales e individuales, o bien de factores relacionados con condiciones de malestar que predisponen a la "normalización" del consumo de sustancias ilícitas y con su consumo en sí (alta accesibilidad, expectativas positivas, participación en contextos de consumo, contacto temprano con las drogas, entre otras).

Entre los factores individuales identificados se encuentran el insuficiente control conductual, la rebeldía, las conductas antisociales, la baja adherencia a las normas convencionales y las actitudes favorables al consumo, así como las estrategias de afrontamiento poco efectivas, la escasa habilidad comunicativa, la tendencia a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias, el malestar afectivo (principalmente, el afecto deprimido), la apatía y la baja autoestima, entre otros.

En el ámbito familiar destacan el consumo de sustancias ilícitas en el seno de la familia, la permisividad, las prácticas inadecuadas de funcionamiento familiar, y la falta de rigidez o la inconsistencia de las pautas normativas y disciplinarias, así como las relaciones distantes y frías, el rechazo o la hostilidad o, al contrario, el aglutinamiento y la falta de diferenciación entre los miembros de la familia, en este sentido es importante la autorregulación y algunos factores

protectores que sirvan para el control de impulsos ante el consumo y otros riesgos como la muerte por sobredosis, con relación a este factor el consumo de drogas y el abuso de estas es una de las causas más importantes de muerte entre jóvenes a nivel mundial. Según Pereiro et. al (2005), refiere que la clásica descripción de una sobredosis fatal es el resultado de la cantidad o la calidad (pureza) de la heroína u otras sustancias en exceso en personas con tolerancia actual a la droga. Si esto fuese el caso, se podría esperar el hallazgo de niveles relativamente elevados de morfina en la autopsia de personas con tolerancia no disminuida.

Marco conceptual.

A continuación, se describen los conceptos relacionados con el uso de SPA y el suicidio, de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013).

Ahogamiento: método suicida utilizado por las mujeres en Noruega.

Amenaza suicida: expresiones verbales o escritas del deseo de matarse. Tiene la particularidad de comunicar algo que está por suceder (acto suicida) a personas estrechamente vinculadas con el sujeto que realiza la amenaza.

Antecedentes suicidas: incluye, principalmente, los actos suicidas previos que haya realizado un sujeto. Puede ser utilizado también para referirse a la presencia de familiares que hayan tenido estos antecedentes.

Autolesión intencionada: nombre que sirve para designar el intento de suicidio.

Automutilación: acto mediante el cual un sujeto cercena o corta una parte cualquiera de su cuerpo. No necesariamente tiene que ser con propósitos suicidas

Autopsia psicológica: investigación sobre el suicidio consumado realizada mediante entrevistas, estructuradas y semiestructuradas a los familiares del occiso, su médico tratante, vecinos, amigos y cuantas personas sean necesarias. Tiene como objetivo determinar si el suicidio fue la causa de la muerte, así como los signos que presagiaron lo ocurrido.

Circunstancias suicidas: son aquellas particularidades que acompañan al acto suicida, entre las que se mencionan la localización o lugar donde ocurrió (familiar, no familiar, remoto, cercano), la posibilidad de ser descubierto (elevada, incierta, improbable, probable, accidental), accesibilidad para el rescate (pedir ayuda, dejar notas u otros indicios que faciliten ser encontrado, o por el contrario, tomar las precauciones necesarias para no ser descubierto), tiempo necesario para ser descubierto, probabilidad de recibir atención médica, etc.

Comunicación suicida: son las manifestaciones conscientes o inconscientes de la tendencia suicida. Tales manifestaciones deben aparecer en determinado contexto para ser interpretado como tales. En ocasiones esto no es posible hasta después de ocurrido el suicidio, lo cual se investiga mediante la autopsia psicológica.

Comunicación suicida directa verbal: es aquella en la cual se expresa explícitamente los deseos del sujeto de poner fin a su vida, como, por ejemplo: ' Me voy a matar', ' Me voy a suicidar', 'Lo que tengo que hacer es acabar de una vez por todas'.

Comunicación suicida directa no verbal: es aquella en la cual se realizan determinados actos que indican la posibilidad de que se realice un acto suicida en

breve plazo como; acceder a los métodos, dejar notas de despedida, repartir posesiones valiosas, etc.

Comunicación suicida indirecta no verbal: consiste en la realización de actos que, aunque no indican la posibilidad suicida inminente, están relacionados con una muerte prematura: hacer testamento, planificar los funerales, predilección por los temas relacionados con el suicidio, etc.

Conducta autodestructiva: término colectivo dado a un grupo de actos realizados por un sujeto que implican daño o riesgo de daño tales como quemarse a sí mismo con cigarrillos, mutilarse partes del cuerpo o realizar actos suicidas.

Conducta suicida: término colectivo que incluye los pensamientos suicidas, el intento de suicidio y el suicidio.

Crisis suicida: es aquella crisis en la que, una vez agotados los mecanismos reactivo-adaptativos creativos y compensatorios del sujeto, emergen las intenciones suicidas, existiendo la posibilidad que el individuo resuelva o intente resolver la situación problemática mediante la autoagresión. Este tipo de crisis requiere un manejo apropiado del tiempo, ser directivos, y tratar de mantener a la persona con vida como principal objetivo. Su duración es variable, de horas o días, raramente semanas y la resolución puede ser el crecimiento personal con una mejor adaptación para vivir, la resolución con un funcionamiento anómalo que incrementa las posibilidades de una nueva crisis y la realización de un acto suicida.

Marco político y legal

A continuación, en la siguiente tabla se describe la normativa en la cual se enmarca el presente proyecto de investigación:

Marco normativo. Para el proyecto investigativo Relación entre consumo de sustancias psicoactivas e ideación suicida en adolescentes (2021).

Ley	Año	Contenido
Ley 1616	2013	Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.
Ley 1715	2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
Resolución 429	2016	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud
Resolución 3202	2016	Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas

		Integrales de Atención en Salud
--	--	------------------------------------

Fuente: elaboración propia (2021).

Metodología

Tipo de investigación y enfoque

La presente investigación se enmarca en una metodología mixta y abordaba desde un enfoque de la teoría cognitivo-conductual y metodológico de tipo correlativo, toda vez que su objetivo es identificar la relación entre consumo de SPA y la ideación suicida en estudiantes de la Institución Educativa Jovita Santacoloma del corregimiento de Nariño en Tuluá Valle. La investigación correlacional es un tipo de investigación no experimental en la que los investigadores miden dos variables y establecen una relación estadística entre las mismas (correlación), sin necesidad de incluir variables externas para llegar a conclusiones relevantes.

Un diseño de métodos mixtos es apropiado para responder preguntas de investigación que ni los métodos cuantitativos ni los cualitativos podrían responder solos. Se pueden utilizar métodos mixtos para comprender mejor las conexiones o contradicciones entre datos cualitativos y cuantitativos; pueden brindar oportunidades para que los participantes tengan una voz fuerte y compartan sus experiencias a lo largo del proceso de investigación, y pueden facilitar diferentes vías de exploración que enriquecen la evidencia y permiten que las preguntas se respondan con mayor profundidad. Los métodos mixtos pueden facilitar una mayor interacción académica y enriquecer las experiencias de los investigadores a medida que diferentes perspectivas iluminan los temas que se estudian (Hernández et al, 2014).

Así mismo, en el enfoque cognitivo-conductual considera que los comportamientos se aprenden de diversas maneras. Mediante la propia experiencia, la observación de los demás y el lenguaje. Todas las personas desarrollan durante su vida aprendizajes que se incorporan a sus biografías y que pueden ser problemáticos o funcionales. a modo de ejemplo, tal es el caso de los adolescentes que en su desarrollo personal y académico experimentan el consumo de sustancias psicoactivas o incurrir en ideaciones suicidas por diferentes motivos. Estudiar la relación causal de esas dos variables se constituye en el objeto de estudio de la presente investigación.

Variables

A continuación, se describen las variables de análisis:

Tabla 1 Variables y subcategorías 2021

Variable	Definición	Tipo	Subcategorías
VI: Consumo de SPA	Consumo de toda sustancia que, introducida en el organismo, por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central y es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.	Cuali-cuantitativo	Subcategoría 1. Sustancias consumidas: Pregunta 1. Subcategoría 2: Frecuencia del consumo: Preguntas 2, 3, 4, 5, Subcategoría 3: Preocupaciones del

			<p>entorno por su consumo: Pregunta 6</p> <p>Subcategoría 4: Control sobre el consumo: Pregunta 7</p> <p>Subcategoría 5. Consumo de drogas inyectadas: Pregunta 8</p>
VD: Ideación suicida	Presencia de deseos de muerte y de pensamientos persistentes de querer matarse	Cuali- Cuantitativo	<p>Subcategoría 1. Riesgo y factores protectores: Página 1</p> <p>Subcategoría 2. Ideación suicida: Pregunta 1,2,3,4,5.</p> <p>Subcategoría 3. Intensidad de la ideación: Pregunta 6</p> <p>Subcategoría 4. Comportamiento suicida: Pregunta 7,8,9,10,11,12,13,14,15.</p>

--	--	--	--

Nota: Tabla No 2 sobre las variables y subcategorías de la investigación. Fuente de elaboración propia (2021).

Población y muestra

La población correspondió a los estudiantes de la Institución Educativa Jovita Santacoloma del corregimiento de Nariño en Tuluá Valle. Así, la muestra fue de 46 estudiantes entre los grados 10° y 11° quienes desarrollaron los instrumentos de recolección de datos. A continuación, la población y muestra de la investigación:

P= 79

n= 46

El muestreo o selección de la muestra de 46 estudiantes fue por conveniencia. Esta es una técnica de muestreo no probabilístico y no aleatorio que se usa en poblaciones del cual se tiene en cuenta elementos como el acceso, la disponibilidad de los jóvenes para desarrollar los instrumentos por aulas virtuales, el intervalo de tiempo corto para responder cada uno de los ítems y en particular el tema de disponibilidad o voluntariedad en plataforma para desarrollar cada uno de los cuestionarios.

Instrumentos de recolección de datos

Para conocer los datos de la variable independiente, se aplicó la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés), la cual presenta altos niveles de confiabilidad y fue validada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) por un grupo internacional de investigadores y médicos como una herramienta técnica para ayudar

a la identificación temprana de riesgos para la salud y trastornos debido al uso de sustancias en la atención primaria de salud, la atención médica general y otros entornos.

La versión 3.1 de la prueba ASSIST consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína, Estimulantes de tipo anfetamina, Inhalantes, Sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), Alucinógenos, Opiáceos y otras drogas.

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Después de determinada la puntuación se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en 'bajo', 'moderado' o 'alto', y en cada caso se determina la intervención más adecuada ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente).

Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de 'alto riesgo' y conductas asociadas con inyectarse.

Para conocer los datos de la variable dependiente, se aplicó la escala de calificación de gravedad del suicidio de Columbia (C-SSRS).

A Columbia Suicide Severity Rating Scale, o C-SSRS, es una escala de calificación de ideas y conductas suicidas creada por investigadores de la Universidad de Columbia, la Universidad de Pensilvania, la Universidad de Pittsburgh y la Universidad de Nueva York para evaluar el riesgo de suicidio. Califica el grado de ideación suicida de un individuo en una escala que va desde "deseo de estar muerto" hasta "ideación suicida activa con planes e intenciones y comportamientos específicos" (Posner et al., 2011).

Según (Posner, et a., 2011) menciona que los reactivos están redactados para su uso en un formato de entrevista, pero la C-SSRS puede completarse como una medida de auto informe si es necesario. La escala identifica comportamientos específicos que pueden ser indicativos de la intención de un individuo de completar el suicidio.

La prueba contiene 6 reactivos de "sí" o "no" en las que se les pide a los encuestados que indiquen si han experimentado varios pensamientos o sentimientos relacionados con el suicidio durante el último mes y comportamientos durante su vida y los últimos 3 meses. Cada pregunta aborda un componente diferente de la gravedad y el comportamiento de la ideación suicida del encuestado (Posner et al., 2011).

Si la puntuación de los reactivos (4) "Deseo de 'intentar suicidarse'" y (5) "Intento pasivo de suicidar- se", es "0", se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista, codificando como: "No aplicable". En caso contrario, se sigue aplicando.

Técnicas de análisis

Para describir la muestra se analizaron las frecuencias y las medidas de las variables. Para identificar el nivel de concordancia diagnóstica de las escalas con el juicio clínico, se calculó el porcentaje de acuerdo, tomando como parámetro de comparación el juicio clínico.

Para conocer las características psicométricas de los reactivos de la escala de ideación suicida, y de ésta en su totalidad, se llevaron a cabo los procedimientos estadísticos de correlación.

La puntuación final de la prueba ASSIST se obtuvo por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. Es importante destacar que los resultados de la pregunta 8 no cuentan para la puntuación general, pero el consumo por vía inyectada (P8) es un indicador de alto riesgo.

Procedimiento y materiales

Para llevar a cabo el análisis correlativo entre el consumo de SPA y la ideación suicida, se analizó de manera individual la detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias, por medio de la tabulación de los resultados de la prueba ASSIST en Microsoft Excel, de acuerdo con las siguientes categorías:

Subcategoría 1. Sustancias consumidas: Pregunta 1.

Subcategoría 2: Frecuencia del consumo: Preguntas 2, 3, 4, 5.

Subcategoría 3: Preocupaciones del entorno por su consumo: Pregunta 6.

Subcategoría 4: Control sobre el consumo: Pregunta 7.

Subcategoría 5. Consumo de drogas inyectadas: Pregunta 8.

Así mismo, se tabularon de manera individual los resultados de la Escala de calificación de gravedad del suicidio de Columbia (C-SSRS).

Consideraciones Éticas

De acuerdo al trabajo investigativo se tiene presente las siguientes consideraciones éticas:

En primer lugar, se cuenta con el consentimiento informado, luego se explican los instrumentos que se van a llevar a cabo haciendo énfasis en el respeto de la confidencialidad y voluntariedad en la participación de la investigación, así mismo la información recolectada será para fines académicos garantizando total anonimato, además se acatan las normas y los pasos planteados en la metodología para dar cumplimiento de los objetivos.

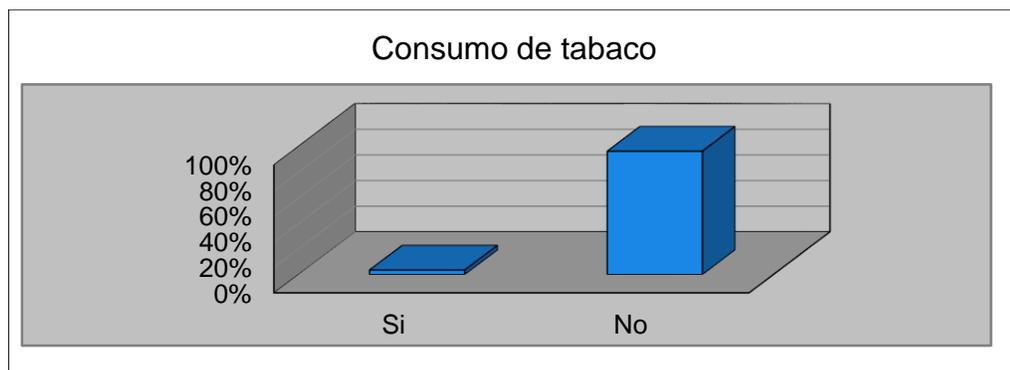
Resultados

A continuación, se presentan los resultados por categorías. Inicialmente se visualizan porcentajes relacionados con el instrumento ASSIST y posteriormente la Escala de calificación de gravedad del suicidio de Columbia (C-SSRS) y finalmente la correlación entre los mismos.

Consumo de SPA

De acuerdo con los resultados del test ASSIST, el 96% de los participantes del estudio reportó que no ha consumido cigarrillos ni derivados del tabaco. Sin embargo, el 43% reportó el consumo de bebidas alcohólicas tales como cerveza, vino y otros licores.

Gráfica 1



Nota: Gráfica No 1 sobre los resultados de la prueba ASSIST. Fuente de elaboración propia (2021).

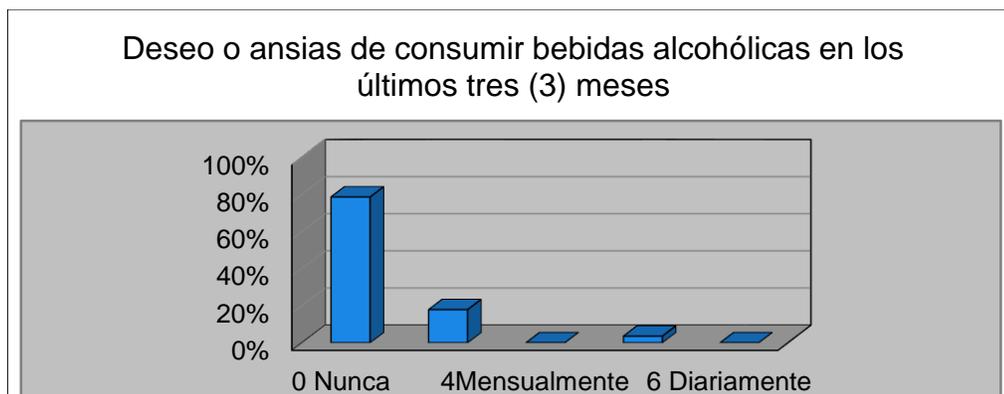
Con relación al consumo de cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc), el 96% de los participantes reportó que no son consumidores, un porcentaje bajo en comparación otras investigaciones a nivel nacional. Sin embargo, también se reportó que ningún participante ha consumido o consume cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina), opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina y codeína).

Sobre la frecuencia de consumo del tabaco, alcohol y cannabis, el 96% de los participantes indicó que no han consumido estas sustancias en los últimos tres (3) meses. Sin embargo, este porcentaje es menor en el caso de las bebidas alcohólicas. De acuerdo con los resultados, el 29% indicó consumir una o dos veces este tipo de bebidas en los últimos tres (3) meses; el 2% mensualmente y el 2% semanalmente. 67% de los participantes reportó no consumir bebidas alcohólicas en el último trimestre.

En el caso del cannabis, el 4% de los participantes indicó haber consumido una o dos veces en el último trimestre. El resto de los participantes aseguró no haber consumido cannabis en los últimos tres meses. Cabe destacar que uno de los participantes aseguró consumir, de manera semanal en el último trimestre, medicamentos para conciliar el sueño.

Paralelamente, el 18% de los estudiantes indicó que, en los últimos tres meses, han sentido una o dos veces un fuerte deseo o ansias de consumir bebidas alcohólicas. En el caso de los consumidores de cannabis y tabaco, ninguno reportó un fuerte deseo o ansias de consumir estas drogas.

Gráfica 2



Nota: Gráfica No 2 análisis de consumo. Fuente de elaboración propia (2021).

Con relación a los problemas de salud, sociales, legales y económicos, el 20% de los participantes del estudio afirmaron haber tenido una o dos veces este tipo de problemas en los últimos tres meses, como consecuencia del consumo de alcohol. En el caso de los consumidores de cannabis, esta cifra se redujo al 4% con una frecuencia mensual, es decir, el 4% de los consumidores de cannabis tuvieron un problema cada mes durante los últimos tres meses a causa del consumo de esta sustancia.

Sobre la preocupación por el consumo de SPA en el entorno social y familiar de los consumidores, 4% de los consumidores de tabaco afirmó que su círculo ha mostrado preocupación desde hace tres (3) meses o más. El 9% en el caso de los consumidores de alcohol y 0% para los consumidores de cannabis.

Finalmente, con relación a los intentos de controlar, reducir o dejar de consumir y que han resultado fallidos, el 5% de los participantes aseguró haber intentado eliminar el consumo de alcohol sin éxito, el 2% en el caso del cannabis y el 2% en el caso de los opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.).

Ideación suicida

El 6% de la muestra afirmó haber tenido pensamientos generales, no específicos de querer terminar con su vida/suicidarse (p. ej., “He pensado en matarme”) sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plan durante el período de evaluación.

El 10% de los participantes reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse, pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: “He pensado en tomar una sobredosis, pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo”.

El 11% afirmaron haber tenido ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico. Es decir, el/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener cierta intención de llevarlos a cabo, a diferencia de que dijera “Tengo esos pensamientos, pero definitivamente no los voy a llevar a cabo”. Estos resultados concuerdan con que el 0% de los participantes, afirmaran un tipo de ideación suicida activa con un plan específico e intención, es decir, pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo.

A continuación, se presentan las frecuencias con la que los participantes tienen pensamientos suicidas. Los estudiantes respondieron la siguiente pregunta: ¿Cuántas veces has tenido estos pensamientos?

Tabla 2

(0) No sabe/No corresponde	72%
(1) Sólo una vez	9%
(2) Unas pocas veces	16%
(3) Muchas	3%
(4) Todo el tiempo	0%

Nota: Tabla No 3 Porcentajes de ideación suicida. Fuente de elaboración propia (2021).

Frente a la pregunta “¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo no suicida?”, el 14% de los participantes respondió afirmativamente. Así mismo, al indagar cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autolesivo (si no fuera por eso, el intento habría ocurrido), el 3% de los participantes afirmaron haber sido interrumpidos en el momento de provocarse auto lesiones.

Es importante resaltar que uno(a) de los participantes afirmó haber abortado el intento de suicidio en tres ocasiones. Es decir, cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio, pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Sin embargo, el 11% de los participantes reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar.

Análisis correlativo

Teniendo en cuenta los resultados individuales, se llevó a cabo un análisis correlativo para medir la dependencia entre las variables “ideación suicida” y “consumo de drogas”. Estas variables, que en un inicio eran cualitativas, fueron convertidas a variables cuantitativas por

medio de la asignación dicotómicas. Es decir, “0: afirmativo” y “1: negativo”, con el fin de calcular la dependencia lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas.

El valor del coeficiente de correlación puede variar de -1 a $+1$. Mientras mayor sea el valor absoluto del coeficiente, más fuerte será la relación entre las variables. Para la correlación de Pearson, un valor absoluto de 1 indica una relación lineal perfecta. Una correlación cercana a 0 indica que no existe relación lineal entre las variables.

A continuación, se describen los coeficientes de correlación entre la Ideación Suicida (IS) y el consumo de tabaco (CT), consumo de licor (CL) y consumo de cannabis (CC) se omitieron las demás sustancias teniendo en cuenta la poca o nula frecuencia de consumo entre los estudiantes):

Tabla 3

	Coeficiente de correlación	Interpretación
IS – CT	0,52	Correlación media
IS – CL	0,73	Correlación alta
IS – CC	0,08	Correlación baja

Nota: Tabla No 4 Coeficientes de correlación entre el Spa y la ideación suicida. Fuente de elaboración propia (2021).

De acuerdo con estos resultados, existe una correlación lineal alta entre el consumo de licor y la tendencia a la ideación suicida en los estudiantes. Es decir, los participantes que presentan pensamientos suicidas o han intentado acabar con su vida, también presentan un frecuente consumo de licores (cerveza, vino, etc.). De igual manera, el cannabis parece no

estar asociado con la ideación suicida en los jóvenes; situación que se repite en el caso del consumo de tabaco, aun cuando la mitad de personas con IS presentan CT.

Discusión

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, revisión del texto (DSM-IV-TR), el alcohol es una de las once clases de sustancias para las que se puede considerar un trastorno relacionado con sustancias cuando surgen efectos secundarios a su uso. Los trastornos relacionados con el alcohol se clasifican como trastorno por consumo de alcohol, trastornos inducidos por el alcohol y trastorno relacionado con el alcohol no especificado de otra manera. Este último se diagnostica cuando no se cumplen los criterios de los dos primeros.

El trastorno por consumo de alcohol comprende la dependencia y el abuso del alcohol, que solo pueden diagnosticarse en ausencia de dependencia. La dependencia del alcohol puede definirse por tres o más de los siguientes en un período de 12 meses: tolerancia, definida por la necesidad de aumentar la dosis para mantener su efecto y / o la disminución del efecto con el uso continuado al mismo tiempo. dosis; retiro, definido como la aparición de un síndrome característico del alcohol tras la suspensión o reducción pronunciada de la dosis, que puede revertirse con alcohol o calmarse con sustancias de acción similar (por ejemplo, benzodiazepinas); ingesta en dosis más altas o por periodos más prolongados que los previstos por el sujeto; intentos fallidos o ningún deseo de reducir o controlar el uso de sustancias; considerable tiempo perdido en buscar alcohol o recuperarse de sus efectos; actividades sociales, profesionales y recreativas deterioradas debido al consumo de alcohol; y uso continuado a pesar de la conciencia de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. El abuso se define como el uso recurrente de alcohol que da como resultado un

deterioro en el funcionamiento interpersonal, social y profesional, frente a peligros físicos o problemas legales, y continúa a pesar de todos los riesgos anteriores.

Un metaanálisis de estudios de cohortes (Harris, 2017), mostró que tanto los trastornos por consumo de alcohol como de drogas están fuertemente asociados con el suicidio. Los consumidores de alcohol en exceso tenían un riesgo cinco veces mayor de suicidio que los bebedores sociales. La Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS), centrada en los adolescentes, no encontró relaciones causales entre el comportamiento de consumo de alcohol en general y los intentos de suicidio, pero informó una asociación significativa entre los trastornos relacionados con el alcohol y los intentos de suicidio.

En general, el consumo de alcohol es un factor de riesgo bien establecido para el suicidio y las autolesiones deliberadas (Darvishi, Farhadi et al. 2015), dos fenómenos que representan una proporción sustancial de muertes prematuras y de pérdida de años de vida saludable (Bertolote y Fleischmann 2009; Rehm, Mathers et al. 2009; Kerkhof 2012). Hay dos aspectos del consumo de alcohol que parecen tener especial importancia a este respecto: el consumo excesivo crónico (por ejemplo, el abuso de alcohol) y la intoxicación aguda por alcohol (Hufford 2001; Conner y Chiapella 2004; Borges y Loera 2010). Estos dos aspectos del consumo de alcohol varían sustancialmente en función del género y entre países y culturas de consumo (Wilsnack, Vogeltanz et al. 2000; Babor, Caetano et al. 2010). Con relación a lo anterior, se encontró que la variable del consumo de alcohol es una de las más significativas de las estudiadas en esta investigación arrojando un porcentaje del 43% el cual presentó una relación directa y estrecha con la ideación suicida.

Como es de esperar, los mecanismos sugeridos que subyacen a la relación entre el alcohol y la conducta suicida difieren entre las distintas disciplinas científicas. Dentro de la psiquiatría y la psicología, un modelo de diátesis-estrés (Barzilay y Apter 2014), o enfoques

similares (Lamis y Malone 2012) se utilizan a menudo para explicar el comportamiento suicida. Dentro de este marco, el abuso de alcohol representa una vulnerabilidad o predisposición (diátesis) de la conducta suicida por lo que a menudo conduce a -y coexiste con- condiciones que predisponen a la conducta suicida, como la depresión y otros trastornos psiquiátricos, enfermedades físicas graves, soledad, baja autoestima, desesperanza, impulsividad y agresividad. Además, el abuso de alcohol también se asocia a acontecimientos desencadenantes (estrés) de la conducta suicida, como los episodios depresivos, los conflictos en las relaciones íntimas, el divorcio, el desempleo y los problemas financieros. Por lo tanto, el elevado riesgo de comportamiento suicida entre las personas que abusan del alcohol puede explicarse en parte como el resultado de la interacción entre los factores de vulnerabilidad y los acontecimientos vitales desencadenantes.

El papel de la intoxicación alcohólica en la conducta suicida también puede entenderse dentro de este marco. El efecto agudo del alcohol sobre los neurotransmisores y las funciones cognitivas implica que la intoxicación alcohólica aumenta la sensación de desesperación o tristeza, incrementa la agresividad, refuerza la impulsividad y los pensamientos suicidas, debilita o elimina las barreras para la autolesión y reduce la capacidad de encontrar estrategias de solución alternativas (Hufford 2001). En particular, los mecanismos causales sugeridos en este marco pertenecen principalmente a la asociación a nivel individual.

Una de las contribuciones de la investigación es que proporciona un marco para ver la literatura, a veces conflictiva. No es sorprendente que los hallazgos no correspondan estrechamente con los de Fergusson et al. (2002), que encuentran que el consumo de cannabis conduce a comportamientos suicidas, con mayores efectos a edades más tempranas y a mayores frecuencias de consumo. Se observa que la falta de hallazgos significativos en Fergusson et al. (1997), analiza el impacto del consumo de cannabis antes de los 16 años en la

conducta suicida a lo largo de las edades de 16 a 18 años, puede estar relacionada con que muy pocos individuos consumen cannabis antes de los 16 años a una intensidad suficientemente alta como para inducir la conducta suicida a lo largo de las edades de 16 a 18 años. El hallazgo de la presente investigación de que el consumo intensivo y regular de sustancias es el único que conduce a las conductas suicidas es coherente con Chatterji et al. (2004), que informan de que el abuso de alcohol definido clínicamente está relacionado causalmente con la conducta suicida, pero el consumo problemático menos intenso no lo está.

En una línea similar, Van Ours y Williams (2012) informan de que si bien el consumo de cannabis (a lo largo de la vida) reduce el bienestar mental, su efecto es pequeño, similar en magnitud a tener una migraña. Van Ours y Williams (2011) informan de una relación dosis-respuesta, y descubren que el consumo actual de cannabis tiene un mayor efecto perjudicial sobre la salud mental que el consumo anterior y que la magnitud del efecto del consumo actual aumenta con la intensidad del consumo. Los resultados del presente estudio complementan estos hallazgos, mostrando que el malestar psicológico extremo (medido por la ideación suicida) no es sensible al consumo ocasional de cannabis, pero sí al consumo intenso.

Gráfica 3



Nota: Gráfica de los porcentajes y frecuencias correlativas. Fuente de elaboración propia (2021).

A través de la gráfica anterior, se responde la hipótesis planteada en la investigación donde se evidencia una correlación entre consumo de sustancias psicoactivas e ideación suicida de acuerdo a los instrumentos aplicados en la población de décimo y undécimo grado de la I.E Jovita Santacoloma del corregimiento de Nariño en Tuluá Valle. Se observa de una mejor manera la presencia del consumo del alcohol con un porcentaje del 29 % este tiene una estrecha correlación con la ideación suicida que muestra el 10%, además de los otros indicadores del consumo como el cannabis y el cigarrillo también tienen una frecuencia menor y asimismo es importante correlacionarlo con la ideación suicida.

Conclusiones

Para concluir con el trabajo investigativo se determina el cumplimiento de cada uno de los objetivos propuestos con dicho estudio.

En este orden de ideas, el tener pensamientos relacionados con la vida y la muerte forma parte del desarrollo normal de un adolescente. Cuando estas ideas persisten como la única solución a los problemas de alguien, se pueden desencadenar conductas suicidas. Además, existe consensos en la literatura acerca de la relación entre consumo de SPA y la ideación suicida; se debe tener presente los factores de riesgos en los que están inmersos los adolescentes como las relaciones interpersonales con pares negativos que consumen algún tipo de sustancia, la falta de concientización con respecto a las consecuencias del consumo, la ausencia de redes de apoyo y la presión social que reciban, debido a estos factores de riesgo se pueden desencadenar pensamientos negativos como la ideación suicida afectando la salud física, mental y emocional del adolescente. Ahora bien, con la aplicación del instrumento de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en los estudiantes de décimo y undécimo grado de la IE. Jovita Santacoloma del corregimiento de Nariño en Tuluá Valle, aseguran no consumir drogas distintas al tabaco, alcohol y cannabis; únicamente los alumnos con un nivel elevado de consumo de alcohol en los últimos tres (3) meses, presentan tendencias a la ideación suicida.

Según el Instrumento de la Escala de calificación de gravedad del suicidio de Columbia (C-SSRS) se detecta que algunos de los estudiantes reconocen tener ideas suicidas y han pensado por lo menos en un método de cometer el acto como en los casos de consumir drogas farmacéuticas y drogas ilegales produciendo sobredosis, además es importante mencionar que uno de los alumnos afirma haber presentado el intento suicida en tres ocasiones. De acuerdo con el análisis de los resultados de puede evidenciar una correlación de 0,73 ($p < 0,05$) entre

ideación suicida y consumo de licores. Este resultado señala una emergente necesidad de programas de extensión con atención centrada en la prevención de suicidios y consumo de alcohol dentro de la institución educativa Jovita Santacoloma del corregimiento de Nariño, del municipio de Tuluá Valle.

Finalmente, a través del trabajo investigativo se logró un acercamiento con la población estudiantil donde se abordó diferentes ejes temáticos en los encuentros virtuales logrando una participación activa de los alumnos y docentes, donde se brindó espacios de interacción compartiendo sus experiencias y su sentir frente a los temas tratados.

Recomendaciones

Se recomienda realizar una exhaustiva y rigurosa investigación sobre los temas del consumo de sustancias psicoactivas y la ideación suicida en contextos educativos abarcando toda la población estudiantil y teniendo en cuenta otras instituciones que capaciten a la comunidad educativa frente a estas problemáticas.

Es necesario realizar campañas donde se brinden herramientas de promoción y prevención de los factores de riesgo y protectores asociados a estas dos variables las cuales afectan la población estudiantil en especial los adolescentes.

Se sugiere realizar objetivos claros y pertinentes acorde a la investigación dando cumplimiento con el estudio que se llevará a cabo.

Se recomienda que los futuros investigadores de los diferentes proyectos se capaciten con respecto a la aplicación de los instrumentos que se van a emplear con dicha población considerando la validez y confiabilidad de los mismos.

Se indica a quienes tomen como referencia la investigación realizada sobre el consumo de SPA y la ideación suicida en continuar complementado dicho estudio.

Finalmente se recomienda realizar la investigación desde una esfera social en donde se tiene en cuenta aspectos relacionados con el ambiente físico, geográfico y cultura de la Vereda Nariño de Tuluá. Si bien es cierto la existencia de lugares de esparcimiento, discotecas y fincas en la vereda que de una forma u otra inciden en la frecuencia de los adolescentes para asistir a estos espacios. Una población pequeña que requiere más atención desde los planes de gobierno que permitan incursionar en esta clase de investigaciones, pero desde una óptica social y comunitaria.

Limitaciones

A pesar de la pandemia del Covid-19 y al distanciamiento social se pudo realizar esta investigación gracias a las herramientas tecnológicas (Meet y Teams), siendo la virtualidad un medio de la cual se logró una interacción con la comunidad educativa quienes tuvieron la disposición para asistir en cada encuentro virtual logrando los resultados adquiridos y cumpliendo con los objetivos planteados.

Cabe considerar que se presentó una asistencia intermitente por parte de los estudiantes durante los diferentes encuentros que se realizaron virtualmente, ocasionando la reducción de la muestra del trabajo de investigación, por ello para optimizar este obstáculo se sugiere realizar las charlas orientadoras en un horario pertinente para motivar aún más a los estudiantes en la asistencia de los encuentros y abarcar una mayor población de estudio.

Referencias Bibliográficas

Abordaje desde la complejidad a las barreras en la prestación de servicios de salud a consumidores de sustancias psicoactivas: estudio de caso en el modelo de salud colombiano. (2018). Health and Addictions/Salud y Drogas.

<https://ojs.haaj.org/index.php?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=334>

Adolescents and Adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>

AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. (n.d.). Retrieved June 8, 2021, from

https://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft_5_2018/6factores_cognitivos_neuropsicologicos.pdf

Afifi, T. O., Cox, B. J., & Katz, L. Y. (2007). The associations between health risk behaviours and suicidal ideation and attempts in a nationally representative sample of young adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 52(10), 666-674. <https://doi.org/10.1177/070674370705201007>

Barra, F. D. La. (2009). Salud mental de niños y adolescentes ¿Por qué es necesaria investigarla? *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 47(3), 175-177.

Brown, B. (1990). *Peer Groups and Peer Cultures*, in S. Feldman, and G. Elliott (eds.), *At the Threshold: the Developing Adolescent*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Cuberos, R. C. (2016). *PERFILES DE CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES ANDALUCES DE PRIMER CICLO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA.*

Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83946520003>

COMPORTAMIENTO SUICIDA, SU PREVALENCIA Y FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE 15 A 17 AÑOS EN DOS COLEGIOS DE LETICIA, AMAZONAS. (2019). Universidad Ces.

<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/19875/PREVALENCIA%20COMPOR-TAMIENTO%20SUICIDA%20Y%20FACTORES%20FAMILIARES.pdf;jsessionid=337E5A1B9D92B2E5EE5C8C7EDF3F175E?sequence=1>

Comportamiento de la Vigilancia del Intento de suicidio. (2020). *Bes Boletín Epidemiológico Semanal.* [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020 Boletin epidemiologico semana 18.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2018.pdf)

Cano De Faroh, A. (2007). Cognición en el adolescente según Piaget y Vygotski. ¿Dos caras de la misma moneda? *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 27(2), 148-166.

<https://www.redalyc.org/pdf/946/94627214.pdf>

Chambers, R. A., Taylor, J. R., & Potenza, M. N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *The American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1041-1052. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1041>

Chong, M. Y., Chan, K. W., & Cheng, A. T. (1999). Substance use disorders among adolescents in Taiwan: prevalence, sociodemographic correlates and psychiatric co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29(6), 1387-1396. <https://doi.org/10.1017/s0033291799001257>

Cortés-Cortés, M. E., Alfaro Silva, A., Martínez, V., & Veloso, B. C. (2019). Desarrollo cerebral y aprendizaje en adolescentes: Importancia de la actividad física. *Revista médica de Chile*, 147(1), 130-131. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872019000100130>

Developmental Review : DR, 28(1), 78-106. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>

Díaz Negrete, B., & García-Aurrecochea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(4). <https://doi.org/10.1590/s1020-49892008001000001>

El consumo de sustancias psicoactivas en la población Universitaria de Pregrado del Valle -Sede Cali. (2016). Universidad del Valle. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/9859/0534267-E-2016-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>

Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes de 10 a 19 años de la Institución Educativa José Antonio Aguilera del municipio San Pedro Valle del Cauca. (2014). INSTITUCIÓN EDUCATIVA SUPERIOR UCEVA. <http://dspace.uceva.edu.co:8080/handle/123456789/602>

Ferrer, R. (1999). La depresión en la adolescencia. *Revista Catalana de Psicoanálisis*, 16(1), 75-80.

Flavell, J. H. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. En *The nature of intelligence*.

Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: an experimental study. *Developmental Psychology*, 41(4), 625-635. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625>

Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S., Boruff, J., Ware, M.,

Marmorstein, N., Cipriani, A., Dendukuri, N., & Mayo, N. (2019). Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(4), 426-434.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4500>

Gómez Rodríguez, D. T., Gutiérrez Herrera, M., & Londoño, S. P. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia*, 7(1), 45-51. <https://doi.org/10.21500/19002386.1193>

Góngora Gómez, O., Elizabeth Gómez Vázquez, Y., Antonio, M., Ojeda, R., Leandro, J., Guerrero, P., Hernández González, E., Jesús, W., & Carralero, R. (2019). Comportamiento del alcoholismo en adolescentes. *Acta Médica del Centro*, 13(3), 315-327.

Gray, K. M., & Squeglia, L. M. (2018). Research Review: What have we learned about adolescent substance use? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(6), 618-627. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12783>

Griffin, A. (2017). Adolescent Neurological Development and Implications for Health and Well-Being. *Healthcare*, 5(4), 62. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040062>

“Ideación Suicida en Adolescentes”. (2016). Universidad siglo 21.

<https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/13032/VARENGO%20Judith.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 617-626. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.617>

Kosky, R., Silburn, S., & Zubrick, S. R. (1990). Are children and adolescents who have

suicidal thoughts different from those who attempt suicide? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(1), 38-43. <https://doi.org/10.1097/00005053-199001000-00007>

LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA COVID-19 Y EL CONFINAMIENTO. (2020). Universidad del País Vasco. https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Universidades/Ficheros/Consecuencias_psicologicasCOVID19

Lisset, Y., & Carmona, M. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 141.

Malacas, C. (2020, 6 agosto). *Factores predictores de la intención de consumo de marihuana en adolescentes de nivel secundaria | Health and Addictions/Salud y Drogas*. Health and Addictions/Salud y Drogas. <https://ojs.haaj.org/index.php?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=481>

Manuales MSD. (s. f.). Uso y abuso de sustancias en adolescentes. Manual MSD versión para público general. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/problemas-en-los-adolescentes/uso-y-abuso-de-sustancias-en-adolescentes>

Manuales MSD. (2019). Comportamiento suicida en niños y adolescentes. Manual MSD versión para público general. <https://www.msdmanuals.com/es-co/hogar/salud-infantil/trastornos-de-la-salud-mental-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes/comportamiento-suicida-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes>

Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M. del P., & Quintero, M. F. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología*

desde el Caribe, *unknown*(23), 83-112.

Milin, R., & Walker, S. (2015). Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives. *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives, January 2015*.

<https://doi.org/10.1007/978-88-470-5322-9>

Molina Campoverde, G. L., & Toledo Naranjo, R. K. (2014). Las Redes Sociales Y Su Influencia En El Comportamiento De Los Adolescentes. *Universidad Del Azuay*, 1-80.

<http://es.scribd.com/doc/81538099/Redes-Sociales-y-Su-cia-en-El-Rendimiento-Academico>

Morral, A. R., & Mccaffrey, D. F. (2002). *Reevaluando el Efecto de Puerta de Entrada de la Marihuana*. 97(12), 1493-1504.

Núñez, P. (2012, 6 febrero). Las drogas en la historia. | Pinto Núñez | Revista Científica Salud Uninorte. Salud Uninorte.

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4217/5873>

OMS. (2015). *Desarrollo en la adolescencia*.

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es

OMS. (2020). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización de los Estados Americanos. (2013). Drogas y Salud Pública. *El problema de las drogas en las Americas: Estudios*, 79.

Özdemir, A., Utkualp, N., & Pallos, A. (2016). Physical and psychosocial effects of the changes in adolescence period. *International Journal of Caring Sciences*, 9(2), 7.

https://www.researchgate.net/publication/311607528_Special_Article_Physical_and_Psychosocial_Effects_of_the_Changes_in_Adolescence_Period

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings from Three Multisite Studies.

Pérez-Gómez, A., Lanziano, C., Reyes-Rodríguez, M. F., Mejía-Trujillo, J., & Cardozo-Macías, F. (2018). Perfiles asociados al consumo de alcohol en adolescentes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 21(2), 258-281. <https://doi.org/10.14718/acp.2018.21.2.12>

PEREIRO GÓMEZ, CÉSAR, & BERMEJO BARRERA, ANA, & LÓPEZ DE ABAJO, BENITO (2005). Muerte por sobredosis: de la reacción aguda tras consumo de opiáceos a la muerte asociada al policonsumo. *Adicciones*, 17(2), 151-165. [fecha de Consulta 8 de Junio de 2021]. ISSN: 0214-4840. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122022006>

Revista de Toxicología de AETOX. (2018). *Página no encontrada* –. <http://rev.aetox.es/wp/wp-content/uploads/2018/06/Revista-de-Toxicologia-35.1-41-48>

Resnick, M. D. (2000). Protective factors, resiliency and healthy youth development. *Adolescent Medicine (Philadelphia, Pa.)*, 11(1), 157-165.

Rodriguez, J. (2018). *Theories of Cognitive Development*.

Steinberg, L. (2008). A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking.

Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.83>

Trastornos de uso de sustancias y salud mental. (2019). Mental Health. <https://espanol.mentalhealth.gov/sintomas/abuso-de-sustancias>

Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., de la Fuente-Martín, A., & Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 34(2), 264-277.

<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78720>

Vera, B. D. V. (2020, 4 marzo). *Efecto de una dosis aguda de alcohol sobre control inhibitorio, sensibilidad a las recompensas y toma de riesgos en estudiantes universitarios con elevada y baja impulsividad rasgo | Health and Addictions/Salud y Drogas*. Health and Addictions/Salud y Drogas.

<https://ojs.haaj.org/index.php?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=461>

Velázquez, A. (2020, 21 enero). ¿Qué es la investigación correlacional? QuestionPro. [https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-correlacional/#:%7E:text=La%20investigaci%C3%B3n%20correlacional%20es%20un,un%20investigador%20mide%20dos%20variables.&text=Esto%20es%20precisamente%20lo%20que,en%20este%20ejemplo%20en%20particular\).](https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-correlacional/#:%7E:text=La%20investigaci%C3%B3n%20correlacional%20es%20un,un%20investigador%20mide%20dos%20variables.&text=Esto%20es%20precisamente%20lo%20que,en%20este%20ejemplo%20en%20particular).)

Anexos

Escala de clasificación de gravedad del suicidio de Columbia (C-SSRS)

La Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) es un cuestionario que se utiliza para la evaluación del suicidio. Desarrollado por múltiples instituciones, incluida la Universidad de Columbia, con el apoyo del NIMH. La escala es respaldada por evidencia y es parte de una iniciativa de salud pública nacional e internacional que involucra a evaluación de las tendencias suicidas.

Disponible en 103 idiomas diferentes, la báscula ha sido satisfactoriamente implementada en muchos entornos, incluidas escuelas, campus universitarios, militares, departamentos de bomberos, el sistema de justicia, la atención primaria y la investigación científica. Se han desarrollado varias versiones del C-CCRS para la práctica clínica. La evaluación de riesgos La versión tiene tres páginas, y la página inicial se centra en una lista de verificación de todos los riesgos y factores que pueden aplicarse. Esta página está diseñada para completarse después de la entrevista con el cliente (persona que llama).

Las siguientes dos páginas constituyen la evaluación formal. La evaluación de riesgos C-SSRS está destinada a ayudar establece el riesgo inmediato de suicidio de una persona y se utiliza en entornos de cuidados intensivos.

Para que la Evaluación de Riesgos C-SSRS esté disponible para todos los centros Lifeline, Lifeline colaboró con Kelly Posner, Ph.D., directora del Centro para la Evaluación del Riesgo de Suicidio en Columbia Universidad / Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York para ajustar ligeramente la primera página de la lista de verificación para cumplir con estándares de evaluación de riesgos de Lifeline. Se agregaron los siguientes componentes: impotencia, sentimiento atrapado y comprometido con el trabajador del teléfono.

A continuación, se muestra la versión aprobada de la Evaluación de riesgos C-SSRS. Esta es una opción recomendada para considerarlo como una herramienta de evaluación de riesgos para su centro. Si se aplica, debe seguirse exactamente de acuerdo con las instrucciones y no se puede modificar.

La capacitación está disponible y se recomienda (aunque no es necesaria para la práctica clínica o del centro) antes administrar el C-SSRS. La capacitación se puede administrar a través de una diapositiva interactiva de 30 minutos. Presentación seguida de una sesión de preguntas y respuestas o utilizando un DVD de la presentación. Aquellos que completan la capacitación están certificados para administrar el C-SSRS y pueden recibir un certificado, que es válido por dos años.

Instrucciones: Marque todos los factores de riesgo y protección que apliquen. Para completar después de la entrevista con el paciente, revisión de los registro (s) y / o consulta con familiares y / u otros profesionales.

Comportamiento suicida y autolesivo (semana pasada)		Estado clínico (reciente)			
<input type="checkbox"/>	Intento de suicidio real	<input type="checkbox"/>	Toda la vida	<input type="checkbox"/>	Desesperación
<input type="checkbox"/>	Intento interrumpido	<input type="checkbox"/>	Toda la vida	<input type="checkbox"/>	Desamparo *
<input type="checkbox"/>	Intento abortado	<input type="checkbox"/>	Toda la vida	<input type="checkbox"/>	Sentirse atrapado *
<input type="checkbox"/>	Otros actos preparatorios para suicidarse	<input type="checkbox"/>	Toda la vida	<input type="checkbox"/>	Episodio depresivo mayor
<input type="checkbox"/>	Comportamiento de autolesión sin intención de suicidio	<input type="checkbox"/>	Toda la vida	<input type="checkbox"/>	Episodio afectivo mixto
Ideación suicida (más severa en la semana pasada)				<input type="checkbox"/>	Ordenar a las alucinaciones que se lastimen a si mismo
<input type="checkbox"/>	Deseo estar muerto	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Comportamiento muy impulsivo
<input type="checkbox"/>	Pensamientos suicidas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Abuso o dependencia de sustancias
<input type="checkbox"/>	Pensamientos suicidas con método (pero sin especificidad)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Agitación o ansiedad severa
<input type="checkbox"/>	Plan o intención de actuar	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Carga percibida sobre la familia u otros
<input type="checkbox"/>	Intención suicida (sin plan específico)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Dolor físico crónico u otro problema médico agudo (SIDA, EPOC, cáncer, etc.)
Activación de eventos (recientes)				<input type="checkbox"/>	Ideación homicida
<input type="checkbox"/>	Pérdida reciente u otro evento negativo significativo			<input type="checkbox"/>	Comportamiento agresivo hacia los demás.
	Describir:			<input type="checkbox"/>	Método de suicidio disponible (pistola, pastillas, etc.)
<input type="checkbox"/>	Pendiente de encarcelamiento o falta de vivienda			<input type="checkbox"/>	Se niega o se siente incapaz de aceptar el plan de seguridad
<input type="checkbox"/>	Aislamiento actual o pendiente o sentirse solo			<input type="checkbox"/>	Abuso sexual (de por vida)
Historial de tratamiento				<input type="checkbox"/>	Antecedentes familiares de suicidio (de por vida)
<input type="checkbox"/>	Diagnósticos y tratamientos psiquiátricos previos			Factores protectores (reciente)	
<input type="checkbox"/>	Desesperado o insatisfecho con el tratamiento			<input type="checkbox"/>	Identifica razones para vivir
<input type="checkbox"/>	No cumple con el tratamiento			<input type="checkbox"/>	Responsabilidad con la familia u otros; viviendo con la familia
<input type="checkbox"/>	No recibir tratamiento			<input type="checkbox"/>	Red social de apoyo o familia
Otros factores de riesgo				<input type="checkbox"/>	Miedo a morir o morir por dolor y sufrimiento.
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	Creencia de que el suicidio es inmoral, alta espiritualidad.
				<input type="checkbox"/>	Comprometido en el trabajo o la escuela
				<input type="checkbox"/>	Comprometido con el trabajador telefónico *
				Otros factores protectores	

Describe cualquier comportamiento suicida, autolesivo o agresivo (incluya fechas):

IDEACION SUICIDA

Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de "Comportamiento suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "sí", complete la sección "Intensidad de la ideación" más abajo.

1. Deseos de morir

El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar.

- ¿Has pensado en estar muerto/a o lo que sería estar muerto/a?
 ¿Has deseado estar muerto/a o que pudieras quedarte dormido/a y nunca despertar?
 ¿Desearías dejar de vivir?

Si la respuesta es "sí", describe:

Desde la última visita

Sí No

2. Pensamientos suicidas activos no específicos

Pensamientos generales, no específicos de querer terminar con su vida/ suicidarse (p. ej., "He pensado en matarme") sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plan durante el periodo de evaluación.

- ¿Has pensado en hacer algo para dejar de vivir?
 ¿Has pensado en matarte?

Si la respuesta es "sí", describe:

Sí No

3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar

El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el periodo de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: "He pensado en tomar una sobredosis pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo".

- ¿Has pensado en cómo lo harías o que harías para dejar de vivir (matarte)? ¿En qué pensaste?

Si la respuesta es "sí", describe:

Sí No

4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico

El/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener cierta intención de llevarlos a cabo, a diferencia de que dijera "Tengo esos pensamientos pero definitivamente no los voy a llevar a cabo".

- ¿Cuándo pensaste hacer algo para dejar de vivir (o matarte), ¿pensaste que esto era algo que realmente podrías hacer?
 Esto es diferente de (al contrario de) tener esos pensamientos, pero sabiendo que no los llevarías a cabo.

Si la respuesta es "sí", describe:

Sí No

5. Ideación suicida activa con un plan específico e intención

Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo.

- ¿Has decidido cómo o cuándo harías algo para dejar de vivir/matarte? ¿Has planificado (elaboraste los detalles de) cómo lo harías?
 ¿Cual era tu plan?
 Cuando hiciste este plan (o elaboraste los detalles), ¿había alguna parte tuya pensando en hacerlo realmente?

Si la respuesta es "sí", describe:

Sí No

INTENSIDAD DE LA IDEACION

La siguiente característica debe ser evaluada con respecto al tipo más serio de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos serio y 5 siendo el más serio).

Ideación más seria: _____

Tipo n° (1-5)

Descripción de la ideación

Frecuencia

¿Cuántas veces has tenido estos pensamientos?

(1) Sólo una vez

(2) Unas pocas veces

(3) Muchas

Escriba la respuesta _____

(4) Todo el tiempo

(0) No sabe/No corresponde

Más seria

COMPORTAMIENTO SUICIDA		Desde la última visita
<i>(Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)</i>		
Intento real: Un acto potencialmente autolesivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir <i>como resultado del mismo</i> . El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay <i>cualquier</i> intención o deseo de morir asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. <i>No es necesario que haya alguna herida o daño</i> , solo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiere, esto se considera un intento. Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, esta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pienso que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención.		<p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Hiciste algo para tratar de matarte o para dejar de vivir? ¿Qué hiciste?</p> <p>¿Te hiciste daño a propósito? ¿Por qué hiciste eso?</p> <p>¿Hiciste _____ como una manera de poner fin a tu vida?</p> <p>¿Querías morirte (aunque fuera un poco) cuando tú _____?</p> <p>¿Estabas tratando de dejar de vivir cuando tú _____?</p> <p>¿O pensaste que era posible que podrías haber muerto por _____?</p> <p>¿O lo hiciste por otras razones puramente, en absoluta no para poner fin a tu vida o matarte (como para sentirte mejor, o para obtener que suceda algo)? (Comportamiento autolesivo sin intención suicida)</p> <p>Si la respuesta es "sí", describe:</p>		<p>Nº total de intentos</p> <p>_____</p>
¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo no suicida?		<p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo, con intención desconocida?		<p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
Intento interrumpido: Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autolesivo (<i>si no fuera por eso, el intento habría ocurrido</i>). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero le impiden ingerirlas. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntando hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo o alguien la detiene.		<p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero alguien o algo te detuvo antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste?</p> <p>Si la respuesta es "sí", describe:</p>		<p>Nº total de intentos interrumpidos</p> <p>_____</p>
Intento abortado: Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa.		<p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero cambiaste de idea (te detuviste) antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste?</p> <p>Si la respuesta es "sí", describe:</p>		<p>Nº total de intentos abortados</p> <p>_____</p>
Actos o comportamiento preparatorios: Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida).		<p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Has hecho algo para estar listo/a para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), como regalar cosas, escribir una nota de despedida, obtener las cosas que tú necesitas para matarte?</p> <p>Si la respuesta es "sí", describe:</p>		<p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
Suicidio consumado:		<p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
		<p>Fecha del intento más letal:</p> <p>_____</p>
Grado de letalidad y lesiones:		<p>Ingrese código</p> <p>_____</p>
<p>0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales).</p> <p>1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces).</p> <p>2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de un vaso sanguíneo importante).</p> <p>3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización <i>médica</i> y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves).</p> <p>4. Daño físico grave: necesita hospitalización <i>médica</i> con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital).</p> <p>5. Muerte</p>		<p>Ingrese código</p> <p>_____</p>
Letalidad potencial: conteste solamente si la letalidad real = 0 Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaron lesiones, tuvieron gran potencial letal: puso una pistola dentro de su boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara).		
<p>0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones</p> <p>1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte</p> <p>2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible</p>		

Enlace de la prueba online:

<https://www.questionpro.com/a/TakeSurvey?tt=FHwirut2F0FQ%3D>

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

La prueba consta de ocho preguntas, cada pregunta del cuestionario tiene un conjunto de respuestas de las cuales elegir, y cada respuesta de las preguntas 2 a la 7 tiene una puntuación numérica, y son las que se tienen en cuenta en la calificación final.

“Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, tragar, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas)”. “Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes y los medicamentos para el dolor).

En esta entrevista no se registrarán las medicinas recetadas por su médico, pero si ha tomado esas medicinas por otros motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo”. “Aunque también nos interesa conocer el consumo de diferentes drogas ilegales, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

-Pregunta 1 (P1): ¿cuáles sustancias han consumido alguna vez a lo largo de la vida?

-Pregunta 2 (P2): ¿con qué frecuencia se ha consumido sustancias en los últimos tres meses, lo que indica las sustancias más importantes para el estado de salud actual?

-Pregunta 3 (P3): ¿con qué frecuencia se ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir cada sustancia en los últimos tres meses?

-Pregunta 4 (P4): ¿con qué frecuencia el consumo de sustancias ha causado problemas en los últimos tres meses?

-Pregunta 5 (P5): ¿con qué frecuencia se dejó de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses?

-Pregunta 6 (P6): si algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo y qué tan reciente ha sido.

-Pregunta 7 (P7): si se ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancia y no se ha logrado y qué tan reciente ha sido.

-Pregunta 8 (P8): si alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada y que tan reciente ha sido?

Enlace de la prueba ASSIT online:

<https://www.questionpro.com/a/TakeSurvey?tt=d33Cp14Npvo%3D>

Cuestionario sobre el consumo de Spa

El cuestionario consta de 13 preguntas para determinar la cantidad de estudiantes que están consumiendo sustancias psicoactivas en la actualidad.

- 1) ¿Acostumbra a salir de fiesta?
- 2) ¿Actualmente consume sustancias psicoactivas y alcohol?
- 3) ¿Por qué nunca ha consumido alguna sustancia psicoactiva?
- 4) ¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez alguna sustancia psicoactiva?

- 5) ¿Has consumido alcohol?
- 6) ¿Por qué consumió alcohol por primera vez?
- 7) ¿Actualmente consume sustancias psicoactivas y alcohol?
- 8) ¿Has consumido cigarrillo?
- 9) ¿En los últimos 30 días (Un mes) cuantos cigarrillos ha consumido en un día?
- 10) ¿Tienes inconvenientes con tus familiares por el consumir alguna sustancia psicoactiva, fumar cigarrillo o beber alcohol?
- 11) ¿Estas preocupado por los efectos nocivos que tienen estas sustancias (SPA, El cigarrillo o el alcohol) en tu salud?
- 12) ¿Te has emborrachado alguna vez?
- 13) ¿Qué considera usted, el consumo de sustancias psicoactivas es o no un peligro para la sociedad?

Enlace del Cuestionario online: <https://forms.gle/GXi1cqCutPeybUVs8>

Encuesta de satisfacción

- 1) Nombre completo
- 2) Grado
- 3) Fecha
- 4) ¿Se sintió cómodo/a con la actividad?
- 5) ¿Pudo participar y opinar en las actividades?

- 6) ¿Entendí con claridad los temas abordados?
- 7) ¿Soy consciente de los riesgos que pueden suceder en mi entorno?
- 8) ¿En cualquier situación puedo contar con el apoyo de mis padres o docentes?
- 9) ¿Soy tratado/a con igualdad en la institución?
- 10) ¿Has tenido conocimientos frente al tema?
- 11) ¿Disfrute de la actividad?

Enlace de la encuesta de satisfacción online:

<https://www.questionpro.com/a/TakeSurvey?tt=c/BkoKqvasw%3D>

Consentimiento Informado:

El Proceso de Consentimiento Informado constituye uno de los requisitos básicos para que una investigación cumpla con los estándares éticos comúnmente aceptados. Implica que toda investigación en la que participen personas debe informar previa y adecuadamente a estas personas sobre la investigación y su participación en ella. Aunque a veces se piensa que se trata de firmar un formulario, en ningún caso se reduce a esto, sino que constituye un proceso que establece una relación entre investigador e investigado.

Su fundamento es la obligación ética de respeto por las personas que participan en una investigación, lo cual requiere que la población sea informada de los objetivos,

procedimientos y características concretas de su participación; comprendan totalmente esta información; y acepten participar de manera voluntaria. El Proceso de Consentimiento Informado constituye de esta forma un mecanismo para la protección de las personas que participan voluntariamente en las investigaciones.

Corregimiento de Nariño Valle.

Cordial saludo.

Por medio de la presente me permito solicitar su autorización y consentimiento para la participación del proyecto investigativo “*Relación entre consumo de SPA e ideación suicida*”, a cargo del Grupo de las estudiantes del X semestre de psicología de la Universidad Uniminuto de Dios sede Buga Valle.

Dicha investigación cuenta con las siguientes características:

Objetivo:

Identificar la relación entre consumo de SPA y la ideación suicida en estudiantes de Jovita Santa Coloma del corregimiento de Nariño Valle.

Responsables: Natalia Vásquez Torres, María Fernanda Gaviria Puerta y Ana Maryori Castaño, estudiantes de la Universidad Uniminuto de Dios e investigadoras del trabajo de grado.

La información suministrada por el adolescente **será confidencial**. Los resultados podrán ser publicados o presentados en reuniones o eventos con fines académicos sin revelar su nombre o datos de identificación. Se mantendrán los cuestionarios y en general cualquier registro en un sitio seguro.

- ACEPTO
- NO, ACEPTO

Agradeciendo su atención prestada.

Enlace del consentimiento informado online: <https://forms.gle/CFwZSz8VHYDp8Tde9>

Cronograma de actividades

GRADO FECHA HORA	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	TALLER	OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN	RECURSOS	PLATAFORMA
<u>Grado: 10 Y</u> <u>11</u> <u>Fecha: 15</u> <u>marzo 2021</u> <u>Hora: 7:00</u> <u>am</u>	CHARLA INICIAL Sobre el consumo de SPA e ideación suicida.	Reconociendo los riesgos en la adolescencia.	Promover el conocimiento sobre el consumo de SPA y la ideación. Fomentar el desarrollo de un sano auto concepto y una sana autoestima.	Se realizará una charla virtual, donde daremos a conocer los conceptos previos de la ideación suicida y el consumo de SPA en los adolescentes. Además, se realizará un taller interactivo donde el estudiante podrá hacer una reflexión de sí mismo.	-Diapositivas Consentimiento informado. -Taller virtual. -Encuesta de satisfacción. -Cuestionario consumo de SPA.	MEET 60 o 90 minutos.
<u>Grado:10 Y</u> <u>11</u> <u>Fecha: 22</u> <u>marzo 2021</u> <u>Hora: 7:00</u> <u>am</u>	CHARLA INTELIGENCIA EMOCIONAL	Taller de las emociones. Terapia de relajación.	Aprender a identificar las emociones y comprender su importancia en la relación con los demás y con la empatía. Adquirir habilidades de afrontamiento para estados emocionales negativos	Se realizara una charla para explicar sobre el autocontrol de las emociones. El taller de las emociones, consiste en colocar diferentes situaciones sobre las (SPA E IDEACION SUICIDA) donde los alumnos van a hablar sobre los aspectos positivos y negativos. Se realizará una sesión de relajación.	-Diapositivas. -Cuestionario de satisfacción. -Prueba ASSIST.	MEET 60 o 90 minutos
<u>Grado:10 Y</u> <u>11</u>	CHARLA PENSAMIENTO POSITIVO	Profundizando en la auto	Reconocer los diferentes tipos de	Se realizará un debate en el cual los estudiantes puedan interactuar con	-Diapositivas.	

<p><u>Fecha: 05 de abril 2021.</u></p> <p><u>Hora: 7:00 am</u></p>		<p>comunicación negativa.</p> <p>Cambio de pensamiento negativo a positivo.</p>	<p>pensamientos negativos.</p> <p>Aprender a responder de forma positiva ante las críticas destructivas de los demás y ante los errores.</p> <p>Practicar el cambio de pensamiento negativo por positivo.</p>	<p>diferentes situaciones y puedan desarrollar el pensamiento positivo.</p>	<p>-Encuesta de satisfacción.</p> <p>-Prueba C-SSRS-</p>	<p>MEET 60 o 90 minutos.</p>
<p><u>Grado: 10 Y 11</u></p> <p><u>Fecha: 12 abril 2021</u></p> <p><u>Hora: 7:00 am</u></p>	<p>ENCUENTRO Y CIERRE</p>	<p>Escuchemos un testimonio.</p>	<p>Dar a conocer a los estudiantes las vivencias de dos personas sobre el consumo de SPA e ideación suicida.</p>	<p>Se programará una reunión donde se expondrá la vida de dos personas que presentaron consumo por sustancias psicoactivas e ideación suicida.</p>	<p>-Diapositivas.</p> <p>-Videos testimoniales.</p>	<p>MEET 60 minutos</p>

Nota: Cronograma de actividades. Fuente de elaboración propia (2021).

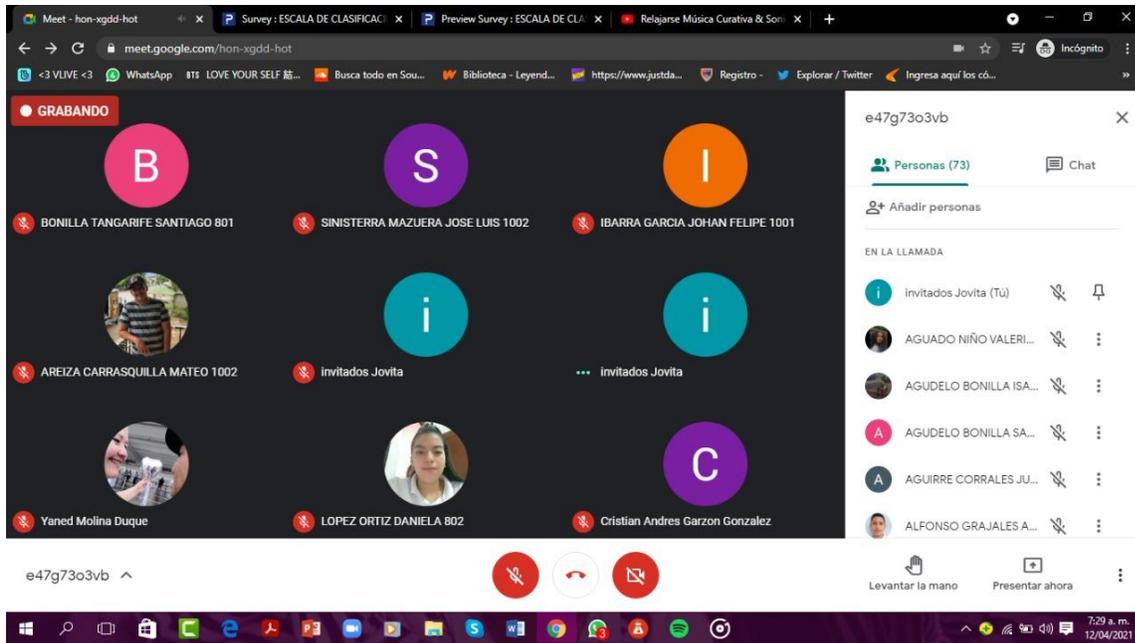
Evidencias fotográficas

The screenshot shows a Google Meet interface. The main presentation area displays a slide with a circular diagram divided into five colored segments (green, yellow, red, purple, blue), each labeled with "# NO CYCLUS". A red circle on the left contains the text "PRESTAR AQUÍ". A purple arrow points from the top left towards the diagram. Below the diagram, there is a small text box that says "meet.google.com está compartiendo tu pantalla". To the right of the slide, a list of participants is visible, including "invitados Jovita", "AGUILERA RUBIO ISCAEL ALFR...", "invitados Jovita", and "MONCADA GIRALDO KAREN L...". The chat window on the right shows a conversation with 37 people, including "QUINTERO GRISALES KELLY YULISA 1101 9:09 Alextimia", "invitados Jovita 9:09 alextimia", "MONCADA GIRALDO KAREN LORENA 1102 9:19 En ciertas personas sirve y en otras no", "RAMIREZ ANDRADE DEAN BRADLEY 1102 9:20 depende la situación", and "ESPINOSA RODRIGUEZ JOSE MANUEL 1101 9:22 Hay muchas personas que critican a la otra sin saber de la situación que padece la persona (o me equivoco)". The bottom of the screen shows the Windows taskbar with the search bar and system tray.

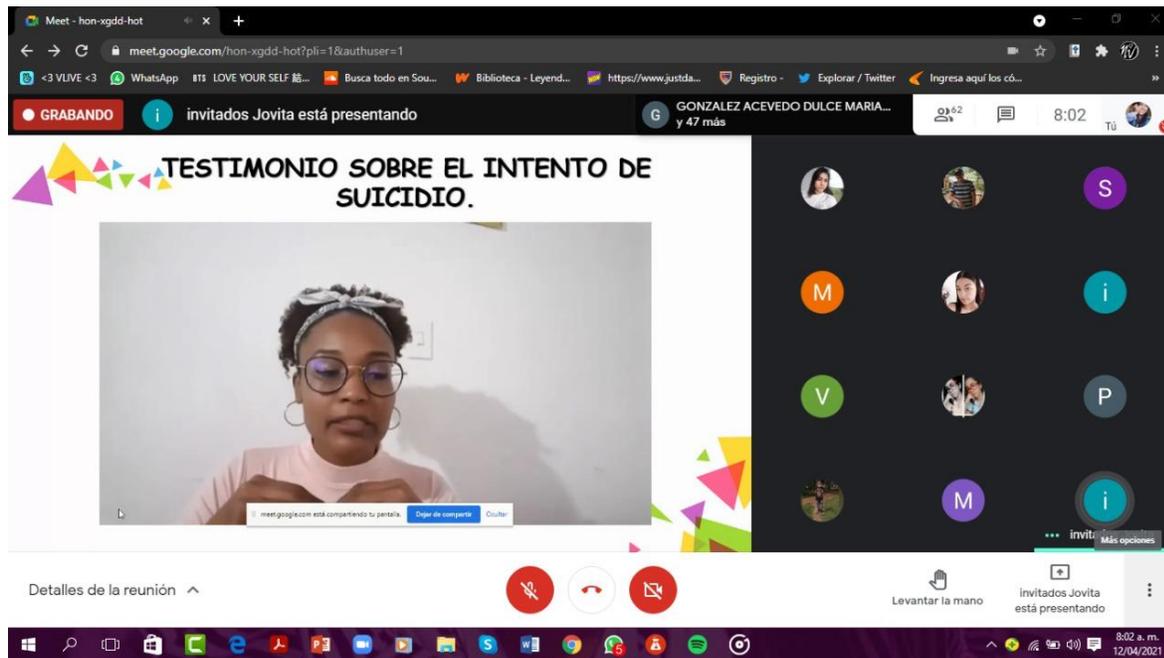
Castaño, et al (2021).

The screenshot shows a Google Meet interface. The main presentation area displays a slide titled "Cómo enfocarte en el pensamiento positivo". The slide features a central illustration of a woman in a red shirt holding a large yellow pencil. To the right of the pencil, there is a lightbulb icon and a stack of books. The text on the slide includes: "Identifica las áreas para cambiar", "Evalúate tú mismo", "No olvide el sentido del humor", "Mantén un estilo de vida saludable", "Rodéate de gente positiva", and "Practica la charla positiva con uno mismo". The bottom of the slide has a small text box that says "meet.google.com está compartiendo tu pantalla". To the right of the slide, a list of participants is visible, including "ARAGON MO...", "invitados Jovi...", "BONILLA TA...", "invitados Jov...", "LOZANO CAS...", "VASQUEZ GO...", "GONZALEZ A...", "SANTIAGO L...", and "CARRASQUIL...". The bottom of the screen shows the Windows taskbar with the search bar and system tray.

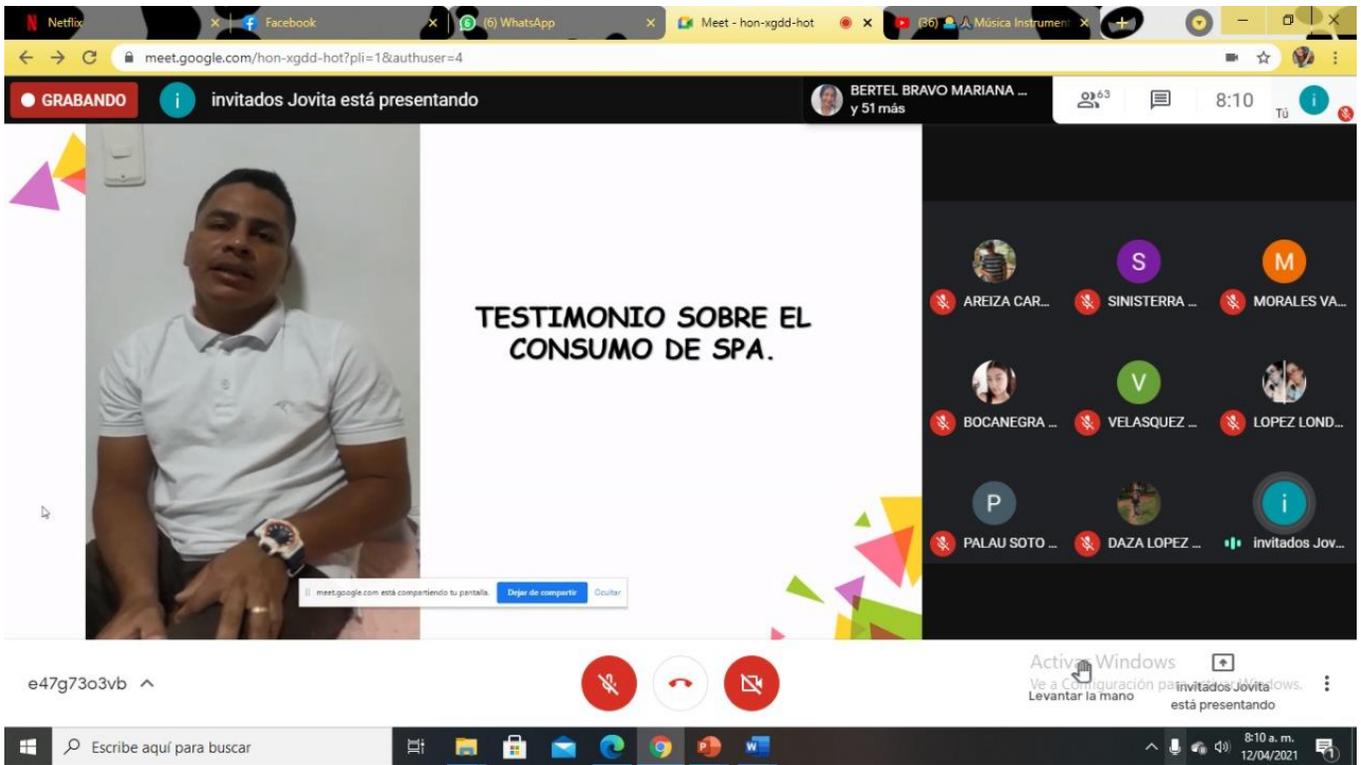
Castaño, et al (2021).



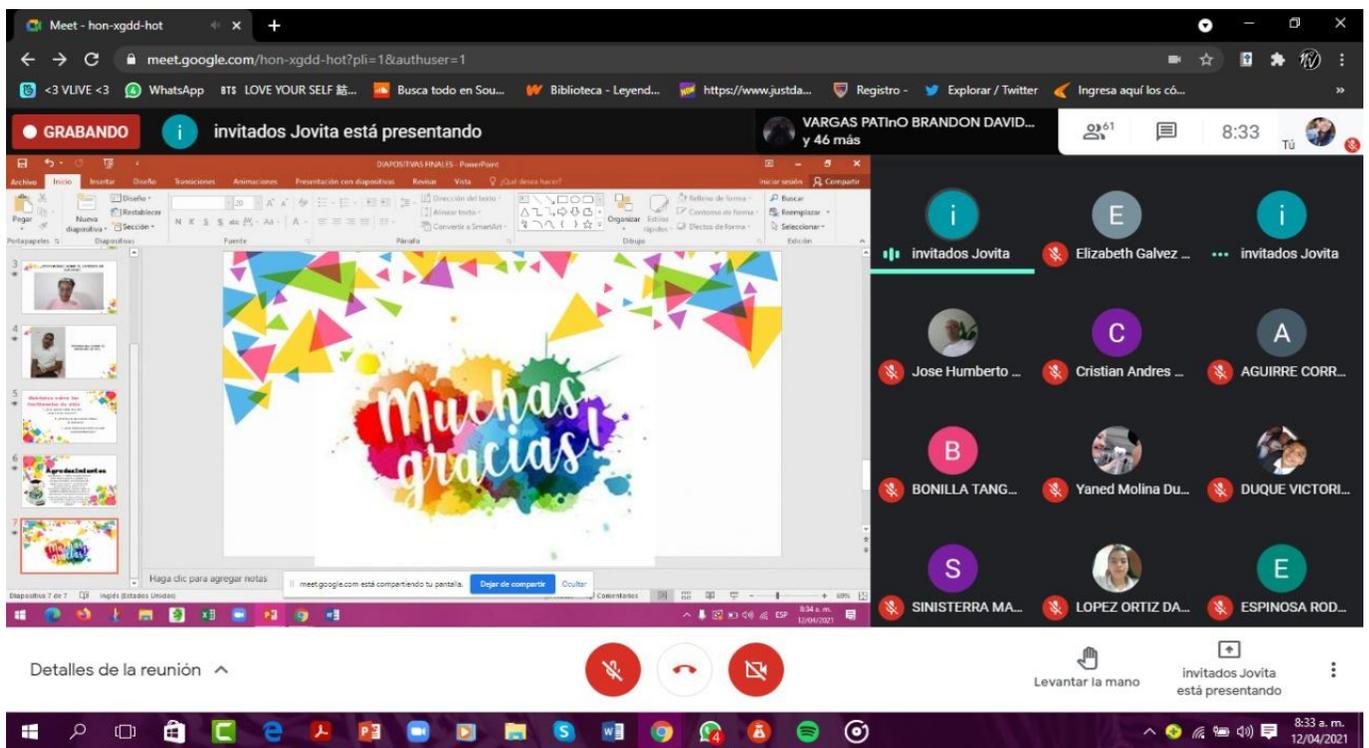
Castaño, et al (2021).



Castaño, et al (2021).



Castaño, et al (2021).



Castaño, et al (2021).