Facultad Cs. Médicas
Biblioteca
GMD
PTE 2104

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Enfermería

"Asociación entre el género, el consumo de sustancias problemáticas y la influencia de Internet en cuanto se generan diferentes niveles de depresión en los adolescentes de entre 15 y 18 años de una escuela pública en Sauce Viejo"

Por: Ema Susana Raviolo

Directora: Ps. Vanesa Perino

Docente Asesor: Lic. Rosana Nores

Rosario, Noviembre 2018

Trabajo Final/Tesina para optar por el título de grado de Licenciada en Enfermería

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud ha definido a la adolescencia como la etapa del ciclo vital comprendida entro las 10 y 19 años, siendo un período de crecimiento y desarrollo humano de ritmo acelerado en el cual se generan cambios físicos, psicológicos, cognitivos y socioculturales. Se considera también como la fase más importante para la adquisición y mantenimiento de patrones de comportamiento saludables.

El objetivo general de este Proyecto de Investigación fue encontrar la asociación que existe entre el género, el consumo de sustancias problemáticas y la influencia de Internet en cuanto generan diferentes niveles de depresión en los adolescentes de entre 15 y 18 años. El sitio en el cual se desarrollará es en una Escuela de Educación Técnica, institución pública de Sauce Viejo, provincia de Santa Fe.

El tipo de estudio a realizar es de enfoque Cuantitativo con diseño Descriptivo. Se utilizan cuatro instrumentos de medición: "Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test" de la OMS para la variable Consumo de Sustancias Problemáticas; dentro de la variable Influencia de Internet para la dimensión Relación con juegos online se utiliza un instrumento que se pone a validación por la investigadora mientras que para la dimensión Relación con redes sociales se utiliza el "Cuestionario de Adicción a Redes Sociales" construido por Miguel Escurra Mayaute y Edwin Salas Blas. Por último, la variable Depresión será medida por el instrumento "Inventario de Beck – Depresión en Adolescentes", utilizado y validado en varias oportunidades.

El tipo de estadística que se aplicará a la investigación es Descriptiva y el programa para generarlas será Epi Info.

Palabras claves: Adolescencia; Depresión; Género; Consumo de sustancias problemáticas; Influencia de Internet.

ÍNDICE

- Introducción ____ Pág. 4
- Marco Teórico ____ Pág. 10
- Material y Métodos ____ Pág. 29
    1. Tipo de Estudio ____ Pág. 29
    2. Sitio y Contexto ____ Pág. 29
    3. Población y muestra ____ Pág. 29
        3.1. Criterios de Inclusión/Exclusión ____ Pág. 29
        3.2. Población ____ Pág. 30
    4. Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos ____ Pág. 30
    5. Personal a cargo de la recolección de datos ____ Pág. 38
- Plan de análisis ____ Pág. 39
- Plan de trabajo ____ Pág. 42
- Cronograma ____ Pág. 43
- Anexos ____ Pág. 44
    1. Anexo I: Guía de Convalidación de Sitio ____ Pág. 44
    2. Anexo II: Instrumentos Originales, Consentimiento Informado y Asentimiento Informado ____ Pág. 45
        2.1. Instrumentos Originales ____ Pág. 45
        2.2. Consentimiento Informado ____ Pág. 60
        2.3. Asentimiento Informado ____ Pág. 63
    3. Anexo III: Convalidación de Sitio ____ Pág. 64
    4. Anexo IV: Prueba piloto y resultado de utilidad del Instrumento ____ Pág. 66
- Bibliografía ____ Pág. 67

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la adolescencia como la etapa del ciclo vital comprendida entre los 10 y 19 años, siendo un período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta. Dicha etapa se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento en la cual se generan cambios físicos, psicológicos, cognitivos y socioculturales. La adolescencia también demanda de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social siendo, también, el período de desarrollo más importante para la adquisición y mantenimiento de patrones de comportamiento saludable.

Según la OMS, aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante. Siguiendo en línea con lo que plantea la Organización, muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas, y ello a edades cada vez más tempranas. Muchos también experimentan diversos problemas de adaptación en relación a su entorno como así también problemas de salud mental, siendo la depresión una de las enfermedades más frecuentes entre los adolescentes.

El consumo de sustancias problemáticas es una conducta de riesgo cada vez más frecuente entre los adolescentes en la actualidad. Según la Ley Provincial 13.671 del año 2018 (Santa Fe, Argentina) el consumo problemático se define como "aquel consumo que, mediando o sin medir sustancia alguna, afecta negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales".[1] A su vez, para este trabajo, el consumo de sustancias problemáticas hace referencia a una adicción producida por el consumo de drogas o sustancias cuyo consumo modifica el sistema psíquico generando un estado de dependencia. Dentro de ellas se destacan el tabaco, la marihuana, la cocaína y el alcohol aunque se deja abierta la posibilidad a que otras sustancias también interfieran en la problemática.

Este tipo de conducta que empieza, por lo general, en la adolescencia. El alcohol es considerado la puerta de entrada al consumo de otras sustancias (generalmente el consumo de sustancias ilegales está precedido por el de sustancias legales). La magnitud del consumo de alcohol se encuentra estrechamente relacionada con el uso de drogas ilegales, de modo que el consumo precoz de bebidas alcohólicas aumenta la probabilidad de utilizar otras sustancias.

Existen algunos factores de riesgo que han sido identificados para esta conducta siendo, por ejemplo, la presión de los pares y la depresión. Se considerada entonces que la depresión y el consumo de sustancias problemáticas se relacionan estrechamente.

A su vez los adolescentes en la actualidad, se encuentran ligados casi de forma histórica a la incidencia del desarrollo tecnológico; el acceso a Internet y la masificación de los celulares conforman nuevos espacios de comunicación e interrelación entre los jóvenes y su entorno.

Conforme avanza la tecnología y el acceso a Internet en la actualidad, se ha creado en la sociedad la necesidad de estar conectados en todo momento. Los adolescentes no escapan a esta realidad y se ha generado algún tipo de "adicción" al uso de redes sociales como así también a los juegos online. Recientemente la OMS ha reconocido como un desorden en la salud mental la adicción a los videojuegos por la incapacidad que genera en los sujetos de controlar la frecuencia, duración e intensidad de cada sesión así como el seguir jugando a pesar de las consecuencias negativas que se generan. Este comportamiento se caracteriza por el juego persistente o recurrente que se realiza principalmente por Internet.

Las redes sociales se han convertido en un auténtico fenómeno social, en el cual todos nos encontramos inmersos. Se ha revolucionado la forma de comunicarnos y expresarnos con la ventaja de ser prácticamente en tiempo real la posibilidad de compartir y relacionarnos en un nuevo espacio, el virtual, siendo el verdadero éxito de las redes.

Como manifiesta Margarita Martín en su tesis doctoral (2015, España) "para los adolescentes las redes sociales tienen un fuerte poder como reforzadoras de autoestima, de la propia identidad o la visibilidad social. Pertenecer a una red significa no estar excluido del grupo social, ser alguien." [2] Las redes ayudan a superar la ansiedad que produce el cara a cara en las relaciones sociales para muchos de los adolescentes aunque los vínculos que se generan son débiles al no ser amistades reales o duraderas.

En el mismo texto se menciona también que en la actualidad ha comenzado a extenderse el "net suicide" o suicidio a través de internet, situación en la cual los adolescentes que presentan esta predisposición o alteración pueden fácilmente consultar páginas web, foros y chats sobre este tema y, debido al momento evolutivo en el que se encuentran, se puede producir en ellos el contagio de conductas suicidas, al igual que se produce el contagio en otro tipo de conductas no nocivas.

Por otro lado y según un estudio realizado por Ceballos – Espinoza (2017, Perú) "al mismo tiempo que el adolescente se desconecta de sus padres exigiendo privacidad y autonomía frente

al control, se intensifica el uso que hace de las nuevas tecnologías; por ello, la adolescencia puede suponer -en sí misma- un factor de riesgo ante el uso de estos nuevos medios. Se ha sugerido, en tal sentido, que los medios de comunicación -dentro de ellos, las redes sociales- podrían tener una actuación determinante y un efecto contagio en la instalación de conductas suicidas de tipo imitativas." [3] A su vez, el uso de las nuevas tecnologías se caracteriza por el descuido de actividades (tanto académicas como domésticas) por la sustitución de actividades online como las redes sociales y los juegos. Aquí se genera un nuevo espacio, no sólo de comunicación sino de relaciones, que interfieren en la vida del adolescente, "lugares" de encuentro entre pares a los cuales los padres no pueden acceder. La irrupción de nuevas tecnologías ha instalado nuevos mecanismos de interrelaciones, modificando los procesos tradicionales de comunicación y vinculación afectiva.

En el mismo escrito se puede advertir que existen dos tipos de adolescentes que hacen uso de Internet: aquellos a los cuales se les ha generado una adicción y aquellos que no la tienen; reportando un mayor riesgo de ideación suicida para el primer grupo según las actividades que desarrollan en la web ya que existen contenidos vejatorios y que atentan contra la integridad de un sujeto.

Uno de esos contenidos agresivos que se ha viralizado durante el último tiempo, disfrazado en forma de juego, responde al nombre de Ballena Azul en el cual se plantean una serie de pruebas o desafíos que el adolescente debe cumplir diariamente, finalizando con el reto de saltar desde un edificio con el objetivo de quitarse la vida.

Se ha encontrado evidencia bibliográfica la cual indica que el suicidio se encuentra dentro de las cinco causas principales de mortalidad en los adolescentes de entre 15 y 19 años, identificándose al suicidio como todo acto por el cual un individuo se causa a sí mismo una lesión, con un grado variable de la intención de morir y cualquiera sea el grado de la intención letal. El grupo etario se encuentra establecido basado en que en los menores de 15 años el suicidio es inusual respondiendo prevalentemente a una psicopatología previa. Según el Ministerio de Salud de la Nación Argentina en su informe llamado Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes (2016, Argentina) se menciona que "desde los primeros años de la década del '90, a la actualidad, la mortalidad por suicidios en adolescentes creció más del 100%. Hay que destacar que en prácticamente todas las provincias de Argentina las defunciones por suicidios en la adolescencia están en aumento. Esta no es una característica aislada de nuestro país, sino que ocurre lo mismo en otros países de la región y del mundo." [4] El Ministerio de Salud de la Nación (2012) estimó que en los 25 años previos, la tasa de mortalidad

por suicidios entre los adolescentes creció un 100%.De acuerdo a la información de la DEIS, en los últimos años el suicidio ha seguido creciendo en la población adolescente: en 2014 se registraron 521 casos, 67 entre los 10 y los 14 años, y 454 entre los 15 y los 19; además, 374 casos correspondieron a varones y 147 a mujeres. En 2013, el total de casos ascendió a 500, y en 2012 a 504 [5]. En relación a esto se puede afirmar que el suicidio en los adolescentes se trata de un problema de salud pública el cual debe ser abordado desde diferentes aristas, como por ejemplo los establecimientos educativos y los centros de atención de la salud.

Algunos investigadores advierten que la ideación suicida, por sí sola, no conduce a la planificación o a la tentativa suicida, en tanto, esta requiere de la vinculación con otras variables como por ejemplo su relación con la depresión, el consumo de sustancias problemáticas, situaciones de abuso o abandono como también lazos familiares débiles, para suscitar el tránsito del pensamiento hacia la planificación, la tentativa o el suicidio consumado. Dentro de este proyecto de investigación se pretende encontrar si existe alguna relación de asociación entre el género, el consumo de sustancias problemáticas y la influencia de Internet para generar diferentes niveles de depresión tales que puedan conducir a ideaciones suicidas en los adolescentes. Asimismo se puede establecer que los condicionantes mencionados establecen patrones de conducta pueden tener efectos negativos duraderos en la salud y bienestar futuros de los individuos.

Los adolescentes son el grupo etario que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, a consecuencia de experiencias negativas causadas por los cambios, antes mencionados, propios de esta etapa vital. Se considera a la depresión como un trastorno psicológico que supone importantes cambios en la forma de pensar, sentir y comportarse siendo más evidente conforme avanza su grado; sus signos y síntomas más frecuentes son los relacionados a los cambios de comportamiento (falta de concentración, cansancio y falta de energía, insomnio o dormir demasiado, cambio en los hábitos alimenticios, aislamiento social, desempeño escolar deficiente y aspecto descuidado) y cambios emocionales (tristeza, desesperanza, irritabilidad o enojo, falta de interés en actividades, baja autoestima, sentimientos de culpa y angustia). Sin embargo, algunas de las manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos en la adolescencia, aparecen en la infancia y se recrudecen en la pubertad. Según Graciela Pardo “la depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común o como una enfermedad peligrosa que puede generar conductas autodestructivas.” [6]

Para el presente proyecto se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Qué asociación existe entre el género, el consumo de sustancias problemáticas y la influencia de Internet en

cuanto generan diferentes niveles de depresión en los adolescentes de entre 15 y 18 años de una escuela pública en Sauce Viejo, provincia de Santa Fe, en el periodo de agosto a octubre de 2019?

A su vez las hipótesis que se establecen son:

- Los adolescentes de género femenino que tienen un alto consumo de sustancias problemáticas tienen riesgo de sufrir mayores niveles de depresión.
- Los adolescentes de género masculino que tienen un hábito de consumo de sustancias problemáticas sumado al uso abusivo de juegos online tienen mayores posibilidades de generar altos niveles de depresión.
- El uso abusivo de redes sociales y de juegos online con temáticas agresivas, asociados a estados depresivos influyen en los adolescentes generando un mayor riesgo de ideaciones suicidas.

El objetivo general del proyecto de investigación es el siguiente: Identificar si existe asociación entre el género, el consumo de sustancias problemáticas y la influencia de Internet en cuanto generan diferentes niveles de depresión en los adolescentes de entre 15 y 18 años de una escuela pública en Sauce Viejo, provincia de Santa Fe, en el periodo de agosto a octubre de 2019.

Los objetivos específicos quedan planteados de la siguiente manera:

- Identificar el número de adolescentes según edad que concurren a la escuela pública de nivel secundario de la Comuna de Sauce Viejo.
- Determinar los géneros con los cuales se identifican los adolescentes.
- Determinar si existe el consumo de sustancias problemáticas en la población adolescente.
- Identificar si el consumo de sustancias problemáticas es de drogas lícitas, ilícitas o de ambas.
- Determinar la edad de inicio del consumo de sustancias problemáticas.
- Identificar la frecuencia con la cual se realiza el consumo de sustancias problemáticas.
- Identificar el uso y consumo de Internet.
- Determinar si existe relación entre los adolescentes y los juegos online.
- Determinar el nombre y el tipo de juego online que utilizan los adolescentes.
- Determinar el tiempo de uso de los juegos online.
- Identificar si existe relación entre los adolescentes y las redes sociales.
- Determinar el tipo de red social que utilizan los adolescentes.

- Determinar el tiempo que pasa en red.
- Describir los grados de depresión que existen.
- Identificar los cambios de comportamientos en la depresión.
- Identificar los cambios emocionales en la depresión.
- Determinar el grado de orientación suicida en adolescentes con depresión.

MARCO TEÓRICO

La adolescencia ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano [7] (OMS, Desarrollo en la adolescencia). Si bien la adolescencia se caracteriza por los cambios biológicos (antecede y prepara a cada uno para la vida adulta) también se producen avances (y retrocesos) en la psiquis de cada sujeto que influyen en su vida social. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante (OMS, Desarrollo en la adolescencia).

El concepto de adolescencia se asocia, generalmente, con la pubertad; sin embargo se consideran etapas diferentes en la vida aunque en algunos momentos no pueda diferenciarse una de la otra. La pubertad se caracteriza por los cambios fisiológicos del ser humano mientras que la adolescencia es un concepto socio cultural, siendo esta un período de aprendizaje que se prolonga en el tiempo para la adquisición de conocimientos y estrategias que ayudarán a afrontar la vida adulta [8] (J. L. Iglesias Diz. *Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales*). Cuando se habla del concepto de adolescencia se hace referencia a un proceso de adaptación más complejo y no sólo a nivel biológico ya que también incluye niveles de tipo cognitivo, conductual, social y cultural [9].

La adolescencia se puede dividir en tres etapas las cuales se diferencian no sólo por la edad y los cambios biológicos que se acontecen sino también por las transformaciones psicosociales que se van dando.

- Adolescencia temprana (entre los 10 y 12 años): coincide con el inicio de la pubertad donde se presentan los primeros cambios físicos y comienza el proceso de maduración psicológica. Socialmente, el adolescente quiere dejar de ser relacionado con los niños pero aún no es aceptado por sus pares como tal, desarrollándose en él una desadaptación social lo cual constituye un factor importante que puede causar alteraciones emocionales que pueden influir en su conducta.
- Adolescencia intermedia (inicia entre los 14 y 15 años): se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo. La integración a un grupo de pares le brinda seguridad y satisfacción al establecer amistades adoptándose signos comunes de identidad. La identidad grupal les brinda un espacio diferenciador de la familia, se genera

un poder que puede condicionar hasta llevar a conductas nocivas. Sin embargo, estas relaciones se vuelven vitales y son fuertemente emocionales desplazando la admiración del rol paterno/materno que se tenía previamente.

- Adolescencia tardía (inicia entre los 17 y 18 años): biológicamente, se disminuye la velocidad de crecimiento y se comienza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales brindando seguridad y ayudando a recuperar la crisis de identidad vivida anteriormente. Se empieza a tener más control de las emociones, se tiene más independencia y autonomía. Las relaciones de amistad se vuelven más selectas centrándose en pocas personas y en relaciones estables de pareja. Existe cierta ansiedad al percibir las presiones por las responsabilidades presentes y futuras, tanto por iniciativa propia o por el sistema social familiar.

Para esta investigación se tiene en cuenta a los últimos dos subgrupos etarios de clasificación propuesta (adolescencia intermedia y tardía). El primer grupo, experimenta la búsqueda de sentimientos y emociones sumado a la necesidad de generar cierto grado de independencia frente a sus padres; esto hace que se apoyen en otros adolescentes, comúnmente de la misma edad. Así se forman conjuntos de pares con similares características ya sea para reforzar la imagen propia, para establecer límites personales o para aprender habilidades sociales. También se tiene en cuenta el segundo grupo ya que se profundizan algunas de las relaciones de amistad que se formaron con anterioridad, construyéndose lazos muy fuertes entre los adolescentes.

Pertenecer a un grupo social, se convierte en un asunto de importancia para estas etapas, debido a que de esta manera los adolescentes buscan formar relaciones y compartir intereses comunes (Rice, 2000). La importancia de pertenecer a un grupo es altísima, algunos adolescentes antes que permanecer "solitarios" se incluyen en grupos marginales que pueden favorecer comportamientos de riesgo [10] (Casas Rivero J.J. y Ceñal González Fierro M.J.). Asimismo, esa sensación de omnipotencia facilita los comportamientos de riesgo (como por ejemplo el consumo de sustancias problemáticas) y los hábitos que se adquieren para solucionar los conflictos propios de la etapa. Sin embargo, puede que resulten en adaptaciones patológicas que afectan tanto la salud física como mental llevando a la morbi mortalidad de los adolescentes, situaciones que también pueden persistir en la edad adulta.

La identidad personal es otra característica que también se va formando con el paso de la pubertad a la adolescencia; avanza desde la visión utópica del mundo, donde sienten que necesitan mayor intimidad y con un pobre control sobre los impulsos para luego sentirse omnipotentes y asumir conductas de riesgo. Al final de la adolescencia, se alcanza un

pensamiento más realista y racional en donde se consolidan valores y las conductas son cercanas a las de un adulto.

La identidad sexual es otra característica del ser que se construye, forma y consolida en la etapa adolescente. En relación a esto debe hacerse la diferencia en lo que respecta a los conceptos de Sexo y Género. El primero "se refiere a las diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres; son características con las que se nace, y son universales, es decir, comunes a todas las sociedades y culturas y son inmodificables. El género es el conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, que se construyen en cada cultura y momento histórico con base en la diferencia sexual, sus rasgos se han ido modelando a lo largo de la historia de las relaciones sociales." [11]

Otra definición que se plantea sobre género lo menciona como una categoría que ayuda a decodificar las características que se les atribuyen a las personas por cuestión de sexo y se construye socialmente. Esta puede evolucionar o cambiar y que hace referencia a los rasgos psicológicos y culturales que la sociedad atribuye a los sujetos.

Dentro de la conceptualización de género importan dos categorías: Identidad de género y Expresión de género. El primero hace referencia a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. El segundo concepto es la manifestación del género de la persona, que podría incluir la forma de hablar, manerismos, modo de vestir, comportamiento personal, comportamiento o interacción social, modificaciones corporales, entre otros. [12]

Desde la perspectiva psicológica, el género es una categoría en la que se articulan tres elementos básicos:

- La asignación de género: se realiza en el momento del nacimiento de la persona, a partir de la apariencia externa de sus genitales.
- La identidad de género: es el esquema ideoafectivo más primario, consciente o inconsciente, de la pertenencia a un sexo y no al otro. Se establece más o menos a la misma edad en que se adquiere el lenguaje (entre los dos y tres años) y es anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos.

- El rol de género: es el conjunto de deberes, aprobaciones, prohibiciones y expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado. (Universidad de Chile. Escuela de Salud Pública).

Conforme avanza el adolescente en su crecimiento, también lo hace con la exploración de lo sexual y en busca de conformar una identidad de género. El enfoque o perspectiva de género considera las diferentes oportunidades que tienen hombres y mujeres, las interrelaciones que existen entre ellos y los distintos roles que socialmente se les asignan.

El adolescente transita un camino durante esta etapa en el cual va conformando su identidad de género, sin embargo puede verse obstaculizado este proceso de búsqueda y encuentro por diversos factores. Uno de los más frecuentes es la ideología de sus padres ya que muchas veces expresan verbalmente aceptar y querer a sus hijos independientemente de su identidad sexual pero no lo hacen como algo de forma natural. Transmiten un doble discurso de aceptación/no aceptación, el cual muchas veces genera en los/las adolescentes angustias y estados depresivos.

Por lo descripto anteriormente, se pretende relacionar cómo este adolescente que se encuentra formando su identidad, su psiquis, sus valores y sus creencias se encuentra influido por el grupo de pares, en cuanto busca la aceptación de los mismos, sin mediar que pueden "exigírseles" la realización de conductas nocivas o bien influir inconscientemente de manera negativa en su salud mental.

Si bien durante la adolescencia aumentan este tipo de acciones, esto no significa que pueda llevar a la muerte del sujeto pero si generar condiciones que pueden influir en la morbi mortalidad futura. Dentro de las conductas nocivas más frecuentes en los adolescentes se encuentra el consumo de sustancias problemáticas, una variable que en estos tiempo actuales se asocia prácticamente de forma instantánea con ellos. Se puede relacionar el comienzo del consumo en esta etapa vital ya que los jóvenes tienden a querer correr riesgos sin inhibición de la conducta en la búsqueda de nuevas sensaciones, aumentada en la presencia de pares, generándose una influencia poderosa por estos. En la adolescencia intermedia persiste la tendencia a la impulsividad, factor relevante para las conductas de riesgo.

Se define al consumo de sustancias problemáticas como la adicción producida por el consumo de drogas o sustancias cuyo consumo modifica el sistema psíquico generando un estado de dependencia. Estas sustancias pueden ser clasificadas como lícitas (sustancias psicoactivas que no se encuentran penadas por la ley; su tenencia y consumo es legal) como el alcohol y el tabaco, e ilícitas (sustancias psicoactivas que su tenencia se encuentra penada por la ley, son ilegales)

como por ejemplo la marihuana y la cocaína. Sin embargo, para que el consumo sea considerado como un problema real deben tenerse en cuenta factores tales como la edad de inicio del consumo y su prolongación en el tiempo, la frecuencia con la cual se realiza y el tipo de método que se utiliza para la ingesta ya que las sustancias pueden ser fumadas, inhaladas, ingeridas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas. De estos elementos se desprende, también, la gravedad que reviste la situación en cada caso en particular.

La cantidad de sustancia (dosis) introducida en el organismo puede distorsionar la percepción del mundo; estas modifican la actividad mental, las sensaciones y los comportamientos. Conjuntamente con la experiencia personal de cada sujeto al consumirla, se pueden generar sensaciones de placer y satisfacción como para querer repetir el uso.

Sin embargo, el consumo entraña riesgos para la salud y puede tener consecuencias sociales en la vida cotidiana de los consumidores y su entorno; provocan efectos muy variados sobre el organismo según las propiedades de cada droga, así como la frecuencia y duración del consumo (los efectos positivos sobre el estado de ánimo encontrados en una sustancia, producen un efecto rebote de signo contrario a largo plazo en un intento del organismo por equilibrar las funciones distorsionadas por la sustancia ingerida). [13]

La Ley n° 13.671 de la Provincia de Santa Fe en sus artículos 2 y 3, define los siguientes conceptos en relación al uso de sustancias:

- Adicción: dependencia o necesidad hacia una sustancias, actividad o relación provocada por la satisfacción que esta causa a la persona (codependencia) y que el individuo no es capaz de controlar, llevándolo a conductas compulsivas, perjudicando su calidad de vida.
- Consumo problemático: aquel consumo que, mediando o sin mediar sustancia alguna, afecta negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales.

Sin embargo, pueden distinguirse tres tipos de comportamientos de consumo independientemente del tipo de sustancia (lícita o ilícita) siendo diferentes los riesgos derivados:

- Uso: modalidad de consumo en la que, por el tipo de sustancia consumida, por la cantidad o por las circunstancias en las que se produce el consumo, no son probables consecuencias negativas inmediatas sobre la persona o sobre su entorno. Esta es la situación más habitual entre los adolescentes y los jóvenes que experimentan con drogas por curiosidad, por diversión o para imitar a los demás. Con frecuencia su consumo no

llega más lejos, ni presentan riesgo de un posible interés por sustancias o formas de consumo de mayor riesgo.

- Abuso o uso problemático o consumo perjudicial: uso inadecuado susceptible de comprometer física, psíquica y/o socialmente la evolución de la persona o de su entorno. Los riesgos del abuso están relacionados con la peligrosidad específica del producto, con los daños para la salud en cuanto provoca el deterioro del estado físico del consumidor o agrava determinados trastornos y con las consecuencias sociales del consumo (situaciones en que puede acarrear daños para el consumidor y para quienes le rodean). La sustancia se utiliza en situaciones en que tal consumo puede favorecer riesgos añadidos como accidentes de tránsito; se producen infracciones repetidas de las normas de convivencia en relación con el consumo de una sustancia como actos violentos bajo los efectos de la droga; por los efectos de la sustancia sobre la conducta, se agravan problemas personales o sociales; se presentan dificultades y/o incapacidad para cumplir sus obligaciones en la escuela o la familia; cuando el adolescente no es capaz de prescindir de las drogas durante varios días; o bien cuando implica peligrosidad para el equilibrio biopsicosocial de otros.
- Dependencia: la vida cotidiana del menor adolescente gira prioritaria o exclusivamente en torno a la búsqueda y al consumo de la sustancia priorizándose la relación con las drogas frente a otras conductas consideradas más importantes con anterioridad. Existe adicción (compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio a pesar de las consecuencias perjudiciales). La dependencia puede ser física (el organismo reclama la sustancia mediante la aparición de síntomas físicos que traducen un estado de carencia) o psíquica (la privación de la droga provoca una sensación de malestar y ansiedad que puede llegar a la depresión). Los síntomas característicos de la dependencia son: el adolescente es incapaz de resistirse a la necesidad de consumir, existe aumento de la tensión interna o ansiedad ante el consumo habitual, experimenta alivio cuando se produce el consumo, hay sentimiento de pérdida del autocontrol respecto al consumo (intenta disminuir el consumo y no puede o consume más de lo que quisiera), deja de realizar actividades que antes le resultaban importantes debido al consumo y, a pesar de todo, sigue consumiendo aunque padezca un problema físico o psicológico persistente que el consumo de la sustancia exacerba. [14]

Se han identificado numerosos factores de riesgo del consumo de sustancias en la adolescencia, así como factores protectores que reducen la probabilidad del abuso. Existen factores macrosociales como 1) la disponibilidad y accesibilidad a las sustancias siendo productos

disponibles de fácil acceso como el alcohol y el tabaco. A su vez, el alcohol es una droga aceptada socialmente donde la publicidad, constituye una importante fuente de presión social hacia el consumo. Estos mensajes persuasivos son difíciles de contrarrestar por los adolescentes que en muchos casos carecen de una actitud crítica frente a la publicidad; 2) asociación del alcohol y drogas con el ocio siendo relacionado el consumo en los adolescente con el tiempo libre y/o los fines de semana en lugares como discotecas, bares o pubs, y a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias. La utilización que se hace del tiempo libre se relaciona con el riesgo de consumo de sustancias, y se asocia con la asistencia a lugares de oferta y con la búsqueda inmediata de sensaciones nuevas y/o placenteras producidas por las drogas. Los factores microsociales que influyen son 1) los estilos educativos inadecuados como la ambigüedad en las normas familiares, el exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida que influyen negativamente en el adolescente; 2) falta de comunicación y clima familiar conflictivo, la incomunicación y el ambiente familiar enrarecido contribuyen a generar y mantener los déficits y carencias personales que el adolescente puede intentar compensar recurriendo a las drogas; 3) influencia del grupo de amigos, los pares son el marco de referencia que ayuda a afianzar la identidad adolescente frente al mundo adulto y satisface el sentimiento de afiliación o pertenencia a un grupo de iguales. La probabilidad de beber aumenta si el adolescente se integra en un grupo que consume alcohol, por influencia indirecta del modelado de los compañeros o directa de la presión de grupo al instigar a la bebida mediante invitaciones explícitas. [15]

El consumo de sustancias en la adolescencia es una problemática multicausal, con diferentes variables que se interrelacionan; es un problema en el cual intervienen factores individuales, familiares y del entorno. Para su interpretación debe tenerse en cuenta la tríada propuesta por Claude Olievenstein que sirve para analizar y entender el tipo de consumo de drogas. En ella se tienen en cuenta:

- Persona (¿quién consume?): características biológicas y psicológicas del adolescente, la tendencia a consumir de una forma u otra, las expectativas que se tienen antes del consumo.
- Sustancia (¿qué consume?): cuál es y qué características tiene, la cantidad y la forma como se toma.
- Ambiente, contexto o pauta temporal sociocultural (¿dónde y cuándo consume?): condiciones sociales y culturales dentro de las cuales entra en contacto con la sustancia

ya sea en grupo o solo/a, en casa o de fiesta y el momento en el que se consume (fin de semana o en cualquier momento). [16]

Según un estudio de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por los estudiantes en todo el país, tanto entre varones como entre mujeres y con valores semejantes en los grupos de edad de 15 y 16 años y de 17 años y más. El estudio consigna que 7 de cada 10 estudiantes consumieron alcohol alguna vez en la vida. Por su parte, el consumo de tabaco ha disminuido entre los estudiantes secundarios de un 44% para 2009 a un 35,8% en 2014. La marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo entre los adolescentes encuestados. Durante el último quinquenio (2009-2014) el consumo de esta sustancia sostuvo una tendencia ascendente. Por último, el 5,9% de los estudiantes secundarios declaró haber consumido alguna vez psicofármacos sin prescripción médica (4,5% tranquilizantes y 2,5% estimulantes), menos del 4% dijo haber consumido alguna vez cocaína y solo el 2% la consumió durante el último año. [17] Muchas de las sustancias mencionadas son de fácil acceso para el adolescente pudiéndose conseguir en kioscos, supermercados y farmacias (tabaco, alcohol y compuestos farmacéuticos). Asimismo, cuanto más joven es el sujeto que comienza a consumir drogas, es más probable que pruebe otro tipo de estupefacientes y los use con mayor frecuencia.

El alcohol, el tabaco y la marihuana se consideran en el adolescente puertas de acceso para el consumo de otras drogas ilícitas y a patrones de consumo más habituales y graves llegando a generar abuso y dependencia que pueden prolongarse a la vida adulta. Por tal situación se considera que la adolescencia es un período de vulnerabilidad ya que mientras se experimentan sensaciones, cambios y la toma de riesgos, los sujetos son particularmente sensibles y el consumo de sustancias problemáticas puede entreverarse en los adolescentes influyendo en su vida personal y entorno.

El grupo etario que se encuentra en la adolescencia intermedia ha manifestado que el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en nuestro país, tanto en los varones como en las mujeres: 7 de cada 10 estudiantes consumieron alcohol alguna vez en la vida; 6 de cada 10 estudiantes consumieron alcohol alguna vez en el último año y la mitad de los adolescentes declaró haber consumido bebidas alcohólicas durante el último mes. Esto revela que más de 1.116.000 de estudiantes consumen alcohol actualmente. [18]

Por otra parte, y como avances en la legislación nacional, la Ley n° 26657 de Salud Mental en su artículo 4 menciona que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las

políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales o ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud." [19] De esta forma, queda incluido el consumo de sustancias como una problemática real que afecta la salud de las personas en donde el Estado la reconoce y comienza a brindar atención, tratamiento, cuidado y medidas de rehabilitación frente a esta situación, reconociéndoles derechos a las personas con padecimiento mental.

La psiquis de los jóvenes se encuentra en un estado permanente de búsqueda de nuevas experiencias sin que medien, en algunos casos, inhibidores de conductas tales como el consumo de sustancias problemáticas que se consideran nocivas para la salud del adolescente. Esto, combinado con otras situaciones negativas como por ejemplo la depresión, el bulling o el acoso generan una predisposición para la sucesión de hechos traumáticos o violentos.

Por otra parte, los adolescentes en la actualidad se encuentran ligados casi de forma histórica a la incidencia del desarrollo tecnológico; la masificación con respecto al acceso a Internet conformó nuevos espacios de comunicación e interrelación entre los jóvenes y su entorno. De tal forma, Internet se ha convertido en una herramienta poderosa y de gran utilidad en nuestras vidas en todos los niveles. Sin embargo, su uso persistente y descontrolado también trae aparejado problemas entre los usuarios y esto depende de cómo y qué utilidad se le da a la tecnología como así también de los motivos por los cuales se utiliza.

El uso que se le da a Internet tiene el efecto de influir en un sujeto de tal forma que altera su pensar o conducta generándose un condicionante más en su inestabilidad psíquica.

Luego de la aparición de Internet, crecieron en popularidad las redes sociales. El término se halla actualmente vinculado a aquellos espacios virtuales donde los usuarios pueden crear un perfil, interactuar con amigos reales y conocer personas con quienes compartir determinados intereses. Las redes sociales nacieron para satisfacer necesidades humanas: sirven para atender el carácter social del ser humano y ello puede explicar su rápida popularización.

"Las redes sociales facilitan muchos modos de socialización desde el intercambio de mensajes en texto hasta el intercambio de fotos y videos. Todas las características que hacen atractivas a las redes sociales son particularmente valoradas por los usuarios más jóvenes, que buscan reconocimiento y popularidad." (Araujo Roble; 2016) De esta forma se ha incrementado el número de relaciones que pueden mantenerse sin estar basadas en la proximidad física o del entorno siendo, también, un gran vehículo de comunicación. [20]

Lo importante de las redes sociales es que han logrado generar una necesidad de conexión y comunicación permanente con el otro con el cual comparto ese mismo espacio virtual mientras se cubren necesidades psicológicas básicas de los adolescentes: hacerse visibles, reafirmar la identidad ante el grupo, divertirse o estar conectados a los amigos. Usualmente, las redes sociales son utilizadas para mantenerse en contacto con personas con las que ya se ha iniciado una relación fuera de internet. Este nuevo lugar de encuentro, tiene en los adolescentes un fuerte poder como reforzador de autoestima, de la propia identidad o del contexto social. Así, pertenecer a una red, significa no estar excluido del grupo de pares aunque eso represente no conocerlos cara a cara; se supera la ansiedad que produce el conocer al otro.

Para los adolescentes, el mayor atractivo de las redes sociales surge en la creación de una relación virtual con amigos y desconocidos; la ausencia de elementos de la comunicación no verbal facilitan la interacción y posibilitan enmascarar la identidad personal, hecho que puede provocar la vivencia de una experiencia placentera y de excitación aliviando el aburrimiento, la tensión, la depresión y la ansiedad. [21]

En contra posición, se puede mencionar que las relaciones con ese otro que no se conoce personalmente son más débiles. Los vínculos que se crean giran en torno a una especie de fantasía pudiendo hacer desaparecer esa relación en el momento que uno lo desee. De tal forma, los lazos en las redes, en ese lugar de virtual, pueden fragmentarse sin que generen la angustia que llevaría el hacerlo en forma real.

Por otra parte, cada vez con mayor frecuencia comienzan a darse casos de adicción a las redes sociales. El uso constante se instala como hábito, luego se generan estados de necesidad que no pueden ser controlados y por último se asocian con altos niveles de ansiedad. El comportamiento adictivo viene a surgir desde el momento en el cual la conexión a las redes sociales se produce no tanto por la búsqueda de gratificación (placer) sino para reducir el nivel de ansiedad que les produce el hecho de no ejecutarlo (por evitación).

En este círculo vicioso es que se desarrollan las adicciones suponiendo una interferencia negativa en la vida cotidiana de la persona, llegando a perder la capacidad de mantener sus diferentes actividades académicas, deportivas o de ocio. El adolescente comienza a no prestar atención a los amigos no virtuales, baja su rendimiento académico y abandona hobbies que anteriormente le resultaban placenteros. Además, se pueden observar cambios en su personalidad como estrés, agresividad, cambios de humor o retraimiento mientras que la privación del uso de Internet (o en este caso de redes sociales específicamente) puede causar síndrome de abstinencia

con cambios conductuales y respuestas desadaptativas afectando las relaciones sociales e interpersonales, familiares, afectivas o de rendimiento escolar.

Vale mencionar que el uso excesivo de redes sociales y, de ahí la adicción a ellas, surge a partir de factores individuales, socioculturales y de reforzamiento tal como sucede con otras adicciones. Conforme avanza la masificación de las nuevas tecnologías, surgen puntos de conflicto para los adolescentes siendo más vulnerables los que presentan factores predisponentes. Aquellos de los cuales se encuentran con menor cantidad de reforzadores positivos en su psiquis, son propensos a verse influidos por condicionantes negativos que circulan en Internet.

Otra de las aristas que ha tomado relevancia en Internet son los juegos online, estos son la versión moderna de los videojuegos. La gran diferencia entre ambos radica en que se puede competir contra otro/s usuario/s (conocido o no). Por otra parte, la conexión a Internet permite que las distancias dejen de ser un problema, tal como sucede con las redes sociales, ya que en el mundo virtual no existe el límite geográfico.

Los videojuegos ofrecen gran similitud con las actitudes y comportamientos dominantes en la sociedad como son la competitividad (presente en los videojuegos de deportes), la violencia (factor destacado en muchos videojuegos), la velocidad que se destaca en las carreras de autos o motos y también el sexismo. Todas estas características propias de cada juego repercuten en la autoestima, en la seguridad personal, en la motivación de logro y en la capacidad de autosuperación de la persona que lo utiliza.

Sin embargo el uso, el abuso y la dependencia constituyen tres maneras de relacionarse con el videojuego/ juego online:

- Cuando el consumo no es continuado y el adolescente es capaz de interrumpir el juego en cualquier momento que se solicite o que él mismo desee para dedicarse a otra actividad, sin que ello le produzca ningún problema o disgusto.
- Cuando el consumo es desadaptativo y el adolescente dedica tanto tiempo a como le es posible a jugar con el videojuego; es probable que abandone otras actividades que antes le gustaban para dedicarse exclusivamente a este tipo de juego.
- Cuando el consumo es reiterativo y el adolescente ha ido adaptando sus necesidades a la máquina, consola o celular y suple su necesidad de emoción, compañía, reto, superación, distracción con el juego. El abuso del videojuego o juegos online puede llevar al adolescente a conductas compulsivas o adaptativas.

Asimismo se ha creado todo un mundo de relaciones en donde los participantes pueden en otros espacios virtuales por fuera del juego propiamente dicho intercambiar opiniones, planear estrategias, participar de foros y hasta interactuar con otros competidores. Por otra parte, según el

tipo de juego que se utilice, estos "constituyen una herramienta de estimulación que acelera el aprendizaje, genera placer y potencia las habilidades digitales, el pensamiento estratégico y la competitividad, dependiendo en mayor o menor medida del tipo o género de videojuego que más se juegue" (Huanca Rojas; 2010).

No obstante el uso continuo de los juegos online también influye en la personalidad y en el comportamiento cotidiano de los adolescentes. La participación constante como usuarios genera cambios en la forma de hablar, conlleva al uso constante de jergas muchas veces sólo entendida por quienes comparten la utilización del mismo juego, la forma de escribir con abreviaturas populares entre el grupo y en la manera de vestir en ocasiones con ropas de otro contexto. Estas particularidades hacen que el adolescente se asocie y busque relacionarse dentro de grupos de pares que comparten similares características. De alguna forma, los juegos online se convierten en una herramienta que une y agrupa a los adolescentes según características especiales que reúnen; el entretenimiento se hace a un lado para convertirse también en un espacio en el cual se comunican, expresan sentimientos y transmiten emociones acerca de la realidad o del mundo virtual que desean crear.

Este último tiempo ha circulado por Internet el mal llamado "juego" de la Ballena Azul. El contacto con el adolescente se produce por medio de las redes sociales y foros donde el contenido es altamente agresivo, tanto físico como psicológicamente, para la persona que participa ya que se trata de un reto compuesto por diferentes etapas que finaliza con el suicidio de la persona. Este dato no es menor ya que el suicido se instala como uno de los mayores problemas de salud para el rango etario de entre 15 y 19 años.

Para la Organización Mundial de la Salud (2014), el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad durante la adolescencia considerándoselo de etiología multideterminada y compleja, proceso en el cual influyen factores de diferente naturaleza.

El suicidio como tal es la consumación de toda una serie de conductas e ideaciones que se asocian estrechamente con las alteraciones del estado de ánimo; influyen aquí diferentes variables (como por ejemplo el consumo de sustancias problemáticas y la depresión) que condicionan al adolescente a llevar a cabo la acción propiamente dicha de quitarse la vida.

Las últimas cifras de suicidio en Argentina aportados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), que depende del Ministerio de Salud de la Nación, son del año 2014 e indican que en ese año se produjeron 3.340 defunciones por suicidio en la población general. La tasa de mortalidad por suicidio fue de 7,8 por cada 100.000 habitantes. En coincidencia con las tendencias internacionales, la mayor cantidad de muertes por suicidio se presentó entre los adolescentes y adultos jóvenes, con 976 fallecimientos en el grupo de 15 a 24

años. Esto representa una tasa de 13,8 fallecidos por suicidio por cada 100.000 habitantes. En 2014 bajó la cantidad de suicidios en los adultos mayores en comparación con una década atrás pero al mismo tiempo creció la tasa de suicidios en adolescentes y adultos jóvenes en comparación con 2004. [22]

Asimismo, según la Encuesta Mundial de Salud Escolar que se realizó a 28.368 alumnos de 544 escuelas secundarias de la Argentina en 2012, el 16,9% de los adolescentes había considerado la posibilidad de suicidarse ese año. Se registró también un incremento del 3,5% de los adolescentes que habían realizado un plan concreto de cómo suicidarse: pasó del 12,6% en 2007 al 16,1% en 2012. [23]

Si bien el suicidio representa una preocupación para la salud pública, esta investigación pretende abordar una instancia previa denominada ideación suicida pero como parte integrante de lo que significan los estados depresivos mayores en los adolescentes. La ideación suicida se define como el hecho de pensar o sentir que no se es útil en la vida o que no se es importante para la familia y que sería mejor estar muerto, llegando en algunas ocasiones a la planificación del suicidio pero sin consumarlo.

Uno de los trastornos mentales más frecuentes en el humano es la depresión y, los adolescentes, no escapan a esta realidad. Con el correr del tiempo se han ido incrementando los casos a tal punto que es una de las principales causas de discapacidad estimándose que afecta a 350 millones de personas en todo el mundo. Este trastorno, que generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. Es por ello que la depresión se encuentra dentro de las principales enfermedades discapacitantes. [24]

Existen varios tipos de trastornos depresivos pero los más comunes son el trastorno depresivo mayor que se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar y comer, o sea con las actividades cotidianas y placenteras del sujeto incapacitándolo de tal forma que le impide desenvolverse con normalidad; mientras que el trastorno distímico se caracteriza por sus síntomas de larga duración aunque menos graves, pueden no incapacitar a la persona pero sí interferir en su desarrollo de una vida normal o sólo en el sentirse bien.

La depresión es un trastorno psicológico frecuente que supone importantes cambios en la forma de pensar, sentir y comportarse siendo más evidente conforme avanza su grado. Los jóvenes son uno de los grupos etáreos que presentan mayor probabilidad de sufrir depresión ya

que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos que les demanda el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social. A su vez, la adolescencia es el período de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante este período y la edad adulta. [25]

Antes de la pubertad, los niños y niñas tienen las mismas probabilidades de sufrir trastornos de depresión. Sin embargo a partir de los 15 años, las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de haber padecido un episodio de depresión grave.[26] La depresión en los adolescentes se presenta en un momento de grandes cambios personales, cuando están definiendo una identidad distinta a la de sus padres, lidiando y explorando con su sexualidad emergente.

Estudios con población adolescente muestran que la depresión es uno de los trastornos más frecuentes en esa etapa de la vida; 7,8% de los jóvenes cumplieron con los criterios diagnósticos de depresión mayor y 0,8% con distimia. Estos padecimientos generan discapacidad entre los adolescentes debido a que pueden interferir en su desarrollo y limitarlos en la toma de decisiones importantes. [27]

La depresión es un proceso multifactorial y complejo y su probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo. Algunos de ellos se encuentran relacionados con factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos.

- Factores personales y sociales: la prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta generando una importante causa de discapacidad. Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco también se consideran factores de riesgo importantes.
- Factores cognitivos: pensamientos negativos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales juegan un papel fundamental en el procesamiento de la información y en su visión de la realidad.
- Factores familiares y genéticos: los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. [28]

A su vez, los signos y síntomas que se presentan en la depresión son de poca variabilidad según el grupo etario que afecte; la diferencia reside en la intensidad con que se presentan los

mismos y las consecuencias que el trastorno puede llegar a generar. Dentro del grupo de los adolescentes, el síntoma característico de la depresión es el cambio notable en el estado de ánimo aunque en situaciones de mayor gravedad pueden existir somatizaciones como por ejemplo en los casos de bulimia y anorexia, síntomas de gastritis, incapacidad de concentración y hasta hipertensión arterial.

Sin embargo, los cambios que se producen en el adolescente también pueden ser mínimos y hasta poco perceptibles confundiéndolos con procesos propios de la edad. En relación al comportamiento existe falta de concentración, cansancio y falta de energía, trastorno del sueño, cambios en los hábitos alimenticios, aislamiento social, desempeño escolar deficiente y aspecto descuidado. Asimismo, la depresión puede cursar con cambios emocionales como tristeza, desesperanza, irritabilidad o enojo, falta de interés en actividades normales, baja autoestima, sentimientos de culpa o angustia.

La depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, o como una enfermedad peligrosa que puede generar conductas autodestructivas. Esta patología puede coexistir con otros trastornos como ansiedad, pensamientos perturbadores, trastornos alimenticios pero también ha sido asociada con el abuso de sustancias problemáticas y conducir a un aumento en el riesgo de suicidio. [29]

Un punto de vista teórico sobre lo que representa la depresión, se puede observar en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV (1995), una guía muy utilizada por el personal de salud de diversas áreas y especialidades que sirve para identificar, comprender y brindar herramientas de intervenciones en salud mental. En este manual se definen las características esenciales de un episodio depresivo mayor comenzando como “un período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste” (Frances, Pincus et al.; 1995) confundiéndose en algunas oportunidades con los cambios humorales propios de la etapa.

El manual también sugiere que la persona también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista en la que se incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Sin embargo, para indicar la presencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva aparición o bien haber empeorado claramente si se compara con el

estado previo del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Por otra parte, también se definen criterios (en relación a la sintomatología) a tener en cuenta al momento del diagnóstico de un episodio depresivo mayor:

- Criterio A1: El estado de ánimo es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o «como en un pozo». En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio pero la presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas en lugar de referir sentimientos de tristeza. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad. En los niños y los adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida.
- Criterio A2: Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras. Los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual.
- Criterio A3: Normalmente el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer, otros pueden tener más apetito o con apetencia por ciertas comidas. Cuando las alteraciones del apetito son graves, puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso; en los niños se puede dar un fracaso en la consecución del peso apropiado.
- Criterio A4: La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio. Es característico el insomnio medio (despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse) pero también se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). De forma menos frecuente, los sujetos se quejan de exceso de sueño (hipersomnia) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno.

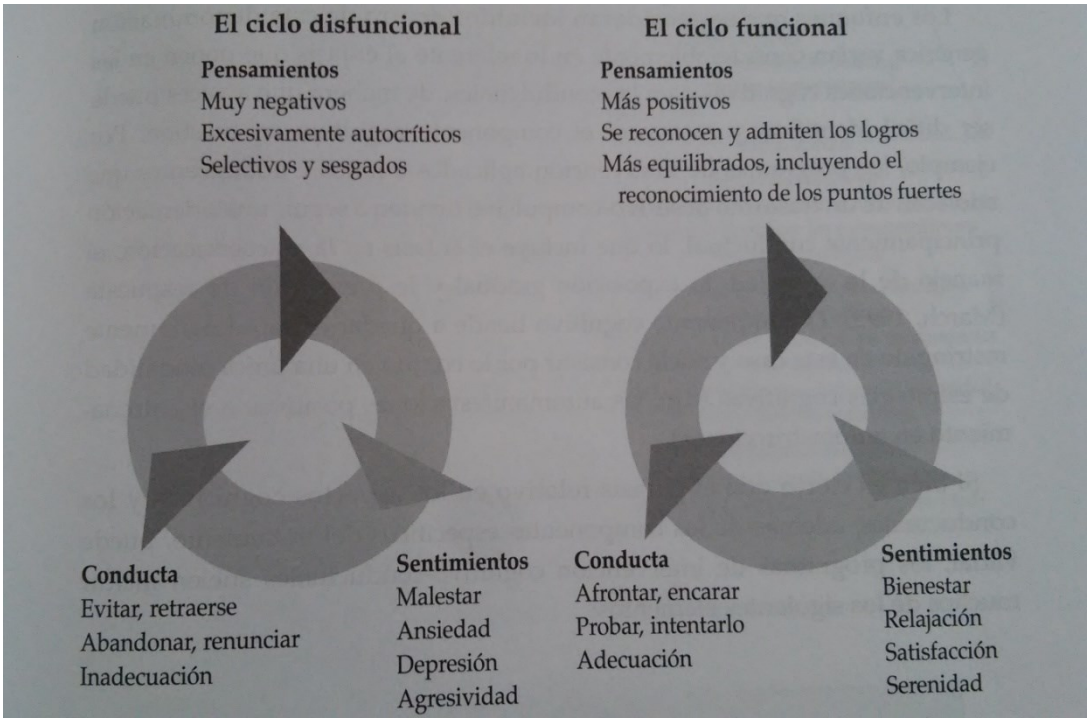
- Criterio A5: Los cambios psicomotores incluyen agitación o enlentecimiento y deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva.
- Criterio A6: Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga pudiendo referirla sin hacer ejercicio físico. Puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas.
- Criterio A7: El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados. Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. El sentimiento de inutilidad o de culpa puede tener proporciones delirantes.
- Criterio A8: Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones; pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. En los niños y adolescentes, la caída repentina de los resultados en las notas puede ser un reflejo de la falta de concentración.
- Criterio A9: Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables.

Uno de los teóricos que trata de dar respuestas a la problemática de la depresión es Aaron Beck, dentro de lo que representan las terapias cognitivas – conductuales de la psicología. En su obra se analiza el papel que juegan las cogniciones desadaptativas y distorsionadas en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. "El modelo de Beck propone que los pensamientos desadaptativos respecto de uno mismo, del mundo y del futuro (la llamada tríada cognitiva) inducen distorsiones cognitivas que generan sentimientos negativos. Asimismo el modelo presta particular atención a los llamados supuestos o esquemas nucleares (creencias fijas que se desarrollaron y consolidaron durante el transcurso de la niñez y en relación con las cuales se evalúan los acontecimientos. Una vez activadas, estas creencias fijas generan una serie de pensamientos automáticos. Estos pensamientos y creencias automáticos pueden a su vez estar sujetos a una serie de distorsiones o errores lógicos, lo que contribuye a asociar un mayor número de cogniciones negativas al estado de ánimo." [30]

Para poder ayudar a los sujetos a generar cambios en su estado depresivo, Beck propone y utiliza la terapia cognitiva – conductual. El objetivo de esta terapia es aumentar la conciencia y el conocimiento que la persona tiene de sí mismo, facilitar una mejor comprensión de uno mismo y mejorar el autocontrol en base a desarrollar unas habilidades cognitivas y conductuales más apropiadas. Por medio de la terapia se ayuda a identificar los pensamientos y las creencias disfuncionales, que suelen ser predominantemente negativos y excesivamente autocríticos.

Los procesos de autoevaluación, educación, experimentación y comprobación favorecen el que dichos pensamientos y creencias sean sustituidos por unas cogniciones más positivas, equilibradas y funcionales, que reconocen y toman en consideración los propios puntos fuertes y los propios logros. Se identifican los déficits cognitivos y conductuales, y se aprenden, comprueban, valoran y refuerzan nuevas habilidades cognitivas de solución de problemas, además de otras formas diferentes de actuar. Se desarrolla una mayor comprensión de la naturaleza y las razones que subyacen a las emociones desagradables, a medida que éstas van quedando atrás y se van sustituyendo por unos sentimientos más placenteros.

Finalmente, la adquisición de nuevas habilidades cognitivas y conductuales permite afrontar con éxito y de una forma más apropiada toda una serie de situaciones nuevas y difíciles. El proceso ayuda al niño o adolescente a desplazarse de un ciclo disfuncional a otro ciclo más funcional. (Stallard; 2007).



El adolescente, mientras avanza por las diferentes etapas del período, tiene que encontrar un equilibrio emocional para poder recorrer su adolescencia y formar su identidad sin mayores complicaciones. Dicho equilibrio puede lograrse con el acompañamiento de sus padres, amigos y personas que seas significativas en la vida del sujeto. Es importante que los adultos puedan escuchar a sus hijos, interesarse por sus relaciones, regular el tiempo que sus hijos pasan conectados en Internet con diversas actividades y que se los incentive a realizar actividades con amigos y en familia. Fortalecer lazos de unión sanos podría ayudar a fomentar una red de vínculos que acompañen el tránsito desde la adolescencia a la adultez sin mayores complicaciones o problemas.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Tipo de Estudio

El presente trabajo de investigación se trata de un estudio con enfoque de tipo cuantitativo porque se volcarán los resultados obtenidos en estadísticas, no experimental ya que se mediarán las variables en estudio tal como se presentan en la realidad sin ser modificadas y tipo de diseño descriptivo pretendiendo determinar cómo es la situación y la relación entre las variables. En el mismo se trata de determinar cómo las variables género, consumo de sustancias problemáticas e influencia de Internet se asocian y pueden generar diferentes niveles de depresión siendo estos temas estudiados en una población de adolescentes de entre 15 y 18 años.

En cuanto al período y la secuencia del estudio, la investigación es de corte transversal con una única medición porque todas las variables del problema se medirán de manera simultánea en un momento específico el cual fue delimitado entre los meses de agosto y octubre de 2019, tiempo establecido para estudiar el fenómeno en cuestión.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y el registro de la información, se presenta un estudio prospectivo porque los datos se registrarán según vayan ocurriendo los fenómenos.

2. Sitio y Contexto

El contexto se seleccionó en base a la aplicación de una guía para el estudio de convalidación de sitio (Ver Anexo I) en la cual se formulan preguntas para delimitar el contexto de la investigación haciéndolo único y, en función de esta, se decidió la elección que se menciona.

La institución que se seleccionó como sitio para llevar a cabo la investigación es una Escuela de Educación Técnica que es la única de nivel secundario en Sauce Viejo y sus alrededores, a la cual asisten los adolescentes del pueblo y otras localidades cercanas (Ver Anexo III).

El establecimiento se encuentra ubicado en el área urbana de la Comuna de Sauce Viejo en la Provincia de Santa Fe, Argentina. Pertenece al Departamento La Capital en el centro de la provincia, a una distancia de 20 km hacia el sur de la ciudad de Santa Fe y a 145 km, también hacia el sur, de la ciudad de Rosario. El pueblo cuenta con una población de 8.123 habitantes según el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010.

3. Población y Muestra

3.1.Criterios de Inclusión/Exclusión:

Dentro de los controles de Validez Interna se deben seleccionar los criterios de elección de la unidad de análisis. La misma estará conformada por el/la adolescente que habite en la Comuna de Sauce Viejo, que tenga entre 15 y 18 años al momento de la recolección de los datos y que concurra a la Escuela de Educación Técnica durante el período de agosto a octubre de 2019.

3.2.Población:

La población en estudio será de aproximadamente 140 alumnos, el número es estimado en función de los resultados obtenidos en el estudio de convalidación de sitio (Ver Anexo III). Se decidió tomar el total de la población por considerarse que es un número que no presenta mayores dificultades al momento de aplicar el instrumento Cuestionario y que sería representativo de la realidad que se vive en la institución.

En cuanto a La Validez Externa, los datos no podrán ser generalizables ya que la población de estudio tiene sus características específicas que la hacen única.

4. Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos

La técnica que se elige para realizar en esta investigación es la Encuesta y el instrumento de recolección de datos más apropiado para la medición de las variables de estudio es el Cuestionario auto administrado, siendo la fuente de información de tipo Primaria.

La elección del Cuestionario se basa en su capacidad de proporcionar información sobre un gran número de personas en un período breve de tiempo y que puede distribuirse en forma masiva. Como algunas de las preguntas pueden ser sensibles para los sujetos de estudio, mediante el anonimato se trata de reducir los factores que pueden afectar la validez interna.

Las variables que se plantean en el problema se operacionalizan de la siguiente manera:

Variable 1: Género; tipo Cualitativa (simple) y su función es Independiente.

Se define al Género como una categoría construida socialmente que puede evolucionar o cambiar; hace referencia a los rasgos psicológicos y culturales que la sociedad atribuye a los sujetos. Corresponde a una vivencia interna e individual del individuo que puede corresponder o no al sexo biológico.

Indicadores:

- Masculino
- Femenino

- Otros (especificar cuál)

Variable 2: Consumo de sustancias problemáticas; tipo Cualitativa (compleja) y su función es Independiente.

El Consumo de sustancias problemáticas es la adicción producida por el consumo de drogas o sustancias cuya ingesta modifica el sistema psíquico generando un estado de dependencia. Se tiene en cuenta que el consumo de sustancias problemáticas puede ser por diversos métodos: fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas.

Dimensión 1: Drogas lícitas: siendo aquellas sustancias psicoactivas que no se encuentran penadas por la ley y que su consumo y tenencia es legal como el alcohol y el tabaco.

Indicadores:

- Frecuencia del consumo
- Deseo fuerte o ansias de consumir cada droga
- Frecuencia que le ha llevado el consumo a problemas de salud, sociales, legales o económicos
- Frecuencia con la que dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo
- Si un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo
- Si ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir.

Dimensión 2: Drogas ilícitas: son las sustancias psicoactivas que su tenencia se encuentra penada por la ley siendo ilegales como por ejemplo el cannabis, la cocaína, las anfetaminas o estimulantes, los inhalantes, los tranquilizantes o pastillas para dormir, los alucinógenos y los opiáceos.

Indicadores:

- Frecuencia del consumo
- Deseo fuerte o ansias de consumir cada droga
- Frecuencia que le ha llevado el consumo a problemas de salud, sociales, legales o económicos
- Frecuencia con la que dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo

- Si un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo
- Si ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir

Variable 3: Influencia de Internet; tipo Cualitativa (compleja) y su función es Independiente.

Se define a la Influencia de Internet como el efecto que posee Internet para alterar la forma de pensar o la conducta de alguien.

Dimensión 1: Relación con las redes sociales: tipo de uso que una persona le da a las redes sociales en lo cotidiano.

Indicadores:

- Uso o no de redes sociales
- Desde dónde se produce la conexión
- Frecuencia de la conexión
- De las personas que conoce a través de la red a cuántos conoce personalmente
- Las cuentas en las redes sociales contienen datos verdaderos sobre la persona
- Qué es lo que más le gusta sobre las redes sociales
- Siente gran necesidad de estar conectado a las redes sociales
- Si necesita cada vez más tiempo para atender sus asuntos relacionados con las redes sociales
- El tiempo que destinaba antes a las redes le resulta insuficiente
- Si apenas se despierta ya necesita estar conectado a las redes sociales
- No sabe qué hacer cuando queda desconectado/a de las redes sociales
- Cambia de humor cuando no puede conectarse
- Se siente ansioso/a cuando no puede conectarse
- Al entrar y usar las redes sociales le produce alivio y relajación
- Pierde el sentido del tiempo cuando entra a las redes sociales
- Generalmente permanece más tiempo en las redes sociales del que inicialmente había destinado
- Tiene pensamientos sobre lo que puede estar pasando en las redes sociales
- Piensa que debe controlar la actividad de conectarse a las redes
- Puede desconectarse de las redes sociales por varios días

- Se propone sin éxito controlar los hábitos de uso prolongado e intenso de las redes sociales
- No deja de pensar en las redes sociales aún cuando se encuentra realizando otras actividades
- Invierte mucho tiempo del día conectándose y desconectándose de las redes sociales
- Permanece mucho tiempo conectado/a
- Se encuentra atento a las alertas que le envían desde las redes sociales al teléfono o computadora
- Descuida a sus amigos o familiares por estar conectado/a a las redes sociales
- Descuida las tareas y los estudios por estar conectado/a a las redes sociales
- Se conecta de forma disimulada aún cuando está en clases
- La pareja, los amigos o familiares le han llamado la atención por la dedicación y el tiempo que destina a las cosas de las redes sociales
- Se siente aburrido/a cuando se encuentra en clases sin estar conectado
- Cree que es un problema la intensidad y la frecuencia con la que entra y usa la red social.

Dimensión 2: Relación con juegos online: tipo de uso que una persona le da a los diferentes juegos online durante el día.

Indicadores:

- Uso o no de los juegos online
- Tipo de juego que se utiliza
- Frecuencia del uso del juego mayor a que la que pretendía
- Si se desatienden tareas del hogar por pasar más tiempo frente a la consola, PC o celular
- Si prefiere ponerse a jugar o acabar la partida en lugar de intimar con su pareja
- Frecuencia con la que se establecen relaciones amistosas con gente conocida a través de los foros de videojuegos
- Frecuencia con que las personas del entorno recriminan el tiempo que pasa jugando
- Si la actividad académica se ve perjudicada porque dedica mucho tiempo a jugar
- Frecuencia con la que enciende la PC o consola para consultar mails o mensajes relacionados con los videojuegos antes de realizar otras tareas prioritarias
- La productividad en la escuela se ve perjudicada por el uso de los videojuegos
- Se vuelve precavido o reservado cuando alguien le pregunta a qué dedica su tiempo de ocio

- Evade de los problemas de la vida real pasando un rato con actividades relacionadas a los videojuegos
- Se encuentra alguna vez pensando en lo que va a hacer la próxima vez que retome la partida
- Tiene temor a que la vida sin los videojuegos sea aburrida y vacía
- Se siente molesto cuando alguien lo interrumpe mientras está jugando
- Frecuencia con la que pierde horas de sueño pasándolas con actividades relacionadas a los videojuegos
- Se sorprende pensando en temas de videojuegos cuando se encuentra realizando otras actividades
- Le ha pasado decir sólo un minutito más antes de apagar la PC o la consola
- Ha intentado pasar menos tiempo jugando y no lo ha logrado
- Trata de ocultar ante alguien cuánto tiempo pasa realmente jugando
- Prefiere pasar más tiempo con amigos virtuales, jugando online o discutiendo en foros de videojuegos que con sus amigos en la vida real
- Se siente ansioso, nervioso, deprimido o aburrido si no está jugando.

Variable 4: Depresión; tipo Cualitativa (compleja) y su función es Dependiente.

Se define a la depresión es un trastorno psicológico frecuente que supone importantes cambios en la forma de pensar, sentir y comportarse como también en las emociones. En ocasiones se corresponde con orientaciones o pensamientos de tipo suicida siendo más evidente conforme avanza el nivel de depresión.

Indicadores:

- Tristeza
- Pesimismo
- Fracaso
- Pérdida de placer
- Sentimientos de culpa
- Sentimientos de castigo
- Disconformidad con uno/a mismo/a
- Autocrítica
- Pensamientos o deseos suicidas

- Llanto
- Irritabilidad
- Pérdida de interés
- Indecisión
- Cambios en el aspecto físico
- Pérdida de energía
- Cambios en los hábitos de sueño
- Cansancio o fatiga
- Cambios en el apetito
- Pérdida de peso
- Preocupación por el estado general de salud y los problemas físicos
- Interés por el sexo

El Cuestionario se encuentra conformado por cuatro grandes apartados, para evaluar las variables de estudio consumo de sustancias problemáticas, influencia de Internet (con sus dos dimensiones: relación con redes sociales y relación con juegos online) y depresión. Para la variable género se plantean opciones de respuesta para que el encuestado elija. Las preguntas son de características variadas: dicotómicas, con una sola opción correcta, de opción múltiple, escala tipo Likert.

El Cuestionario a utilizar se encuentra conformado por cuatro instrumentos que se han seleccionado según las variables de estudio. Cabe mencionar que, según la prueba piloto realizada, no han debido adaptarse para este proyecto de investigación salvo en dos oportunidades que se mencionan en cada instrumento.

Para la variable Consumo de sustancias problemáticas se ha utilizado un instrumento creado por la Organización Mundial de la Salud llamado *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (Ver Anexo II). El instrumento tiene en cuenta todos los indicadores para cada una de las dimensiones (sustancias lícitas o ilícitas) de las cuales se pretende recabar información. Asimismo fue validado en numerosas ocasiones y es utilizado ampliamente por diferentes profesionales en el mundo. Este instrumento consta de una breve introducción en la cual se definen los objetivos del mismo, se aclaran los diferentes métodos por los cuales puede ser ingerida una sustancia problemática y hace la salvedad sobre el consumo según prescripción médica. El cuestionario está compuesto de ocho preguntas con opciones de respuestas dicotómicas o múltiples, con diferentes puntuaciones según los indicadores a medir. Se ha

optado por describir sólo en la pregunta 1, todos los ejemplares de sustancias problemáticas con sus nombres que se consideran según el tipo.

Para la variable Influencia de Internet, se han utilizado dos instrumentos diferentes para medir cada dimensión. En este apartado se pretende visualizar el consumo que tienen los adolescentes de Internet como condicionante psicológico del grupo pudiendo influir en ellos.

El primero de los instrumentos tiene por título *Cuestionario de Adicción a Redes Sociales* (Ver Anexo II) y fue construido por Miguel Escurra Mayaute y Edwin Salas Blas (2014); tiene como sitio la ciudad de Lima (Perú) y fue puesto a prueba en 380 estudiantes de diferentes universidades de Lima validándose el mismo. A su vez fue utilizado en otras ocasiones como por ejemplo en la investigación realizada por Araujo Robles también en Lima. El cuestionario consta de dos apartados, ambos con respuesta de opción múltiple y escala tipo Likert. En el primero se realiza una breve introducción sobre la participación voluntaria del sujeto y se le solicita información específica sobre el uso de redes sociales y el consumo de las mismas. En la segunda parte, existen 24 ítems divididos en tres factores diferentes y para la valoración se optó por aplicar el sistema de calificación de 5 puntos (de 0 a 4) tomando en cuenta la frecuencia desde «nunca» hasta «siempre».

El segundo instrumento utilizado mide la dimensión Relación con juegos online (Ver Anexo II) pero cuya precisión y validez no pueden ser confirmadas pero presenta todos los indicadores que se pretenden estudiar. Se trata cuestionario de 20 preguntas con opciones de respuesta en escala tipo Likert con puntuaciones de 0 a 5. En algunas preguntas se ha modificado la palabra video jugos por juegos online y se ha agregado celular dentro de las formas de juego posibles que se describían junto con PC o consola.

Para la variable Depresión se ha tomado el instrumento *Inventario de Beck – Depresión en Adolescentes*. Este cuestionario fue validado en diferentes investigaciones con adolescentes como por ejemplo en el caso de Beltrán, Freyre y Guzmán en México. Se trata de una guía acorde a implementar para este proyecto ya que se incluyen los indicadores a medir. Este cuestionario se encuentra compuesto por 21 ítems con cuatro opciones de respuesta y la puntuación es una escala de cuatro puntos (desde 0 a 3), cuya suma total fluctúa entre 0 y 63 puntos.

La aplicación del instrumento de recolección de datos será coordinada con la dirección de la escuela que se toma como sitio. Se decide que ellos propongan los días más convenientes según el flujo de alumnos que asisten al establecimiento. Se tomará en cuenta realizarlo en ambos

turnos (mañana y tarde) ya que los estudiantes asisten en determinado horario según la orientación técnica que escogieron. Asimismo será llevada a cabo en un salón de clases, con el/la docente que se encuentre a cargo en dicho horario, y dividiéndolos según curso al que pertenecen. Se pretende establecer un periodo de dos semanas para la realización del Cuestionario a toda la población.

Por otra parte, el ámbito escolar es un lugar conocido para todos los sujetos de estudio, en el cual deberían de sentirse cómodos al respecto. Se propone separar a los estudiantes que participan, con una distancia prudencial para que el compañero no pueda tener acceso a las respuestas del otro y así mantener la privacidad de cada uno garantizando, también, que las contestaciones sean conscientes y fehacientes.

Se debe tener en cuenta que al ser la población de estudio menores de edad, debe de enviarse el Consentimiento Informado a los padres para que establezcan si autorizan o no la participación de su hijo/a en la investigación (Ver Anexo II). En este documento se deja plasmado que el propósito del estudio consiste en recolectar datos que puedan ser útiles para identificar si el consumo de sustancias problemáticas y la influencia de Internet generan niveles de depresión en los adolescentes siendo la participación de su hijo/a voluntaria y que todas las respuestas obtenidas serán confidenciales. A los sujetos que resulten positivos en la firma del Consentimiento Informado por parte de sus padres, se les administrará el Asentimiento Informado debiendo ser firmado por ellos mismos (Ver Anexo II).

Cada estudiante que participa ya tiene una idea aproximada sobre lo que trata la investigación y se brindarán los tiempos y espacios para evacuar las dudas que hayan podido surgir. Al momento de aplicar el instrumento de recolección de datos se mencionará (nuevamente) que cada alumno puede desistir de participar en cualquier momento sin que exista algún tipo de represalia.

Otra instancia que debe cumplimentarse es la realización de la prueba piloto del instrumento de recolección de datos. La misma será aplicada en cuatro sujetos de diferente género que compartan algunas de las características de la muestra. Se opta por el criterio de inclusión/exclusión “edad de entre 15 y 18 años” ya que se considera que los adolescentes en esa franja conllevan algunas de las variables en estudio que se consideran en el problema de investigación. Asimismo se tendrá en cuenta que los participantes de la prueba piloto no concurran a la escuela que se toma como Sitio en la investigación.

El lugar que se elige para aplicar el instrumento será acordado junto con los participantes pero se pretende que todos lo realicen en el mismo momento y con la investigadora en el lugar para poder subsanar las dudas que se presenten.

5. Personal a cargo de la recolección de datos

El adiestramiento del personal que recogerá los datos es otro de los controles de Validez Interna que deben realizarse. Sin embargo, para este proyecto, la recolección será a cargo de la investigadora al igual que todas las actividades que deban realizarse.

PLAN DE ANÁLISIS

El tipo de estadística que se aplicará a toda la investigación es Descriptiva.

El tipo de programa a utilizar para cargar los datos y generar las estadísticas es Epi Info y será realizado por la investigadora misma. Sin embargo, se consultará a un estadístico para el armado de las pruebas y cruce de las variables que se estudian.

Las tablas que se presentarán son tres:

1. Análisis multivariado: se cruzarán los datos de las variables género (femenino), consumo de sustancia problemáticas y depresión.
2. Análisis multivariado: se cruzarán los datos de las variables género (masculino), consumo de sustancias problemáticas, influencia de Internet (sólo la dimensión uso de juegos online) y depresión.
3. Análisis bivariado: se cruzarán los datos de las variables influencia de Internet y depresión.

Variable 1: Género. Escala de medición: Nominal.

Esta variable se va a reconstruir según sea la elección entre femenino, masculino y otros que hace cada sujeto según su propia percepción. De ser elegida la opción Otros, debe de especificarse con cuál género se identifica cada adolescente, de lo cual podrían surgir nuevos indicadores.

Variable 2: Consumo de sustancias problemáticas. Escala de medición: Ordinal.

La misma consta de dos dimensiones las cuales se denominan Drogas Lícitas y Drogas Ilícitas, para ambas se utilizan los mismos ítems siendo un total de 8. Los mismos poseen la siguiente puntuación:

- Ítem 1: NO (0 puntos), SI (3 puntos).
- Ítem 2: Nunca (0 puntos), 1 ó 2 veces (2 puntos), Cada mes (3 puntos), Cada semana (4 puntos) y A diario o casi a diario (6 puntos).
- Ítem 3: Nunca (0 puntos), 1 ó 2 veces (3 puntos), Cada mes (4 puntos), Cada semana (5 puntos) y A diario o casi a diario (6 puntos).
- Ítem 4: Nunca (0 puntos), 1 ó 2 veces (4 puntos), Cada mes (5 puntos), Cada semana (6 puntos) y A diario o casi a diario (7 puntos).

- Ítem 5: Nunca (0 puntos), 1 ó 2 veces (5 puntos), Cada mes (6 puntos), Cada semana (7 puntos) y A diario o casi a diario (8 puntos).
- Ítem 6 y 7: No, nunca (0 puntos), Sí, en los últimos 3 meses (6 puntos) y Sí, pero no en los últimos 3 meses (3 puntos).
- Ítem 8: No, nunca (0 puntos), Sí, en los últimos 3 meses (2 puntos) y Sí, pero no es los últimos 3 meses (1 punto).

Se suman los puntajes de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive; no se incluyen los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. La puntuación total de los ítems debe ser calculada para cada sustancia en particular que se menciona en el instrumento, ya sean lícitas o ilícitas. Las sustancias se encuentran etiquetadas como **a, b, c, d, e, f, g, h, i, j** dentro del cuestionario.

El patrón de consumo se relaciona directamente con el nivel de riesgo que representa para la persona. Para los productos derivados del tabaco, el cannabis, la cocaína, los estimulantes de tipo anfetamínico, los inhalantes, los sedantes o pastillas para dormir, los alucinógenos, los opiáceos y los otros (que debieron especificarse en el instrumento) corresponden puntuación de 0 a 3 para nivel de riesgo Bajo, de 4 a 26 para riesgo Moderado y 27+ riesgo Alto. Sin embargo para el consumo de bebidas alcohólicas la puntuación es 0 a 10 nivel de riesgo Bajo, de 11 a 26 nivel de riesgo Moderado y 27 + nivel de riesgo Alto.

Variable 3: Influencia de Internet. Escala de medición: Ordinal.

Para la dimensión Relación con las redes sociales se utiliza un instrumento que consta de dos apartados. En el primero, son 6 ítems con respuestas de opción múltiple y desarrollo de opinión. El segundo apartado, a su vez, se encuentra dividido en tres factores: Obsesión por las redes sociales, Falta de control personal en el uso de las redes sociales y Uso excesivo de las redes sociales. Consta de 24 ítems, todos con opciones de respuesta en escala tipo Likert donde se corresponde Siempre (4 puntos), Rara vez (1 punto), Casi siempre (3 puntos), Nunca (0 puntos), Algunas veces (2 puntos). Un mayor puntaje en cada escala revela un nivel más alto en los indicadores de adicción.

Para la dimensión Relación con Juegos online se utiliza un instrumento que consta de 22 preguntas en total con opciones de respuesta escala tipo Likert en las cuales se puntúan Raramente (1 punto), Ocasionalmente (2 puntos), Frecuentemente (3 puntos), Muy a menudo (4 puntos), Siempre (5 puntos) y Nunca (0 puntos).

La dimensión se reconstruye según el total de puntos obtenidos, estableciendo el tipo de relación que posee el sujeto con los juegos online y videojuegos. Si la puntuación está entre 0 y 30, se goza de una relación totalmente sana con este tipo de ocio; si la puntuación está entre 31 y 45 se está haciendo un intenso uso y disfrute; si la puntuación está entre 46 y 60 se podría provocar una adicción en el futuro; una puntuación que está entre 61 y 80 indica una posible adicción a los juegos. Por último, si la puntuación supera los 80 se considera que el sujeto sufre una adicción.

Variable 4: Depresión. Escala de medición: Ordinal.

El instrumento "Inventario de Beck – Depresión en Adolescentes" se encuentra compuesto por 21 ítems con cuatro opciones de respuesta en cada uno. Las puntuaciones se encuentran en una escala de cuatro puntos (desde 0 a 3), cuya suma total fluctúa entre 0 y 63 puntos.

La reconstrucción de la variable se realiza sumando todas las respuestas lo que cual indica: de 1 a 10 altibajos considerados normales; 11 a 16 leve perturbación del estado de ánimo; 17 a 20 estados de depresión intermitentes; 21 a 30 depresión moderada; 31 a 40 depresión grave y +40 depresión extrema.

PLAN DE TRABAJO

Recolección de datos en el sitio definido	Desde el 12 al 23 de Agosto 2019	Copias según cantidad de población definida. Sobres para guardar instrumentos.
Tabulación de los datos	Desde el 26 de Agosto al 6 de Septiembre	Instrumentos realizados. Computadoras. Programa de estadística.
Análisis e Interpretación de los datos	Desde el 9 al 27 de Septiembre 2019	Estadísticas obtenidas. Computadora.
Elaboración de las conclusiones	Desde el 30 de Septiembre al 4 de Octubre 2019	Computadora.
Redacción del Informe final	Desde el 7 al 25 de Octubre 2019	Computadora.

CRONOGRAMA

	Sem 1 12-18 /08/19	Sem 2 19-25 /08/19	Sem 3 26-01 /09/19	Sem 4 02-08 /09/19	Sem 5 09-15 /09/19	Sem 6 16-22 /09/19	Sem 7 23-29 /09/19	Sem 8 30/09-06/10/19	Sem 9 07-13 /10/19	Sem 10 14-20 /10/19	Sem 11 21-27 /10/19
Recolección de datos											
Tabulación											
Análisis e Interpretación											
Elaboración de conclusiones											
Redacción del Informe Final											

ANEXOS

- Anexo I: Guía de Convalidación de Sitio

1. Ubicación geográfica de la Comuna de Sauce Viejo.
2. Ubicación geográfica de la Escuela de Educación Técnica n°355 “José Scaldaferri”.
3. Año de fundación de la escuela.
4. Orientación formativa académica.
5. Cantidad de estudiantes que acuden a la institución.
6. Género de los estudiantes que acuden a la institución.
7. Edades de los estudiantes que acuden a la institución.
8. Lugares de procedencia de los alumnos de la institución.
9. Cantidad de alumnos pertenecientes a la Comuna de Sauce Viejo.
10. Cantidad de alumnos de entre 15 y 18 años habitantes de la Comuna de Sauce Viejo.
11. ¿Cuenta con gabinete pedagógico? Composición
12. ¿La institución realiza intervenciones programadas sobre consumo de sustancias problemáticas?
13. ¿Existen intervenciones frente a casos detectados de consumo de sustancias problemáticas?
14. ¿Se brinda acceso a Internet libremente en la institución?
15. ¿Existe un registro de alumnos que hayan sufrido depresión?

- Anexo II: Instrumentos Originales, Consentimiento Informado y Asentimiento Informado

2.1. Instrumentos Originales

Instrumento 1: OMS – ASSIST V3.0

INTRODUCCIÓN (Léalo por favor al participante)

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas, adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

Pregunta 1 *(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)*

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? *(SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)*	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas: "¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"
Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.
Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	**Nunca**	**1 ó 2 veces**	**Cada mes**	**Cada semana**	**A diario o casi a diario**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**
j. Otros - especifique:	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.
Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	**Nunca**	**1 ó 2 veces**	**Cada mes**	**Cada semana**	**A diario o casi a diario**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**

h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**
j. Otros - especifique:	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	**Nunca**	**1 ó 2 veces**	**Cada mes**	**Cada semana**	**A diario o casi a diario**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**
j. Otros - especifique:	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	**Nunca**	**1 ó 2 veces**	**Cada mes**	**Cada semana**	**A diario o casi a diario**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	/	/	/	/	/
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**

(valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**
j. Otros - especifique:	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consume de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	**No, Nunca**	**Sí, en los últimos 3 meses**	**Sí, pero no en los últimos 3 meses**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	**0**	**6**	**3**
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	**0**	**6**	**3**
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	**0**	**6**	**3**
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	**0**	**6**	**3**
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	**0**	**6**	**3**
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	**0**	**6**	**3**
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	**0**	**6**	**3**
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	**0**	**6**	**3**
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	**0**	**6**	**3**
j. Otros - especifique:	**0**	**6**	**3**

Pregunta 7

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* y no lo ha logrado*?*	**No, Nunca**	**Sí, en los últimos 3 meses**	**Sí, pero no en los últimos 3 meses**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	**0**	**6**	**3**
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	**0**	**6**	**3**
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	**0**	**6**	**3**
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	**0**	**6**	**3**
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	**0**	**6**	**3**
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	**0**	**6**	**3**
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax,	**0**	**6**	**3**

Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)			
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	**0**	**6**	**3**
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	**0**	**6**	**3**
j. Otros - especifique:	**0**	**6**	**3**

Pregunta 8

	No, Nunca	**Sí, en los últimos 3 meses**	**Sí, pero no en los últimos 3 meses**
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? ***(ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)***	**0**	**2**	**1**

Instrumento 2: CUESTIONARIO SOBRE USO DE REDES SOCIALES

Esta es una encuesta en la que Ud. participa voluntariamente, por lo que le agradecemos encarecidamente que sea absolutamente sincero(a) en sus respuestas. Antes de responder al cuestionario le pedimos que nos proporcione los siguientes datos:

Universidad en la que estudia:

Carrera o Facultad:

Ciclo/ Nivel:

¿Utiliza redes sociales?:

Si respondió SÍ, indique cuál o cuáles:

Si respondió NO, entregue el formato al encuestador

¿Dónde se conecta a las redes sociales? (puede marcar más de una respuesta)

En mi casa ( ) En mi trabajo ( ) En las cabinas de internet ( )

En las computadoras de la universidad ( ) A través del celular ( )

¿Con qué frecuencia se conecta a las redes sociales?

Todo el tiempo me encuentro conectado ( ) Una o dos veces por día ( )

Entre siete a 12 veces al día ( ) Dos o tres veces por semana ( )

Entre tres a Seis veces por día ( ) Una vez por semana ( )

De todas las personas que conoce a través de la red, ¿cuántos conoce personalmente?

10 % o Menos ( ) Entre 11 y 30 % ( ) Entre el 31 y 50 % ( )

Entre el 51 y 70 % ( ) Más del 70 % ( )

¿Sus cuentas en la red contienen sus datos verdaderos (nombre, edad, género, dirección, etc.)?

SI ( ) NO ( )

¿Qué es lo que más le gusta de las redes sociales?:

.....

.....

A continuación se presentan 24 ítems referidos al uso de las redes sociales, por favor conteste a todos ellos con sinceridad, no existe respuestas adecuadas, buenas, inadecuadas o malas. Marque un aspa (X) en el espacio que corresponda a lo que Ud. siente, piensa o hace:
Siempre **S** Rara vez **RV** Casi siempre **CS** Nunca **N** Algunas veces **AV**

N° Ítem	Descripción	S	CS	AV	RV	N
1	Siento gran necesidad de permanecer conectado(a) a las redes sociales.					
2	Necesito cada vez más tiempo para atender mis asuntos relacionados con las redes sociales.					
3	El tiempo que antes destinaba para estar conectado(a) a las redes sociales ya no me satisface, necesito más.					
4	Apenas despierto ya estoy conectándome a las redes sociales.					
5	No sé qué hacer cuando quedo desconectado(a) de las redes sociales.					
6	Me pongo de malhumor si no puedo conectarme a las redes sociales.					
7	Me siento ansioso(a) cuando no puedo conectarme a las redes sociales.					
8	Entrar y usar las redes sociales me produce alivio, me relaja.					
9	Cuando entro a las redes sociales pierdo el sentido del tiempo.					
10	Generalmente permanezco más tiempo en las redes sociales, del que inicialmente había destinado.					
11	Pienso en lo que puede estar pasando en las redes sociales.					

12	Pienso en que debo controlar mi actividad de conectarme a las redes sociales.					
13	Puedo desconectarme de las redes sociales por varios días.					
14	Me propongo sin éxito, controlar mis hábitos de uso prolongado e intenso de las redes sociales.					
15	Aun cuando desarrollo otras actividades, no dejo de pensar en lo que sucede en las redes sociales.					
16	Invierto mucho tiempo del día conectándome y desconectándome de las redes sociales.					
17	Permanezco mucho tiempo conectado(a) a las redes sociales.					
18	Estoy atento(a) a las alertas que me envían desde las redes sociales a mi teléfono o a la computadora.					
19	Descuido a mis amigos o familiares por estar conectado(a) a las redes sociales.					
20	Descuido las tareas y los estudios por estar conectado(a) a las redes sociales.					
21	Aun cuando estoy en clase, me conecto con disimulo a las redes sociales.					
22	Mi pareja, o amigos, o familiares; me han llamado la atención por mi dedicación y el tiempo que destino a las cosas de las redes sociales.					
23	Cuando estoy en clase sin conectar con las redes sociales, me siento aburrido(a).					
24	Creo que es un problema la intensidad y la frecuencia con la que entro y uso la red social.					

Instrumento 3: Relación con juegos online

Anote para cada una de las 20 preguntas, la puntuación que represente con mayor precisión lo que usted experimenta respecto al uso de los videojuegos. Finalmente, sume todas las puntuaciones:

- ¿Con qué frecuencia se encuentra con que lleva más tiempo jugando de lo que pretendía estar?
    1. Raramente
    2. Ocasionalmente
    3. Frecuentemente
    4. Muy a menudo
    5. Siempre
    6. Nunca
- ¿Desatiende sus tareas en su hogar por pasar más tiempo frente a la consola o PC?
    1. Raramente
    2. Ocasionalmente
    3. Frecuentemente
    4. Muy a menudo
    5. Siempre
    6. Nunca
- Si su pareja le llama para intimar con usted, ¿prefiere ponerse a jugar o acabar la partida ya empezada?
    1. Raramente
    2. Ocasionalmente
    3. Frecuentemente
    4. Muy a menudo
    5. Siempre
    6. Nunca
- ¿Con qué frecuencia establece relaciones amistosas con gente que sólo conoce a través de los foros de videojuegos?
    1. Raramente
    2. Ocasionalmente
    3. Frecuentemente
    4. Muy a menudo
    5. Siempre
    6. Nunca
- ¿Con qué frecuencia personas de su entorno le recriminan que pasa demasiado tiempo jugando?
    1. Raramente

2. Ocasionalmente
3. Frecuentemente
4. Muy a menudo
5. Siempre
6. Nunca

- Su actividad académica (escuela, universidad) ¿se ve perjudicada porque dedica demasiado tiempo a jugar?
  1. Raramente
  2. Ocasionalmente
  3. Frecuentemente
  4. Muy a menudo
  5. Siempre
  6. Nunca
- ¿Con qué frecuencia enciende su PC o consola para consultar mails o mensajes relacionados con los videojuegos antes de realizar otras tareas prioritarias?
  1. Raramente
  2. Ocasionalmente
  3. Frecuentemente
  4. Muy a menudo
  5. Siempre
  6. Nunca
- ¿Su productividad en el trabajo se ve perjudicada por el uso de videojuegos?
  1. Raramente
  2. Ocasionalmente
  3. Frecuentemente
  4. Muy a menudo
  5. Siempre
  6. Nunca
- ¿Se vuelve precavido o reservado cuando alguien le pregunta a qué dedica su tiempo de ocio?
  1. Raramente
  2. Ocasionalmente
  3. Frecuentemente
  4. Muy a menudo

5. Siempre
6. Nunca

- ¿Se evade de sus problemas de la vida real pasando un rato con actividades relacionadas a los videojuegos?
  1. Raramente
  2. Ocasionalmente
  3. Frecuentemente
  4. Muy a menudo
  5. Siempre
  6. Nunca
- ¿Se encuentra alguna vez pensando en lo que va a hacer la próxima vez que retome esa partida?
  1. Raramente
  2. Ocasionalmente
  3. Frecuentemente
  4. Muy a menudo
  5. Siempre
  6. Nunca
- ¿Teme que la vida sin los videojuegos sea aburrida y vacía?
  1. Raramente
  2. Ocasionalmente
  3. Frecuentemente
  4. Muy a menudo
  5. Siempre
  6. Nunca
- ¿Se siente molesto cuando alguien lo/la interrumpe mientras está jugando?
  1. Raramente
  2. Ocasionalmente
  3. Frecuentemente
  4. Muy a menudo
  5. Siempre
  6. Nunca
- ¿Con qué frecuencia pierde horas de sueño pasándolas con actividades relacionadas con los videojuegos?

1. Raramente
2. Ocasionalmente
3. Frecuentemente
4. Muy a menudo
5. Siempre
6. Nunca

- Durante la realización de otras actividades diarias, ¿se sorprende a usted mismo pensando en temas de videojuegos?
  1. Raramente
  2. Ocasionalmente
  3. Frecuentemente
  4. Muy a menudo
  5. Siempre
  6. Nunca
- ¿Le ha pasado eso de decir “sólo unos minutitos más” antes de apagar la PC o consola?
  1. Raramente
  2. Ocasionalmente
  3. Frecuentemente
  4. Muy a menudo
  5. Siempre
  6. Nunca
- ¿Ha intentado alguna vez pasar menos tiempo jugando y no lo ha logrado?
  1. Raramente
  2. Ocasionalmente
  3. Frecuentemente
  4. Muy a menudo
  5. Siempre
  6. Nunca
- ¿Trata de ocultar ante alguien cuánto tiempo pasa realmente jugando?
  1. Raramente
  2. Ocasionalmente
  3. Frecuentemente
  4. Muy a menudo
  5. Siempre

6. Nunca

- ¿Prefiere pasar más tiempo con amigos virtuales, jugando online o discutiendo en foros de videojuegos que con sus amigos en la vida real?
    1. Raramente
    2. Ocasionalmente
    3. Frecuentemente
    4. Muy a menudo
    5. Siempre
    6. Nunca
- ¿Se siente ansioso, nervioso, deprimido o aburrido cuando no está jugando?
    1. Raramente
    2. Ocasionalmente
    3. Frecuentemente
    4. Muy a menudo
    5. Siempre
    6. Nunca

Instrumento 4: Inventario de Beck – Depresión en adolescentes

- Ítem 1
    1. No me siento triste
    2. Me siento triste
    3. Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
    4. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
- Ítem 2
    1. No me siento especialmente desanimado ante el futuro
    2. Me siento desanimado con respecto al futuro
    3. No tengo esperanza en el futuro pero creo que las cosas pueden mejorar
    4. No tengo esperanza en el futuro y creo que las cosas no puede mejorar
- Ítem 3
    1. No me considero un fracasado
    2. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal
    3. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
    4. Creo que soy un fracaso absoluto como personal

- Ítem 4
    1. No estoy especialmente insatisfecho
    2. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo
    3. Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada
    4. Estoy insatisfecho o aburrido de todo
- Ítem 5
    1. No me siento culpable
    2. Me siento culpable una buena parte del tiempo
    3. Me siento bastante culpable casi siempre
    4. Me siento culpable siempre
- Ítem 6
    1. No creo que esté siendo castigado
    2. Creo que puedo estar siendo castigado
    3. Espero ser castigado
    4. Creo que estoy siendo castigado
- Ítem 7
    1. No me siento decepcionado de mí mismo
    2. Me he decepcionado a mí mismo
    3. Estoy asqueado de mí mismo
    4. Me odio
- Ítem 8
    1. No creo ser peor que los demás
    2. Me critico bastante por mis debilidades o errores
    3. Me culpo siempre de mis errores
    4. Me culpo por todo lo malo que sucede
- Ítem 9
    1. No tengo pensamientos de hacerme daño
    2. Pienso en matarme, pero no lo haría
    3. Me gustaría matarme
    4. Me mataría si tuviera la oportunidad
- Ítem 10
    1. No lloro más que de lo habitual
    2. Ahora lloro más de lo habitual
    3. Ahora lloro todo el tiempo

4. Antes podía llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera

- Ítem 11
  1. No estoy más irritable de lo normal
  2. Las cosas me irritan un poco más que de costumbre
  3. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo
  4. Ahora me siento irritado todo el tiempo
- Ítem 12
  1. No he perdido el interés por otras personas
  2. Estoy menos interesado en otras personas que antes
  3. He perdido casi todo mi interés por las personas
  4. He perdido todo mi interés por las personas
- Ítem 13
  1. Tomo decisiones como siempre
  2. Postergo las decisiones más que de costumbre
  3. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes
  4. Ya no puedo tomar decisiones
- Ítem 14
  1. No creo que mi aspecto sea peor que antes
  2. Me preocupa el hecho de parecer viejo, sin atractivo
  3. Siento que hay cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
  4. Creo que soy feo
- Ítem 15
  1. Puedo trabajar tan bien como antes
  2. Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo
  3. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
  4. No puedo trabajar en absoluto
- Ítem 16
  1. Puedo dormir tan bien como antes
  2. No duermo tan bien como antes
  3. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme
  4. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme

- Ítem 17
    1. Me canso más que antes
    2. Me canso más fácilmente que antes
    3. Me canso sin hacer casi nada
    4. Estoy demasiado cansado para hacer algo
- Ítem 18
    1. Mi apetito no es peor que antes
    2. Mi apetito no es tan bueno como solía ser antes
    3. Mi apetito está mucho peor ahora
    4. Ya no tengo apetito
- Ítem 19
    1. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente
    2. He perdido más de dos kilos y medio
    3. He perdido más de cinco kilos
    4. He perdido más de siete kilos y medio
- Ítem 20
    1. No me preocupo por mi salud más que de costumbre
    2. Estoy preocupado por problemas físicos como por ejemplo dolores, molestias estomacales o estreñimiento
    3. Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa
    4. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa
- Ítem 21
    1. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo
    2. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar
    3. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
    4. He perdido por completo el interés por el sexo

2.2. Consentimiento Informado

Título: “Adolescencia y depresión”

Nombre del investigador: Ema Susana Raviolo

Centro de investigación: Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario

Introducción: Este documento se llama Consentimiento Informado y es entregado a usted con el fin de explicarle en qué consiste esta investigación. Antes de firmarlo, debe leerlo por completo y puede realizar todas las preguntas que desee sobre las dudas que tenga al respecto. Al finalizar la explicación, usted recibirá una copia del Consentimiento Informado.

Mi nombre es Ema Susana Raviolo, soy estudiante de la Licenciatura en Enfermería dictada por la Universidad Nacional de Rosario y me encuentro realizando mi proyecto de Tesina con el cual finalizo mis estudios.

Mediante este documento se le está solicitando a usted la aprobación para la participación de su hijo/a en un estudio de investigación. Este estudio se trata sobre encontrar la asociación que existe entre el consumo de sustancias problemáticas, el uso de Internet y la depresión en adolescentes de entre 15 y 18 años.

Propósito: Con este estudio se esperan obtener datos que puedan ser útiles para identificar si la agrupación de la depresión junto con las conductas de riesgo antes mencionadas son perjudiciales para la salud de los/las adolescentes. Ya que la depresión es una enfermedad cada vez más común entre los adolescentes, se pretende estudiar los indicadores que pueden predisponer a un sujeto.

Se le invita a su hijo/a a participar porque se encuentra en el rango etario entre los 15 y 18 años al momento de la recolección de datos, vive en la Comuna de Sauce Viejo y concurre a la Escuela de Educación Técnica n°355 “José Scaldaferri”; la participación de su hijo/a no le demandará más de 60 minutos.

La participación en este estudio es voluntaria; la decisión de participar o no, no afectará en nada a su hijo/a. Si desea que el/la mismo/a participe, tiene el derecho y es libre de cambiar de opinión en cualquier etapa como así también puede retirarse en cualquier momento si así lo desea.

Procedimientos de la investigación: Si usted decide que su hijo/a participe de esta investigación, se le realizará una encuesta mediante el uso de un cuestionario que contiene los mismos interrogantes para todos los participantes. Los datos que se obtengan son confidenciales, asimismo sólo se solicitará que el/la participante se identifique según género y edad.

El momento de la recolección de datos será pautado con la dirección de la Escuela ya que se solicita que sea dentro del ámbito educativo para poder tener acceso a la mayor cantidad de adolescentes. Se distribuirá el cuestionario a todos los presentes, mientras tanto la investigadora permanecerá en el aula para evacuar las dudas que puedan surgir.

El cuestionario cuenta con diferentes apartados en los cuales se pretende indagar sobre si el/la adolescente utiliza o consume algún tipo de sustancias problemáticas (desde cuándo, cuáles, cantidad), cómo es la relación del adolescente con Internet en tanto si participa de juegos online o utiliza redes sociales y también si existe algún grado de depresión en cada sujeto mediante diferentes indicadores.

Confidencialidad: Los datos obtenidos en los cuestionarios serán codificados y contabilizados manteniendo el anonimato de su hijo/a y toda la información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. También será puesta fuera de alcance y nadie salvo la investigadora tendrá acceso a verla. En una etapa posterior sólo se publicarán los resultados obtenidos para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Contacto: Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o en cualquier momento, incluso después de haberse iniciado la investigación. Si desea hacerlo más tarde, puede contactarme a mí por ser la investigadora responsable. Mis datos de contacto son: Ema Susana Raviolo, número de teléfono 0342-154291460 disponible las 24 hs del día, e-mail: emaraviolo@hotmail.com .

Formulario de Consentimiento:

Se me ha contactado porque se invita a participar a mi hijo/a en la investigación que pretende conocer la asociación que existe entre el consumo de sustancias problemáticas, la influencia de Internet y la depresión en adolescentes de entre 15 y 18 años. He sido informado sobre los procedimientos para la recolección de datos como así también se me ha proporcionado el nombre de la investigadora y sus datos de contacto por cualquier duda o consulta al respecto de la investigación. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente la participación de mi hijo/a en esta investigación como

participante y entiendo que tiene el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento sin que lo afecte en ninguna manera.

- Nombre del Padre, Madre o Tutor: _____
- Firma del Padre, Madre o Tutor: _____
- Fecha (día, mes, año): _____

2.3. Asentimiento Informado

Mi nombre es Ema Susana Raviolo, soy estudiante de la Licenciatura en Enfermería dictada por la Universidad Nacional de Rosario y me encuentro realizando mi proyecto de Tesina con el cual finalizo mis estudios. Actualmente me encuentro realizando una investigación para tratar de conocer si existe alguna asociación entre el consumo de cigarrillos, alcohol o drogas, la influencia que puede tener el consumo de Internet según los usos que le das todos los días en cuanto pueden generar alguna predisposición a la depresión. Para poder seguir con esta investigación es que necesitamos tu ayuda con el aporte de algunos datos.

Tu participación en esta investigación consistirá en que completes un formulario que te daremos. Tu colaboración es voluntaria pero primero necesitamos que tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar. Después de eso, la decisión es tuya y puedes decir tanto que si como que no. Es tu decisión si participas o no en la investigación. También es importante que sepas que si en algún momento decides que no quieres seguir colaborando, no habrá ningún problema y puedes retirarte.

Toda la información que nos puedas aportar será de gran utilidad para encontrar algunas de las posibles causas que hacen que los adolescentes tengas alguna tendencia a pensar en forma negativa frente a la vida.

Es de gran importancia que si decides participar de la investigación respondas las preguntas con total sinceridad. Los resultados de los cuestionarios son totalmente confidenciales y tus padres no tendrán acceso a ellos, sólo la investigadora los verá. Para resguardar más todavía los resultados sólo se te pedirá que digas tu género y tu edad como única información personal.

Si decides participar, te pido que marques con un **X** en el casillero que dice "Sí, quiero participar" y que pongas tu nombre en el lugar que corresponde. Si no quieres participar en la investigación, no escribas nada.

☐ Sí, quiero participar

Nombre del Participante: _____

Nombre de la persona que obtiene el Asentimiento: _____

Firma de la persona que obtiene el Asentimiento: _____

Fecha (día, mes, año): _____

- Anexo III: Convalidación de Sitio

La Escuela de Educación Técnica n°355 “José Scaldaferri” es la única de nivel secundario de administración pública en la Comuna de Sauce Viejos y sus alrededores; se encuentra emplazada en el centro del pueblo.

El área urbana de la Comuna de Sauce Viejo se ubica en la Provincia de Santa Fe, Argentina, Departamento La Capital, en el centro de la Provincia de Santa Fe, a una distancia de 20 km hacia el sur de la ciudad de Santa Fe y a 145 km, también hacia el sur, de la ciudad de Rosario. El pueblo cuenta con una población de 8.123 habitantes según el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010.

La escuela fue fundada en el año 1983 como una escuela de oficios y, con el correr del tiempo, ha ido adquiriendo diferentes características. Recién en el año 2012 queda configurada como institución de educación técnica con seis años obligatorios en su currícula. En sus instalaciones recibe un total de 383 alumnos sin distinción de género, divididos entre los turnos mañana y tarde. Las edades comprendidas por la población son entre 12 a 21 años, en algunas oportunidades, siendo estas mínimas.

La orientación formativa se compone de dos terminalidades técnicas entre las que pueden optar los alumnos al momento de ingresar a cursar el tercer año. Estas son: Administración y Gestión y Equipos e Instalaciones Electromecánicas.

Los lugares de procedencia de los alumnos son Sauce Viejo, Santo Tomé, Desvío Arijón y Caima aunque entre un 80% y 85% de los estudiantes pertenecen al primer lugar mencionado. Se calcula que la población en el rango etario de entre 15 a 18 años que corresponden a la Comuna de Sauce Viejo ronda los 140.

La institución cuenta con un Concejo de Convivencia del cual participan docentes, alumnos y padres. Este es un espacio que tiene dos grandes ejes: por un lado se designan facilitadores de convivencia para intervenciones en casos especiales, y por otro se pretenden dar charlas, talleres, consultorías y cursos sobre las diferentes problemáticas escolares que surgen del interés mismo de los estudiantes como por ejemplo bulling, adicciones, violencia y educación sexual. Estas intervenciones funcionan a demanda pero con una preparación previa de los involucrados.

En relación al consumo de sustancias problemáticas, se sabe desde los directivos de la institución, que existe este problema aunque ellos lo definen como una cuestión de consumo social. Sin embargo, la institución busca hacer prevención sobre esta temática.

En cuanto al acceso a Internet, sólo se permite su uso cuando se encuentran en el aula de Informática mientras se desarrollan tareas relacionadas a la materia o bien cuando algún docente, por una situación particular, habilita su uso. No obstante, con la masificación de los celulares y el acceso a la red por medio de este aparato, se ha vuelto una problemática ya que los adolescentes se encuentran conectados en todo momento generando, en muchas ocasiones, distracciones en el momento de clases.

En cuanto si existe un registro de alumnos que hayan sufrido depresión, la institución no cuenta con esos datos salvo que, por alguna circunstancia especial, los padres de los alumnos lo brinden.

Algunos de los factores que podrían afectar los resultados de la investigación se encuentran relacionados con:

- Historia: algún tipo de acontecimiento imprevisto que genere sensibilidad en el grupo de estudio frente a la temática a investigar y que pueda generar sensibilidad afectando los resultados como por ejemplo casos de adolescentes que se vieran involucrados en problemas de salud por el consumo de sustancias problemáticas o un nivel de depresión que haya perjudicado a alguien. Control: el sitio seleccionado es la única escuela secundaria del pueblo, deberá tenerse presente esto al momento de aplicar el instrumento de recolección de datos.
- Inestabilidad: poca o nula confiabilidad en las mediciones realizadas con el instrumento. Control: realizar una prueba piloto del instrumento en cinco adolescentes que compartan características similares a los criterios de inclusión/exclusión previstos.
- Condiciones ambientales: se procurará que las condiciones de la recolección de datos sean similares para todos los adolescentes. Control: la medición se realizará en la institución educativa (sitio) a la cual concurren los sujetos de estudio y estarán presentes un docente y la investigadora al momento de aplicar el instrumento.

- Anexo IV: Prueba piloto del instrumento y resultados de utilidad

La prueba piloto del instrumento se realizó en cuatro adolescentes; se toma para la elección de los mismos el criterio “entre 15 y 18 años”. Al ser el sitio elegido la única escuela de nivel secundario en la zona, los sujetos fueron seleccionados por fuera de la misma.

A raíz de los cuatro instrumentos que figuran en el Anexo II, se ha construido uno sólo con cuatro apartados y ha sido puesto a prueba, previa modificación de algunos ítems en ocasiones puntuales.

A modo de introducción se solicita al adolescente que complete dos datos importantes: Género (pudiendo optar por masculino, femenino y otro debiendo especificar esta última elección) y Edad.

En el Apartado 1 se han reducido las descripciones de los nombres con los cuales se puede encontrar o llamar a cada sustancia en particular, sólo queda en la primera pregunta el detalle completo. Asimismo se han quitado de las tablas los valores que tiene cada respuesta, ya que no se utilizan tarjetas de respuesta como se propone en el instrumento original.

En el Apartado 3 se incluye un ítem sobre el uso o no de juegos online así como el nombre y tipo de los que utiliza. En algunas preguntas se ha optado por incluir el término “celular” ya que es un nuevo método por el cual se puede realizar la conexión para jugar.

Los Apartados 2 y 4 no han sido modificados en relación al instrumento original.

Según se manifiesta en la prueba piloto del instrumento final, no se han generado dudas o inconvenientes para realizarlo, las preguntas son comprendidas y no son para nada “molestas” según se ha manifestado. También se menciona que las palabras utilizadas se entienden perfectamente.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Legislatura de la Provincia de Santa Fe (2018) Ley Provincial n° 13671. Santa Fe, Argentina.

[2] Martín, Margarita (2015) Tesis doctoral. "Cambios psicosociales en los adolescentes actuales. Incidencia del uso de redes sociales." Tesis doctoral. Madrid, España. Disponible en: http://eprints.ucm.es/37737/1/T37232.pdf

[3] Ceballos-Espinoza, F. (2017) *"Suicidio adolescente y Otredad: La ballena azul dentro del aula."*

[4] Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. (2016). *"Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes"*. Pág. 10.

[5] UNICEF (2016) *"Estado de la situación de la niñez y adolescencia en Argentina"*. Argentina.

[6] Pardo, Graciela et al. (2004) *"Adolescencia y depresión"*. Revista Colombiana de Psicología, N° 13, Pág. 13-28. Disponible en: http://www.redalyc.org/html/804/80401303/

[7] Salud, O. M. *World Health Organization*. Recuperado el Agosto de 2018, de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

[8] Iglesias Diz, J. (s.f.). Recuperado el Agosto de 2018, de https://scp.com.co/descargasmedicinaadolescentes/Desarrollo%20del%20adolescente,%20aspectos%20f%C3%ADsicos,%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.pdf

[9] Rice 2000.

[10] M.J., C. R. (s.f.). *Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Recuperado el Septiembre de 2018, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf

[11] Programa Educación Sexual. CESOLAA. Curso de Educación sexual online de auto aprendizaje. "Conceptos de género, sexualidad y roles de género". http://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/conceptos-de-genero-sexualidad-y-roles-de-genero

[12] CIDH LGBTI Violencia. Conceptos Básicos. www.oas.org/es.cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html

[13] Ruiz Lázaro, José. *Pediatría psicosocial*. Capítulo 157: "Consumo de sustancias en la infancia y la adolescencia". https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/157.pdf

[14] Ruiz Lázaro, José. *Pediatría psicosocial.* Capítulo 157: "Consumo de sustancias en la infancia y la adolescencia". https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/157.pdf

[15] Maturana, Alejandro (2010) *Consumo de alcohol y drogas en adolescentes.* [REV. MED. CLIN. CONDES - 2011; 22(1) 98 - 109]. http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/11_DR_Maturana-13.pdf

[16] Ruiz Lázaro, José. *Pediatría psicosocial*. Capítulo 157: "Consumo de sustancias en la infancia y la adolescencia. https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/157.pdf

[17] UNICEF (2016). *Estado de la situación de la niñez y la adolescencia en Argentina.* Argentina.

[18] Ministerio de Salud (Presidencia de la Nación) y UNICEF (2016). *Situación de salud de los y las adolescentes en Argentina.* Argentina

[19] Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación (2010) *Ley Nacional N° 26657 de Salud Mental;* Artículo 4. Argentina.

[20] Martín, Margarita (2015) Tesis doctoral. "Cambios psicosociales en los adolescentes actuales. Incidencia del uso de las redes sociales." Tesis doctoral. Madrid, España. Disponible en: http://eprints.ucm.es/37737/1/T37232.pdf

[21] Castellana Rosell, Montserrat; Sánchez-Carbonell, Xavier et al. (2007) *El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: internet, móvil y videojuegos.* Papeles del Psicólogo, vol. 28, núm. 3, septiembre-diciembre, pp. 196-204. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España. http://www.redalyc.org/pdf/778/77828306.pdf

[22] UNICEF – Red Argentina de Periodismo Científico (2017) *Comunicación, infancia y adolescencia. Suicidio. Guía para periodistas.* Buenos Aires, Argentina.

[23] UNICEF – Red Argentina de Periodismo Científico (2017) *Comunicación, infancia y adolescencia. Suicidio. Guía para periodistas.* Buenos Aires, Argentina.

[24] Berenzon, Shoshana; Lara, María Asunción et al. (2012) *Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México*. Instituto Nacional de Psiquiatría. Revista: Salud pública de México / vol. 55, no. 1, enero-febrero de 2013. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011

[25] Pardo, Graciela; Sandoval Adriana et al. (2004). *Adolescencia y Depresión.* Revista Colombiana de Psicología. No. 13, 13-28.

[26] Instituto Nacional de Salud Mental. Institutos Nacionales de Salud (2009) *Depresión.* Estados Unidos. http://www.nimh.nih.gov

[27] Berenzon, Shoshana; Lara, María Asunción et al. (2012) *Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México*. Instituto Nacional de Psiquiatría. Revista: Salud pública de México / vol. 55, no. 1, enero-febrero de 2013. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011

[28] Instituto Nacional de Salud Mental. Institutos Nacionales de Salud (2009) *Depresión.* Estados Unidos. http://www.nimh.nih.gov

[29] Pardo, Graciela; Sandoval Adriana et al. (2004). *Adolescencia y Depresión.* Revista Colombiana de Psicología. No. 13, 13-28.

[30] Stallard, Paul (2007). *Pensar bien, Sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo – conductual para niños y adolescentes.* España.

Araujo Robles, Elizabeth (2016). *Indicadores de adicción a las redes sociales en universitarios de Lima.* Revista digital de investigación en docencia universitaria. Vol. 10 N°2, 48-58. http://dx.doi.org/10.19083/ridu.10.494

Beltrán, María del Carmen; Freyre, Miguel Ángel et al. (2011). *El inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente.* Terapia psicológica. 2012, Vol. 30, N°1, 5-13. México.

Cornejo, Marqueza; Tapia, María Lourdes (2011). *Redes sociales y relaciones interpersonales en internet*. Fundamentos en Humanidades, vol. XII, núm. 24, pp. 219-229. Universidad Nacional de San Luis San Luis, Argentina. http://www.redalyc.org/pdf/184/18426920010.pdf

Escurra Mayaute, Miguel y Salas Blas, Edwin (2014). *Construcción y validación del Cuestionario de adicción a redes sociales (ARS).* Perú.

Espada, José; Botvin, Gilbert et al. (2003). *Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas.* Papeles del Psicólogo, vol. 23, núm. 84, enero-abril, 2003, pp. 9-17. Madrid, España. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808402

Frances, Allen; Pincus, Harold Alan et al. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona, España.

García Alonso, Almudena (2009). *La depresión en adolescentes.* Revista de estudios de juventud. N°84. España.

Huanca Rojas, Félix (2011). *Influencia de los juegos de Internet en el comportamiento de los adolescentes de la ciudad de Puno.* Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo. Volumen II. N2 pp. 37-44. Diciembre 2011. Perú.

Organización Mundial de la Salud. *Desarrollo en la adolescencia*. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Pérez Ramos, Marisol; Lucio-Gómez Maqueo, Emilia (2010). *Construcción de un modelo de riesgo en el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas en adolescentes estudiantes de bachillerato.* Salud y drogas, vol. 10, núm. 1, 2010, pp. 79-96. Instituto de Investigación de Drogodependencias. Alicante, España. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83915075004